

Quella italiana è una società sempre più anziana e con sempre

minori risorse per sostenere il vivere (e il morire) con dignità di molte persone. Una società confusa nel misurarsi con la domanda crescente di cure sanitarie e inclusione sociale, ma anche nel dare significato all'essere anziani nelle comunità dal punto di vista culturale ed economico, dato che gli anziani sono percepiti come costo in quanto non produttivi. A questo si aggiungono le fatiche delle famiglie, alle quali spesso viene meno la risorsa tempo, che hanno anche incerte risorse finanziarie non appena la situazione sanitaria si aggrava, con il ricorso alle assistenti familiari o al ricovero. Va infine richiamata la confusione progettuale di molti enti locali che tendono a rifugiarsi dietro le (poche) risorse a disposizione. Una situazione che va letta in profondità prima di soffermarsi sul da fare. Eppure il «che fare» è un interrogativo di enorme portata di cui, come rivista, intendiamo individuare qualche risposta. In questa prospettiva intraprendiamo un percorso di ricerca in cui, sulla base delle molteplici sperimentazioni che cercano di andare oltre la crisi, esploreremo un approccio agli anziani non come costo ma come investimento culturale, sociale ed economico, con l'intento di sollecitare le comunità locali a intraprendere percorsi che «mobilitino» risorse non viste, in un tempo in cui sono scarse quelle finanziarie.

Alla luce di queste convinzioni, l'esplorazione della rivista entrerà in contatto con sperimentazioni significative, con una precisa attenzione a come i no professional o le professioni

deboli (educative e assistenziali) possono essere co-costruttori di risposte inedite a problemi spesso «delegati» agli specialismi e ai tecnicismi.

In questo inserto, che pone al centro della nostra ricerca la sperimentazione di residenzialità leggera con anziani, ci confrontiamo – alla luce di un ragionamento sul sostegno alle famiglie con anziani proposto da Renzo Scortegagna – con la sperimentazione della cooperativa sociale Koinè di Arezzo. A due livelli. Il primo è un lavoro di mobilitazione dei vari attori sociali e istituzionali per reinterrogarsi sulle politiche di residenzialità. Il secondo è l'invenzione di luoghi di residenzialità leggera, in cui trovare stimoli per continuare a scegliere di vivere, nonostante le fatiche. L'inserto si chiude con una riflessione metodologica, curata da Antonio Censi, che evidenzia come la quotidianità relazionale sia indispensabile per l'umanizzazione degli anziani, non meno che degli operatori. Dell'inserto fa parte anche una riflessione di Emilio Vergani su un approccio critico agli anziani per discernere tra bisogni indotti e aspettative profonde. Per motivi tecnici dobbiamo rimandare l'articolo al prossimo numero della rivista.

40 | R. Scortegagna
Quali risposte al bisogno dell'abitare con l'anziano?

50 | G. Faltoni, P. Peruzzi
Microresidenze sociali con anziani fragili

60 | F. Oliva
Sentirsi «casa» mobilita le risorse dell'anziano

71 | A. Censi
Familiarizzare i servizi per anziani

Inserto del mese

Fare comunità insieme agli anziani/1

Imprese sociali per nuovi modelli di residenzialità

A cura di
Antonio Censi
Grazia Faltoni
Fiorenzo Oliva
Paolo Peruzzi
Renzo Scortegagna

Domiciliarità e residenzialità non sono pratiche da contrapporre: non basta fare leva sulla «e» di congiunzione per capire quali costruzioni comportano i diritti per gli anziani. È decisivo assumere la domiciliarità come prospettiva da cui riformulare le forme organizzative, anche residenziali. In questa logica, se da una parte si giunge all'opposizione a residenzialità istituzionalizzanti, dall'altra ci si inoltra in residenzialità in cui l'anziano può essere persona in grado di apprendere a vivere. Un compito, per l'anziano e la sua famiglia, che rimanda a inedite «imprese sociali» di comunità.

Renzo Scortegagna

Quali risposte al bisogno dell'abitare con l'anziano?

Famiglie sospese tra domiciliarità e residenzialità

Per vivere, l'anziano ha bisogno di abitare: una casa, un paese, anche una residenza sociosanitaria. Per farlo ha bisogno di qualcuno che sia «casa» con lui e la costruisca giorno per giorno, partendo dalla famiglia e da una comunità locale che fa spazio, a livello culturale prima che organizzativo, all'abitare degli anziani. In altre parole, l'abitare dell'anziano va articolato alla luce del principio della domiciliarità, che rilancia politiche di ripensamento delle strutture organizzative, perché né la casa né la residenza di cura diventino istituzioni chiuse, ma si lascino permeare dallo scambio con il mondo.

«Dopo la morte di mia sorella mi sono sentita molto sola. E non poteva essere che così, pensando che siamo vissute insieme per più di settant'anni. Un nipote mi veniva a trovare ogni tanto».

«Come stai zia?».

«Mi sento sola. Ho paura. Quando suonano il campanello non so se aprire, perché penso che potrebbe essere qualche malintenzionato. Esco poco perché mi sento insicura: non ho voglia di prepararmi da mangiare. Qualche notte mi sveglio perché mi sembra di sentire la voce di mia sorella; mi alzo e non c'è nessuno. Ma poi faccio fatica a riaddormentarmi...».

«Beh, zia, devo andare. Cerca di stare bene. Tornerò un'altra volta a trovarti».

«Da un mese circa ho lasciato l'appartamento, troppo grande e troppo pieno di vuoti per essere vissuto e quindi sono andata a vivere in un pensionato per anziani. Lì ho una camera tutta per me; se mi serve qualcosa (di giorno e di notte) c'è sempre qualcuno che risponde. Trovo da mangiare pronto e mangio assieme agli altri in un bell'ambiente. Se viene a trovarmi qualcuno esco a fare quattro passi. Quando viene mio nipote andiamo anche a fare una breve visita alla casa rimasta vuota per non perdere del tutto i miei ricordi. Mi costa un po' ma la mia pensione e i miei risparmi mi permettono di pagare la retta».

È un piccolo frammento di storia. Ma quante storie simili si potrebbero raccontare? Anche con finali diversi più tristi e qualche volta più tragici?

Non intendo però raccontare storie, ma soltanto prendere lo spunto per parlare del rapporto tra l'anziano e l'abitare.

La casa risponde al bisogno del riparo materiale, ma anche a quello della sicurezza e dell'appartenenza a un territorio. La casa quindi, oltre a essere una risposta a un bisogno materiale, è anche un riferimento simbolico che evoca da un lato le proprie radici, l'appartenenza a una famiglia, e dall'altro segna visibilmente la delimitazione di uno spazio agibile rispetto a un altro spazio inagibile, una separazione tra «noi» e gli «altri».

In casa, infatti, si sviluppa il processo di crescita del bambino e della bambina; in casa si impara a essere autonomi, anche se la vera autonomia si acquista quando si esce di casa e si diventa protagonisti delle proprie scelte. In quest'ottica, infatti, la casa assume un significato ambiguo, perché lo stesso luogo che sostiene e alimenta la crescita e l'autonomia diventa il luogo dei limiti e della separazione. Ciò emerge chiaramente nei percorsi evolutivi dei bambini e degli adolescenti, per i quali l'uscire di casa è un obiettivo che segna la loro maturazione.

Un tempo, per un adolescente ricevere le chiavi di casa era segno di fiducia e di responsabilità ed era una tappa che doveva essere conquistata.

Assistenza domiciliare o ricovero in istituto?

Da questi brevi cenni è facile dedurre che il tema casa è un tema complesso e rimane tale anche quando lo si proietta nella realtà delle persone anziane.

La casa per l'anziano

Cosa rappresenta la casa per una persona che invecchia? La casa rappresenta per l'anziano il principale riferimento della sua storia. È il legame visibile e materiale con il territorio. Essa diventa il simbolo di uno stile di vita e di uno status sociale. Non è quindi un semplice mezzo finalizzato a soddisfare il bisogno del riparo, tant'è vero che, intorno alla casa, si sviluppano una serie di relazioni che danno senso all'abitare. Ed è per questo che alla casa si attribuisce un valore simbolico, che segna un'appartenenza a una comunità più ampia rispetto a quella espressa dal proprio nucleo familiare.

Sono affermazioni facilmente condivisibili, che trovano evidenti riscontri nella realtà, ma che presentano alcune criticità, proprio in riferimento agli abitanti anziani, nel momento in cui le stesse si leggono considerando i cambiamenti ai quali vanno incontro.

La casa, in realtà, per continuare a svolgere la sua funzioni protettiva, ha bisogno di manutenzioni; e per rimanere un significativo riferimento nell'ambito delle relazioni con il territorio e con la comunità di appartenenza è necessario che i legami e le relazioni siano continuamente attivati. Si tratta di azioni fortemente correlate con l'età degli abitanti. La persona anziana infatti, con il passare degli anni, è destinata a incontrare una condizione di fragilità, che indebolisce progressivamente il grado di autonomia e l'entità e la qualità delle sue forze fisiche e mentali. Se poi interviene la malattia, spesso con elementi di cronicità, questa fragilità aumenta e diventa una

vera e propria condizione di non-autosufficienza, segnata dalla relativa perdita di autonomia. Condizioni cioè che generano nuovi bisogni e nuove modalità per soddisfarli attraverso varie forme di aiuto e di assistenza vera e propria.

Di fronte al nuovo scenario occorre trovare le risposte più adeguate alle esigenze delle persone, senza tradire i significati autentici dell'abitare e, nel medesimo tempo, predisponendo le pratiche adeguate e sostenibili per fornire tali risposte.

Le questioni riguardano prima di tutto la persona anziana, chiamata a ridefinire i suoi bisogni nel rispetto del suo diritto di abitare una casa; riguarda anche i responsabili delle politiche sociali e sanitarie e quindi dei servizi, cui spetta il compito di promuovere le soluzioni più idonee fornendo i rispettivi interventi.

Lo spazio all'interno del quale si collocano le diverse soluzioni è definito sostanzialmente da due estremi: da un lato la posizione primaria e irrinunciabile della propria abitazione, provvedendo agli aiuti attraverso interventi di assistenza domiciliare; dall'altro il ruolo surrogatorio della residenza per anziani (nel linguaggio comune identificata nella «casa di riposo»), come struttura deputata a gestire le situazioni di non-autosufficienza a diversi livelli di gravità.

Le famiglie di fronte alla scelta sulla modalità di assistenza

Molte famiglie e molte persone anziane, così, si trovano di fronte a questo interrogativo: assistenza domiciliare o ricovero in istituto? Le ricadute che le diverse risposte producono sono assai significative, sia nei confronti dell'anziano o dell'anziana – i primi interessati – sia rispetto alle loro famiglie, ma anche per i servizi da erogare e i costi che le scelte conseguenti comportano.

Il primo aspetto da chiarire, per evitare che le risposte siano astratte e ideologiche, è il particolare contesto che connota la vita quotidiana della persona anziana e dei supporti e aiuti di cui può fruire da parte del familiare o da altri soggetti non appartenenti ai servizi (rete parentale, vicinato, volontariato, ecc.). Ma va considerato anche il contesto dei servizi esistenti e attivi sul territorio e quindi l'entità delle risorse effettivamente investite nel settore, sia a livello pubblico sia privato (profit e non profit).

È impossibile descrivere in modo esauriente gli scenari che si possono incontrare nella realtà, ma alcuni semplici richiami chiariscono in modo sufficiente il tipo e la quantità di variabili che intervengono nella configurazione della domanda di aiuto e nelle risposte che possono essere fornite dagli erogatori di assistenza.

La scelta dell'assistenza domiciliare

Di fronte alla domanda di aiuto, le prime risposte di assistenza vengono generalmente fornite dalla famiglia. Può essere il partner della persona anziana che interviene o può essere un figlio o una figlia convivente e non convivente (o altro parente).

I bisogni possono essere soddisfatti dalla rete familiare

In queste circostanze i bisogni possono essere soddisfatti, in via informale, all'interno della rete familiare. Possono tuttavia presentarsi alcune esigenze, particolar-

mente gravose, che richiedono aiuti di professionisti, in possesso di competenze specifiche: l'effettuazione di un bagno, qualche medicazione delicata, una terapia iniettorica, ecc. Si tratta di un aiuto che si può definire «leggero», integrativo e mirato ad alcuni interventi specifici e che può essere fornito da servizi pubblici o privati a titolo oneroso o in esenzione (parziale o totale), a seconda della disponibilità della persona da assistere e della normativa in vigore.

L'assistenza privata a pagamento quando la rete parentale non è sufficiente

Quando l'impegno della rete parentale non risulta sufficiente o non risulta attivabile, negli ultimi anni si è ricorso all'assistenza privata a pagamento (badanti), che può anche essere sostenuta (parzialmente) da aiuti economici da parte delle istituzioni, compatibilmente con le disponibilità esistenti e sempre della normativa in vigore e comunque in relazione alla capacità di spesa dell'anziano da assistere.

In questi casi l'attenzione e i contenuti degli interventi assistenziali sono centrati sulla gestione dell'abitazione e sulla cura sociosanitaria della persona, mentre normalmente non presta considerazione alla dimensione relazionale con il territorio e con la comunità, che pure è parte importante dell'abitare.

In questo modo lo spazio vitale e la quotidianità si svolgono all'interno dell'abitazione, con il rischio che il potenziale residuo della persona da assistere non venga valorizzato, per cui la condizione di dipendenza possa inevitabilmente peggiorare e aumenti contemporaneamente il bisogno di aiuto e di assistenza.

Creare rapporti e aggregazioni sul territorio: centri diurni e centri per anziani

Per prevenire tale rischio è necessario mantenere e attivare le relazioni con l'esterno. In tale direzione si collocano i centri diurni o le varie forme di centri per anziani, finalizzati proprio a creare rapporti e aggregazioni sul territorio. Questi ultimi possono avere diversi orientamenti: in alcuni casi gli obiettivi da perseguire sono prevalentemente ludico-ricreativi; in altri casi invece si programmano anche interventi di tipo sociosanitari, finalizzati a dare risposte precise a bisogni accertati (fisioterapia, terapie di conservazione della memoria, animazione per mantenimento delle competenze, musicoterapia, ecc.).

Nei centri per anziani spesso si introducono forme di gestione partecipata e quindi molte attività sono autogestite, secondo programmi condivisi. In altri casi può esserci la presenza di operatori con competenze animatorie, che hanno il compito di promuovere e facilitare i rapporti e prevenire eventuali tensioni che possono verificarsi all'interno del centro stesso.

La scelta verso il centro per anziani o quella verso il centro diurno, supposto che esistano e appartengano al sistema dei servizi territoriali, è determinata dal grado di autonomia e di autosufficienza della persona anziana e quindi dalla consistenza e dalla tipologia del bisogno da soddisfare. In questo senso i centri per anziani non sono sovrapponibili ai centri diurni. Questi ultimi, infatti, rispondono a criteri organizzativi e di contenuto assai diversi, rispetto ai primi.

La domiciliarità come riferimento dei due servizi Nel centro diurno prevalgono le attenzioni verso la cura e quindi assumono rilevanza l'erogazione delle prestazioni offerte da professionisti con competenze specifiche. Per questo i centri diurni sviluppano programmi di cura e di assistenza veri e propri, escludendo di per sé forme di autogestione e di partecipazione diretta, salvo quelle forme finalizzate alla crescita delle motivazioni e dell'autostima (e quindi di responsabilità) nello svolgimento dei programmi previsti.

I centri diurni operano nei confronti di piccoli gruppi, per cui possono anche curare i rapporti relazionali, ma ciò avviene all'interno del contesto del centro stesso e non con il coinvolgimento dell'esterno. Si collocano in tale direzione, ad esempio, i gruppi di ascolto e di conversazione guidati, a partire da narrazioni degli stessi anziani oppure da eventi tratti dai giornali; ma anche alcune attività di fisioterapia e di musicoterapia e così via.

In tutti e due i casi si può parlare di servizi che riconoscono la domiciliarità e si prefiggono di migliorarla. Nel primo caso (centro per anziani) si tratta di creare occasione per mantenere «aperta» la propria abitazione, inserendo nell'organizzazione della propria vita attività specifiche per anziani e quindi cogliendo occasioni per attivare nuove relazioni o per aderire a iniziative già in atto.

Nel secondo caso, invece, il centro diurno è un prolungamento del domicilio e si rivolge a persone che già denunciano precisi bisogni di aiuto. Il rapporto con l'esterno non viene curato, anche se le attività e le prestazioni si svolgono all'esterno del domicilio.

La prevenzione come principio ispiratore Ambedue hanno obiettivi di prevenzione. Nel centro diurno, molte volte, la prevenzione si prefigge di non peggiorare una condizione già compromessa da perdite già in atto o da rischi già presenti e gli interventi sono orientati a mantenere e a migliorare il potenziale funzionale esistente. Ovviamente in questi casi deve esserci uno stretto raccordo con i programmi di cura che si svolgono a domicilio e con lo stile della vita quotidiana, in modo da assicurare una continuità tra la qualità della vita garantibile al proprio domicilio e la qualità promossa attraverso le prestazioni del centro diurno. In quest'ottica è auspicabile che il centro diurno mantenga rapporti con coloro che assistono l'anziano (rete parentale, o servizi, o assistente a pagamento) per non rompere tale continuità.

Anche il centro per anziani ha funzioni di prevenzione, perché contrasta il rischio dell'isolamento e della chiusura in se stessi, sviluppando legami con la comunità territoriale. Esso, nella maggioranza dei casi, si rivolge a persone sostanzialmente autonome, anche se non è esclusa la presenza di persone parzialmente non autosufficienti e di persone fragili, che richiedono attenzioni particolari.

È necessario, quindi, che anche questi centri sviluppino una sensibilità e un'apertura verso l'integrazione e la coesione, sia tutelando le persone meno dotate di autonomia, sia organizzando attività accessibili anche a persone con problemi, così da prevenire e impedire possibili emarginazioni. In questo senso anche il centro per anziani può attivare rapporti con le reti parentali e con coloro che si prendono cura delle persone a domicilio, per dare senso a quella continuità di cui si è appena detto.

Fermarsi a riflettere sulla qualità della vita

Parlare di questi servizi significa anche interrogarsi sulla domiciliarità e sui diversi modi di viverla realmente. Una volta affermato, infatti, che vivere in casa propria è un diritto sacrosanto, si tratta di riflettere sulla qualità di vita che la vita a domicilio può garantire, evitando il rischio che la domiciliarità venga considerata come fine a se stessa o una semplice espressione ideologica.

La Bottega del Possibile, un'associazione che tutela e promuove la domiciliarità, ha raccolto e documentato storie straordinarie su come la domiciliarità possa essere garantita anche in casi assai difficili, evidenziando da un lato la rilevanza del contesto ambientale e culturale a sostegno di tale scelta e dall'altro l'integrazione tra risorse pubbliche e private, compreso il volontariato, necessaria per raggiungere risultati apprezzabili e duraturi. Sono storie interessanti che non possono diventare sempre un modello automaticamente ripetibile; semmai si tratta di analizzare attentamente le condizioni e le premesse a sostegno della domiciliarità, verificando comunque sempre i risultati che si ottengono in termini di qualità della vita. E, in tale ottica, anche il centro diurno può svolgere la sua parte, rispettando e difendendo la continuità del progetto.

Non ci sono quindi limiti reali alla scelta della domiciliarità, ma non si tratta nemmeno di scambiare un progetto assistenziale in una ideologia che, per difendere valori autentici, si sofferma sulle affermazioni di principio, rinunciando alle verifiche dei risultati di qualità effettivamente raggiunti.

In tali analisi non vanno considerati soltanto l'anziano o l'anziana interessati, ma anche coloro che si prendono cura (i caregiver), ai quali comunque va riconosciuto il diritto di rispettare e promuovere la loro qualità di vita.

La scelta dell'assistenza residenziale

A questo punto sorge l'interrogativo: quando la domiciliarità, per qualche ragione, non è più sostenibile, in che modo si può ricorrere alla scelta residenziale, ben sapendo che ciò implica l'abbandono del proprio domicilio e l'istituzionalizzazione in una struttura dedicata?

E quale risposta potrà fornire una struttura per anziani al bisogno di abitazione espresso dall'anziano o dall'anziana interessati?

Dapprima una matrice esclusivamente assistenzialistica

La storia delle residenze per anziani non è semplice da raccontare, considerando specialmente le tante forme assunte nel tempo. Dagli asili per vecchi in condizioni di povertà e di abbandono, emarginati dalla vita sociale e familiare, fino alle strutture per anziani ricchi e di status sociale elevato, non più in grado di vivere dignitosamente con le proprie risorse (vedi per tutte la famosa casa di riposo per musicisti «Giuseppe Verdi», che il grande maestro volle istituire a Milano, prima di morire – nel 1901 –, per fronteggiare la condizione di solitudine nella quale si sarebbero potuti trovare artisti anche celebri, diventati vecchi e impossibilitati a esprimere i loro talenti musicali e artistici).

Si trattava di strutture assai diverse per la quantità e la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, ma che avevano in comune un obiettivo che le giustificava e le legittimava: dare una risposta a persone anziane che si trovavano in situazioni di solitudine e abbandono. Implicitamente, la scelta residenziale attestava la non praticabilità e la rinuncia della vita al proprio domicilio, dal momento che le risorse disponibili e le caratteristiche ambientali non avrebbero permesso soluzioni adeguate e dignitose alle proprie esigenze. Essa aveva sempre un carattere di eccezionalità, in quanto la normalità prevedeva che gli anziani trovassero assistenza nella propria famiglia. Le tante denominazioni che tali strutture hanno assunto al momento della loro nascita evidenziano proprio questa condizione di vecchiaia decrepita, di indigenza, di rifiuto, di senza famiglia, e sono state espressione della filantropia di alcuni ricchi o di famiglie notabili e di solidarietà e carità cristiana (non a caso, la loro gestione è stata spesso affidata a ordini religiosi).

Subentra un sistema di servizi con al centro la salute

Questa situazione cambia sensibilmente negli ultimi 50-60 anni con l'affermarsi di un sistema di servizi che pone tra i suoi principali obiettivi la tutela, la promozione e la prevenzione della salute.

Progressivamente le strutture riservate alle persone anziane sono chiamate ad affrancarsi dal modello assistenzialistico per il quale erano sorte e trovare una collocazione all'interno del sistema dei servizi, partecipando a pieno titolo a quel processo di continuità assistenziale di cui si è fatto cenno. Ciò significava creare dei legami con gli altri servizi sia sul versante sanitario sia su quello socioassistenziale vero e proprio; e di conseguenza ricercare nuovi modelli, sia strutturali sia organizzativi e culturali. Modelli che potessero garantire quella qualità di vita non più sostenibile a livello domiciliare. Un percorso chiaro nelle sue linee teoriche, la cui realizzazione avrebbe richiesto tempo, risorse e un cambiamento culturale non indifferente.

Questo nuovo percorso, ancora in atto, è supportato e guidato da almeno tre condizioni. La prima riguarda l'allungamento della vita e l'aumento delle condizioni di non autosufficienza delle persone anziane, che hanno reso in molti casi difficile il mantenimento a domicilio e l'impossibilità di garantire una qualità di vita dignitosa. La seconda condizione è una politica socioassistenziale a sostegno della scelta domiciliare e contemporaneamente la ricerca di nuovi profili delle strutture per anziani (anche con specifici interventi normativi), superando i vecchi modelli ereditati dal passato. La terza e ultima condizione riguarda una modifica della struttura e dello stile di vita della famiglia (in particolare della donna), costretta a rivedere i criteri e le scelte in materia di lavoro cura.

Nuovi scenari che impongono nuovi obiettivi

I nuovi scenari che si presentano impongono nuovi obiettivi che si declinano almeno in tre direzioni:

- un ripensamento rispetto ai target di popolazione anziana cui rivolgersi, escludendo le persone ancora in grado di vivere a domicilio e riservando invece attenzioni

particolari verso i non-autosufficienti anche gravi (ad esempio, stati vegetativi e demenze gravi) e quindi anche con un carico assistenziale pesante sia di tipo sanitario, sia di tipo socioassistenziale;

- la diversificazione dei servizi nella linea della continuità e quindi istituendo in qualche caso i centri diurni o sviluppando varie forme di assistenza domiciliare; in questi ultimi tempi organizzando degli *hospice* destinati all'assistenza nel periodo del «fine vita»;

- la possibilità di aiutare la famiglia, anche temporaneamente, nella gestione di situazioni di emergenza (ad esempio a causa di un ricovero ospedaliero da parte del caregiver a domicilio) o di particolare onere assistenziale (ad esempio periodi di convalescenza e di riabilitazione impegnativi), oppure semplicemente per permettere al caregiver un periodo di riposo o di respiro utile alla sua salute.

Come si capisce facilmente, le tre direzioni sono sostenibili se la struttura per anziani programma la propria attività coordinandola con gli altri servizi di assistenza, coltivando e attivando adeguati legami ed evitando logiche chiuse e autoreferenziali. Ovviamente questo richiede nuove competenze e nuove pratiche professionali, dove il modello di riferimento non può essere semplicemente l'albergo (com'era nel caso delle case di riposo per ricchi) e nemmeno il semplice asilo (custodialistico) riservato ai poveri.

I significati principali che si possono trarre da tale evoluzione sono sostanzialmente due:

- il riconoscimento del valore della continuità assistenziale che coinvolge tutti i servizi sia sociali che sanitari, sia pubblici che privati (profit e no profit), compresi quelli di volontariato e gli interventi informali svolti dalla famiglia dalla rete parentale;

- la concreta possibilità, per la persona anziana, di esercitare il diritto di autodeterminazione, e quindi la reale opportunità di scegliere l'opzione che risponde meglio ai suoi bisogni e che risulta sostenibile rispetto ai limiti derivanti dalla valutazione dei programmi di assistenza erogati ed erogabili.

Verso ipotesi per il futuro

Il quadro generale che si prospetta tende sempre più a non presentare la scelta domiciliare in contrapposizione a quella istituzionale.

La scelta residenziale va preparata, condivisa e accompagnata

Al contrario, la tendenza è di affermare la continuità e la sostenibilità come criteri che possono più di altri tutelare la dignità della persona e la qualità della vita a essa garantita. Ciò non impedisce, comunque, di mettere a confronto le diverse scelte, allo scopo di cogliere rischi e vantaggi, al di là di tentazioni criminalizzanti verso le une o di facili ideologismi verso le altre.

Come si è dichiarato fin dall'inizio, la domiciliarietà comprende sia la soddisfazione materiale del riparo, che l'appartenenza alla comunità territoriale, garantita dal sistema di relazioni esistente (e attivabile), e al significato simbolico che la propria abitazione-casa rappresenta.

Ogni soluzione residenziale si sostituisce di fatto alla propria casa e quindi impone un cambiamento radicale nei riferimenti: un abbandono del luogo dove sono collocate le radici e la necessità di ricostruire la propria identità in un luogo comune non esclusivo, qual è la casa di riposo o – in generale – quali sono le strutture assistenziali per anziani.

Rispetto a un programma di assistenza domiciliare, la scelta residenziale è sempre un trauma e per questo va praticata proprio quando mancano alternative valide e sostenibili. In ogni caso è fondamentale valutare l'impatto traumatico che può avere, per cui essa va preparata, condivisa e accompagnata adeguatamente da parte dei responsabili della struttura stessa, sia con la persona anziana interessata, sia con la rete parentale.

Sono avvantaggiate le strutture di piccole dimensioni

L'altra questione importante nella scelta del programma di assistenza è il mantenimento delle relazioni con la comunità e con il territorio. Questo obiettivo, nelle strutture residenziali, si scontra con i modelli tradizionali delle case di riposo che sono modelli sostanzialmente chiusi. È pensabile aprire le residenze per anziani verso il territorio, assumendo come obiettivo quello di mantenere e potenziare le relazioni tra chi è «dentro» e chi sta «fuori»?

In teoria, per rispondere a tali obiettivi è necessario ripensare all'organizzazione (dei tempi in primo luogo) e agli atteggiamenti culturali di coloro che vivono nella casa stessa. Ma implica un cambiamento di mentalità anche da parte di coloro che rappresentano e vivono la comunità territoriale. Per questi ultimi è necessario sviluppare la consapevolezza che anche la struttura per anziani fa parte del territorio e non è un'isola dove si va a morire. È una residenza come un'altra, soltanto che è riservata a persone non più capaci di esercitare i loro diritti e che chiedono aiuto per poter soddisfare i loro bisogni. In questa prospettiva sono avvantaggiate le strutture di piccole dimensioni; quelle inserite nel tessuto urbano o abitativo e quindi vicine ai luoghi di aggregazione; quelle che valorizzano e promuovono la partecipazione delle famiglie e delle associazioni intermedie e così via.

Coinvolgere gli anziani in progetti di cohousing?

Prima di chiudere queste riflessioni sui temi della residenzialità e della domiciliarità per le persone anziane, merita ricordare brevemente le soluzioni che rispondono al modello di *cohousing*, alle quali anche gli anziani possono essere interessati e coinvolti. Si tratta di una modalità dell'abitare che si ispira all'ecosostenibilità e quindi alla riduzione degli sprechi, alla solidarietà e al mutuo aiuto. Le strutture dove si realizza contengono un certo numero di abitazioni per nuclei familiari e inoltre alcuni spazi comuni da destinare ai servizi e/o alle relazioni e ai giochi.

Due possibili soluzioni Gli anziani possono essere coinvolti in due soluzioni diverse. La prima è la destinazione di un certo numero di abitazioni (una minoranza) a nuclei anziani (soli o in coppia), garantendo a essi una protezione informale da parte degli altri nuclei sia in termini di condivisione del senso dell'abitare che nei riguardi

dei bisogni da soddisfare, contrastando in questo modo il rischio di solitudine e di paura. Si tratta di un modello integrato che traduce in concreto il principio di solidarietà tra generazioni in una forma reale di coesione sociale. L'altra modalità prevede invece la destinazione di tutte le abitazioni a nuclei anziani, assicurando a essi servizi comuni e assistenza, ma favorendo anche forme di automutuoaiuto tra gli anziani medesimi.

In ambedue i casi si prevede che i nuclei anziani godano di una condizione di autosufficienza o di parziale non-autosufficienza, condizioni comunque che consentano un buon grado di autonomia, per cui anche gli eventuali «bisogno di aiuto» possano essere soddisfatti attraverso impegni «leggeri», facilmente erogabili dagli altri abitanti.

Il problema si pone, quindi, quando le perdite di autonomia e i «bisogno di aiuto» diventino significativi, tanto da non poter essere soddisfatti dai coabitanti. In questi casi valgono le considerazioni presentate nelle pagine precedenti, sia che si scelga la strada della domiciliarità, sia quella della residenzialità, con i vantaggi e i rischi di cui si è detto.

Tra nuove identità e scelte condivise Le forme di cohousing hanno in sé alcuni aspetti certamente interessanti che rispondono validamente alle caratteristiche generali dell'abitare, sia nell'offrire una risposta adeguata e razionale al bisogno materiale della casa, sia rispetto al bisogno di relazioni e di appartenenza al territorio e alla comunità locale. Tuttavia, la sua realizzazione incontra per gli anziani alcune difficoltà che meritano di essere ricordate.

Per la persona anziana che aderisce a un progetto di cohousing c'è sempre da affrontare il tema del cambiamento di abitazione, che comporta la necessità di costruire una nuova identità e una nuova collocazione in un territorio diverso da quello dove si è vissuti nella vita adulta. In secondo luogo, il cohousing prevede una serie di scelte condivise che possono non rientrare nelle abitudini degli anziani e quindi richiederebbero l'aiuto e l'appoggio di alcuni «mediatori» e facilitatori capaci di renderle praticabili. Funzioni che possono rientrare nelle competenze di alcuni professionisti (volontari o dei servizi pubblici o privati), pur non essendo facile reperirli.

In linea di semplice ipotesi si potrebbe pensare a un amministratore di condominio con competenze in questo campo e quindi un amministratore-attivatore di relazioni, sviluppatore di capitale sociale. Tuttavia, basterebbe partecipare a una delle tante assemblee di condominio per capire quanto tale prospettiva appaia lontana. Questo non significa che essa non potrebbe risultare praticabile in un prossimo futuro.

A cura di **Grazia Faltoni e Paolo Peruzzi**

Microresidenze sociali con anziani fragili

Quando e come la residenzialità può alleggerire la vita

Il rischio di istituzionalizzazione rimane alto anche quando le famiglie con i loro anziani scelgono la domiciliarità. I ritmi di vita delle famiglie, la frammentazione delle reti sociali, l'indebolirsi dei servizi possono ridurre una residenza di cura a un luogo poco abitabile. Si può invece agire in modo inclusivo se la fatica dell'anziano diventa una sfida per i cittadini e per la loro capacità nel mettere insieme «imprese sociali» che tengano fede alla domiciliarità e la articolino come anima di familiarità anche nei luoghi di residenza, sviluppando politiche che mirino a piccole residenze e facciano spazio a imprese sociali locali in grado di animarle.

L'ampiezza del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e l'impatto che la diffusione della fragilità e della non autosufficienza hanno sugli equilibri delle famiglie e delle comunità locali inducono all'adozione di una serie di azioni strategiche volte a ri-pianificare, innovare, differenziare ed estendere l'offerta dei servizi alla popolazione anziana e alle famiglie.

Tuttavia, se da una parte le diverse azioni strategiche stanno producendo un impatto in termini di estensione quantitativa dell'offerta e di riduzione della domanda inevasa di accesso nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA)⁽¹⁾, dall'altra, almeno nel contesto locale, vuoi per la assoluta priorità attribuita agli interventi sulla non autosufficienza, vuoi per la rigidità della spesa sociale indotta dalle Finanziarie dello Stato, si registra la tendenza a sottovalutare l'importanza della prevenzione sia nell'area degli «anziani autonomi» sia in quella, alquanto rilevante, della cosiddetta «fragilità».

Gli attori istituzionali e sociali sembrano difettare nella capacità di elaborare una visione del futuro e un coerente pensiero strategico e tendono a concentrare

* Questi appunti sono frutto della rielaborazione dei materiali prodotti dalla cooperativa Koinè – insieme ai vari attori sociali con cui hanno interagito – nell'intento di individuare nel territorio di Arezzo delle risposte inedite al moltiplicarsi della domanda di accoglienza relativa al vivere quotidiano da parte di un numero crescente di anziani.

1) Tra il 2007 e il giugno 2009, secondo fonti della Regione Toscana, i toscani in lista di attesa sono passati da 3.304 a 1.263.

la discussione sul tema dei «mezzi» piuttosto che – come sembrerebbe utile – postporla a quella sulle finalità e gli obiettivi da perseguire.

Restano aperti, infatti, molti problemi che afferiscono alle dimensioni delle *policy* (visioni, strategie, finalità, obiettivi specifici, risorse e mezzi), delle culture condivise (contenuti del capitale sociale a livello locale, approcci alla *governance*, approcci alla collaborazione) e dell'appropriatezza quali/quantitativa dei sistemi di offerta. Problemi che, nel nostro ambito, sono particolarmente avvertibili nei piccoli comuni e nei contesti rurali (e montani) e la cui mancata soluzione potrebbe creare gravi incrinature nella coesione sociale.

Ci si riferisce in particolare ad aspetti quali:

- l'appropriatezza qualitativa e il grado di efficacia/efficienza dell'offerta di accudimento domestico e assistenza geriatrica in ambito domiciliare;
- l'adeguatezza delle misure e dei programmi per integrare l'offerta delle collaboratrici familiari con quella del personale sociale e sanitario che, a diverso titolo, ha in carico la cura degli anziani e il sostegno ai loro *caregiver*;
- la consistenza delle risorse e delle strutture volte a gestire le fasi acute e il bisogno di sollievo dei *caregiver* di anziani non autosufficienti assistiti al proprio domicilio;
- la consistenza e l'appropriatezza delle misure, dei programmi e delle risorse destinati a sostenere le persone anziane fragili per assicurare il loro benessere e prevenire (o quantomeno allontanare nel tempo) l'insorgenza della traiettoria che conduce alla perdita dell'autosufficienza;
- la coerenza e l'appropriatezza delle modalità con cui si è dato e si intende dare corso allo sviluppo quantitativo dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti;
- l'efficacia e la coerenza delle modalità con cui si dà luogo all'applicazione delle logiche fondanti la Legge 328/2000, ossia la *municipalità* dei sistemi, la *governance* aperta agli attori sociali, la condivisione e integrazione tra pubblico e privato, la promozione della responsabilità e della partecipazione, l'esercizio delle funzioni di regia, indirizzo e garanzia da parte della *mano pubblica*.

Un territorio che si è immerso in una ricerca-azione partecipata

L'incedere dei processi di invecchiamento assume proporzioni tali da sollecitare una rapida ed efficace messa a punto di politiche, programmi e azioni che risultino utili a correggere e migliorare l'esistente e, nello stesso tempo, a governare i processi di mutamento della domanda nel loro (tutt'altro che lento e irrilevante) progredire.

È in questo ambito che si iscrive il percorso di ricerca-azione pianificato e prodotto dalla cooperativa Koinè, a cui sono dedicate queste pagine.

Nel tentativo di esercitare utilmente la propria funzione sussidiaria con gli enti locali e di dare concretezza alla propria autonoma visione del welfare e della funzione della cooperazione sociale, la Cooperativa ha varato nel 2009 un complesso e arti-

colato piano di ricerca-azione che mirava ad approfondire la lettura dei fenomeni e a delineare possibili strategie di uscita utili a impattare positivamente le criticità elencate in precedenza e, nel contempo, a dar luogo a politiche e modelli innovativi di qualità replicabili nel territorio.

A partire dalla lettura della domanda e delle condizioni di scenario, si sono individuate – ovviamente in modo opinabile – alcune criticità e si è provveduto, con processi di progettazione aperta, a configurare possibili *risposte*.

Queste ultime riguardavano sia questioni di ordine generale e politico, come il Patto sociale locale o l'istituzione di una Fondazione di comunità, sia questioni di ordine specifico, come la discussione di nuovi approcci metodologici e di modelli di servizio domiciliari e residenziali rivolti alle persone anziane a rischio, fragili e non autosufficienti.

Koinè ha completato il percorso di progettazione, sperimentazione, valutazione e validazione di nuove residenze sociali completando, così, l'intervento di modellizzazione di risposte residenziali alternative ai tradizionali «grandi contenitori». Tali risposte sono tutte caratterizzate dalla piccola dimensione (per un massimo di 10 posti letto), dalla ricerca di modelli abitativi e di formule gestionali flessibili e di tipo familiare, dal radicamento entro comunità locali.

LE RISPOSTE RESIDENZIALI DELLA COOPERATIVA KOINÈ

Koinè ha attivato, al momento, quattro residenze sperimentali di piccola dimensione mirate a soddisfare le esigenze di sostegno, assistenza, cura e integrazione sociale di disabili adulti cronici della Valdichiana (Casa di Pinocchio), di anziani fragili e al limite della non autosufficienza in Arezzo (Casa Insieme), di anziani soli impossibilitati a vivere al proprio domicilio ma con basse necessità assistenziali in Valdarno (Casa Amica) e di anziani non autosufficienti di livelli di dipendenza medio elevati in Arezzo (Casa di Michele).

Queste esperienze, diverse tra loro per utenza target e ambiti locali interessati, sono tuttavia caratterizzate da elementi comuni molto rilevanti:

- *la piccola dimensione*: le quattro strutture sperimentali sono dotate in tre casi di otto posti ospitalità e in un caso, il residence sociale Casa Amica, di 10;
- *il legame con le comunità locali*: tutte le strutture assumono, nel regolamento e nella carta dei servizi, il vincolo a operare solo per rispondere a bisogni presenti negli specifici contesti locali;

- *le formule abitative ed organizzative*, che riproducono il modello della casa e ritmi di vita familiari e personalizzati;
- *modelli gestionali*, che implementano programmaticamente il ricorso ad approcci nuovi nella gestione dei servizi alberghieri (che sono affidati a una associazione di promozione sociale del territorio), alla ricerca di forme che permettano di ottimizzare e valorizzare le risorse professionali (ad esempio mettendo in rete con strutture del territorio gli infermieri professionali e i fisio-kinesi terapeuti), all'uso della valutazione come leva di miglioramento continuo;
- *l'assunzione dello statuto pubblico*, con lo sviluppo, in tutti i casi, di vere e proprie sinergie con le amministrazioni locali e l'azienda USL8, riferite sia al parziale sostegno dei costi di utilizzo delle strutture (con risorse dei Comuni e/o del Fondo regionale per la non autosufficienza), sia, soprattutto, alla messa in rete di queste nuove opportunità con i servizi e i programmi esistenti (ad esempio, la comunità alloggio Casa di Pinocchio è integrata con il centro diurno zonale per disabili della Valdichiana, mentre la Casa di Michele si è integrata con l'agenzia ospedaliera di Arezzo per la gestione delle fasi post acute di anziani provenienti dall'ortopedia).

In parallelo, in coerenza con il disegno iniziale ma con risultati ben superiori alle attese, il percorso di ricerca ha determinato *due risultati assai rilevanti sotto il profilo delle politiche pubbliche*. Il primo è lo sviluppo di una forte iniziativa politica, del Centro Basaglia e dell'amministrazione provinciale di Arezzo, ma partecipata attivamente da molti enti locali e organizzazioni sociali, per la presentazione di un disegno di legge regionale di iniziativa popolare sulla nuova residenzialità sociale che ha per oggetto, appunto, il riconoscimento e la valorizzazione dei modelli innovativi progettati, sperimentati e validati anche da Koinè⁽²⁾.

Il secondo risultato è il diffondersi nel territorio di istanze – provenienti sia da enti locali sia da imprese cooperative – mirate all'attivazione di piccole residenze sociali. Quest'ultimo dato ha particolare rilievo, posto che la ricerca-azione – come è nella cultura di Koinè – si spingeva a delineare i tratti e i contenuti di una *missione locale di sviluppo* volta, nel contempo, sia a rispondere alla domanda sociale sia a creare nuove opportunità di lavoro e sviluppo.

La condivisione di alcuni assunti irrinunciabili

Nel processo di elaborazione e gestione della ricerca-azione, ci si è accordati in modo coerente con alcuni assunti che è corretto e utile rappresentare – sia pure in breve – in queste note introduttive.

I servizi sociali devono rispondere ai diritti di cittadinanza

La cooperativa ha esplicitato nei propri documenti chiave⁽³⁾ la propria radicata avversione alla «visione mercatista» dei servizi sociali ed educativi e la altrettanto ferma convinzione che essi debbano rispondere ai diritti di cittadinanza di ogni persona. Conseguenti a questa visione sono due «pre-assunti» del processo di lettura delle domande e di progettazione delle risposte. Il primo è che vengono considerate le domande che esistono prescindendo dalla considerazione della loro «solvibilità economica», cioè si considera che il processo di elaborazione debba dar luogo a risposte appropriate alle domande e ai diritti delle persone e non alla mera ideazione e *nessa in vendita* di prodotti remunerativi. Il secondo pre-assunto riguarda il rispetto dello statuto pubblico dei servizi, che viene considerato come imprescindibile. I servizi, cioè, devono essere conformi alle norme pubbliche e orientati a rispondere ai diritti di cittadinanza piuttosto che a logiche di mercato. In questa ottica, l'elaborazione di formule che, in quanto sperimentali, non sono normate è stata accompagnata dal confronto preventivo, aperto e continuo con le amministrazioni locali.

Coinvolgere le comunità locali nella ricerca di risposte

A partire dalla convinzione che il sistema di welfare contemporaneo debba rispondere alle attese di ogni persona e di ogni contesto locale, senza reiterare l'approccio «standardizzatorio» e centrato sul cosiddetto «votante mediano» del welfare state,

2 | La Giunta regionale toscana ha accreditato la Casa di Michele come sperimentazione di interesse regionale (Delib. GRT n. 237/2012).

3 | Lo schema di *social reporting* di Koinè e, in particolare, le dichiarazioni di mission, vision e il Codice etico sono consultabili su www.koine.org

le attività di lettura dei bisogni e di progettazione sono state orientate a cogliere le domande specifiche presenti nei territori (a cominciare dalle realtà dei piccoli comuni rurali e montani che esprimono domande ben diverse da quelle presenti nei contesti urbani) e a offrire risposte appropriate e specifiche a quei bisogni.

Conseguenti a questo assunto sono due scelte metodologiche. In primo luogo il ricorso all'approccio *bottom up* (dal basso verso l'alto), che vuol dire coinvolgere gli attori locali e rinunciare ad applicare a contesti dati e formule sperimentate altrove. Al contrario, significa definire formule appropriate a ogni contesto specifico, fermo restando il rispetto dello statuto pubblico dei servizi. In secondo luogo definizione di ipotesi e di modelli sperimentali che tengano conto delle caratteristiche quantitative e qualitative della domanda presenti in ciascun contesto locale. Si sono così immaginate piccole strutture orientate a riprodurre il contesto familiare, con una elevata qualità relazionale, sia perché è meglio per le persone, sia perché non esiste alcuna ragione sostanziale (logiche di massimizzazione del profitto a parte) per creare grandi contenitori istituzionalizzanti da riempire con persone deportate da altri contesti locali.

Una cooperativa a servizio della costruzione di reti locali

A partire dalla convinzione che la cooperazione sociale sia strumento di sviluppo del benessere delle comunità locali ove essa è nata e opera e dal rifiuto dell'idea che l'impresa cooperativa si definisca nelle grandezze economiche, il processo di elaborazione si è sviluppato soggiacendo ad alcune, immanenti, domande di senso come: «Quanto è utile questa cosa al territorio?», «Quanto genera capitale sociale e legami di fiducia nella comunità locale?», «Quanto è funzionale questa ipotesi a rinsaldare i legami tra le organizzazioni non profit, le comunità, gli enti locali, le persone?».

Le risposte a queste domande, niente affatto retoriche, trovano sostanza in alcune scelte di fondo e in particolare nella scelta di dare priorità alla costruzione di reti locali di cooperative e produttori non profit (per articolare nel modo migliore possibile il legame con le comunità e i territori) e nella scelta di considerare le attività di progettazione come strumenti per una ricerca complessiva del sistema delle ONP locali e non come mezzo attraverso cui Koinè si prefigge di competere e di vincere sugli *altri*.

Coniugare sviluppo sociale e sviluppo economico

A partire dalla rilevanza sociale della domanda inesausta, ci si è posti il problema (e l'opportunità) di delineare percorsi mirati a soddisfare i bisogni delle persone e delle comunità locali ma, anche, a creare opportunità di sviluppo e di creazione di nuova occupazione. Con ciò si è inteso rendere visibile e concretamente misurabile un concetto molto importante, cioè che lo sviluppo dei servizi sociali non costituisce un costo ma, al contrario, un investimento generativo.

Parole chiave per una strategia condivisa

Si possono individuare alcune parole chiave che caratterizzano in termini di contenuto l'elaborato progettuale che è il prodotto del percorso di ricerca-azione.

Innovazione su contenuti, metodo, modelli di pensiero

Il progetto nel suo insieme e le singole componenti hanno il carattere della innovatività rispetto a tre livelli.

- *Aspetti di contenuto*: costruzione di reti integrate a sostegno delle famiglie e degli anziani; attivazione sperimentale di strutture residenziali per anziani fragili di piccola dimensione e ispirate al modello familiare; attivazione sperimentale di strutture residenziali e semiresidenziali di piccola dimensione rivolte ad anziani non autosufficienti per fasi acute o sostegno ai caregiver.
- *Aspetti di metodo*: tutte le attività sono state co-progettate con gli enti locali; le azioni di qualificazione e rafforzamento della offerta delle badanti danno luogo alla creazione di associazione professionale stabile delle stesse collaboratrici familiari; la gestione delle reti integrate coinvolge pro attivamente cooperative sociali, agenzie formative, cooperative di inclusione lavorativa, associazioni di promozione sociale dei territori interessati.
- *Innovatività mirata a produrre più adeguati modelli di pensiero*: di tipo orizzontale – le reti integrate dovrebbero costituire l'interfaccia operativa dei Punti unici di accesso (PUA) e delle Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) zonali –, ma anche di tipo verticale – la sperimentazione ha il carattere della replicabilità in tutto il territorio regionale.

Una prossimità che consente la replicabilità

Il progetto e le azioni sperimentali hanno il carattere della replicabilità in tutto il territorio ma sono «tarati» in un orizzonte spaziale delimitato e molto preciso: le zone sociosanitarie del Valdarno aretino, di Arezzo e della Valdichiana aretina.

In questi ambiti, le progettazioni hanno coinvolto attivamente enti locali, medici di medicina generale (MMG), cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, gruppi di utenti. A questi ambiti specifici si dirigono le azioni concrete.

Integrazione tra i servizi che lavorano con gli anziani

Le azioni sperimentali progettate mirano a favorire una migliore integrazione tra le diverse attività ora realizzate nei territori, a favorirne l'incremento dell'efficacia/efficienza, a integrare meglio e più organicamente i diversi attori (pubblici, privati, del privato sociale) che, a differente titolo, agiscono a sostegno della popolazione anziana e delle loro famiglie.

Le azioni sperimentali progettate hanno, ciascuna, valore e utilità in sé e traggono valore aggiunto dal fatto di essere tra loro collegate entro uno stesso, coerente e logico, disegno di miglioramento.

In sostanza, a partire dalla creazione di una rete di servizi di trasporto a domanda individuale, si è dato corso alla attivazione sperimentale e all'attivazione di un *residence* sociale per anziani fragili, di una comunità familiare per anziani fragili, di un domicilio collettivo di ospitalità temporanea e di sollievo per anziani non autosufficienti.

L'intento è di dare corso anche all'attivazione di una rete integrata e innovativa di servizi di cura, accudimento e assistenza in ambito domiciliare e territoriale.

Come si può osservare, ognuna delle realizzazioni è utile e ha senso in sé ma trae ulteriore forza dal fatto di costituirsi come maglia di una filiera integrata che è in grado di offrire risposte qualificate a tutti i bisogni, anche quando essi evolvano e si modificano nel tempo.

Il radicarsi critico e costruttivo nelle politiche locali

Nell'impostare il suo lavoro, Koinè è partita dal considerare che il varo del regolamento di attuazione della Legge regionale toscana n. 41/2005 aveva generato attese e speranze nella comunità degli operatori: dopo anni di dibattito, ricerche e sperimentazioni ci si attendeva una decisa spinta a una forte innovazione e qualificazione del sistema dei servizi e delle strutture, nel senso di sostenere e stimolare lo sviluppo di un'offerta attenta ai bisogni delle persone e delle comunità locali (anche di quelle piccole, montane e rurali) e, per altro verso, di incentivare lo sviluppo dei beni pubblici in una logica attenta ai diritti delle persone e non allo sfruttamento mercantile dei bisogni. Così non è stato.

Il regolamento, infatti, arrivato dopo oltre tre anni dai tempi previsti, è stato una grande occasione persa. Le attese sono state tradite e, per quanto in particolare concerne i servizi residenziali per gli anziani, viene riproposto un modello di RSA di grandi dimensioni (80 posti letto), poco attento alla dimensione del benessere relazionale delle persone, istituzionalizzante, impraticabile nei piccoli Comuni montani e rurali, poco congruente con la domanda di qualità che viene dalle famiglie e dalle persone e, infine, ammesso e non concesso lo sia, interessante sotto il profilo economico solo per i costruttori di grandi fabbricati. Nessuna traccia di quanto si era giunti a elaborare in tema: RSA di piccole dimensioni, comunità familiari protette, reti integrate e flessibili di servizi per la domiciliarità⁽⁴⁾.

Ora, anche alla luce del varo e della messa a regime del Fondo regionale per la non autosufficienza, la rete che si è costruita ha posto al centro della discussione politica il tema della residenzialità che deve, necessariamente, essere ripreso con forza: nel sistema integrato di offerta che va configurandosi (azioni a livello domiciliare, semiresidenziale e residenziale integrate), l'anello residenziale è il più debole e conferisce fragilità a tutto il sistema di offerta per le criticità che il modello impone, la sua rigidità, la sua onerosità, il tratto istituzionalizzante.

Le criticità di un modello normato di Rsa

È dalla lettura critica del modello normato di Rsa (*si veda il box*) che origina l'ipotesi di un modello di struttura residenziale alternativo, cioè di piccole dimensioni, orientato a sviluppare qualità relazionale, assistenziale e sanitaria per i residenti e, nel contempo, ad assicurare sostenibilità economica e legami sociali con la comunità.

4 | Peruzzi P., Faltoni G., *Nuovi modelli di servizio per le aree rurali e montane*, in Di Iacovo F. (a cura di), *Lo sviluppo sociale nelle aree rurali*, FrancoAngeli, Milano 2005.

GRANDI STRUTTURE PER FARE ECONOMIE DI SCALA?

In ordine alla natura economica dei servizi, si può facilmente convenire sulla *infondatezza della teoria* che giustificerebbe la creazione di grandi strutture, che presentano problemi di istituzionalizzazione e sradicamento delle persone dal loro normale contesto di vita, con motivazioni afferenti la generazione *delle cosiddette economie di scala*.

Il 76% del costo della giornata di ospitalità è riconducibile a *costo del lavoro del personale*, che è connesso al rispetto dei parametri di legge (per la parte sanitaria) e a parametri di efficacia/efficienza (per la parte dei servizi generali). Gli impieghi di personale sanitario e il loro costo non sono, evidentemente, riconducibili alle economie di scala. Ciò da un lato per il fatto che l'impiego del personale deve essere proporzionato algebricamente al numero degli utenti e, dall'altro, per il fatto che il costo del lavoro orario è fissato dalla contrattazione collettiva e dalla

stessa legislazione statale e non è comprimibile al di sotto dei cosiddetti «minimi tabellari».

Per quanto invece concerne il costo del lavoro dei servizi generali, se è tutt'altro che palese l'economicità della grande dimensione, è invece palese che in una struttura che ospita poche persone – e che perciò ha minori dimensioni – si riduce fortemente tutta la problematica alberghiera. Ad esempio: pulire e sanificare una struttura di oltre 1.000 mq con 40 ospiti residenti, pone, del tutto evidentemente, ben diversi problemi organizzativi e di consistenza del carico di lavoro, che non pulire e sanificare una normale abitazione di 150 mq con 8 persone che vi abitano.

Vale richiamare un'ultima questione, quella che afferisce ai *costi di realizzazione e impianto di una grande struttura sociosanitaria*. Sulla base delle indicazioni del D.P.G.R. n. 15/2008, si è stimato che per attivare una RSA da 40 posti letto siano necessari almeno 1.000 mq e un investimento non inferiore al molto prudente valore dei 2.100 €/mq, ovvero di oltre 2.167.000 €.

È quindi necessario approfondire i limiti del modello normato, soprattutto in ragione del dimensionamento delle RSA. Ne proponiamo qui sotto alcuni.

- Una RSA di quelle dimensioni produce problemi di natura organizzativa che rimandano all'esigenza di regolare in modo predeterminato la successione delle attività nella giornata tipo e a quella di standardizzare – e, perciò, produrre istituzionalizzazione – anche se il lavoro degli operatori riduce questo effetto negativo.
- La RSA normata non è adatta a soddisfare i bisogni specifici presenti nei piccoli comuni rurali e montani, che infatti, hanno pochissime strutture e vedono i propri residenti costretti a emigrare altrove e a subire lo sradicamento.
- Comporta investimenti ingenti e difficilmente disinvestibili, posto che una struttura da 1.000 mq è più difficilmente vendibile e ancora più difficilmente «riciclabile ad altri usi».
- Non offre vantaggi rilevanti in termini di ottimizzazione o riduzione dei costi di ospitalità giornaliera, posto che, per sua natura, il servizio è *labour intensive*. Ad esempio, la spesa per il personale addetto ai servizi economici è veramente molto relativa (se il risparmio fosse del 10% il costo giornaliero per ospite si ridurrebbe di 1,6 € sui 103,12 € medi).

Nel caso della Toscana, diversi strumenti di programmazione hanno esplicitato l'impegno della Regione a sostenere l'innovazione dei servizi residenziali per le persone non autosufficienti nella direzione del ridurre il peso e la rilevanza dei grandi contenitori istituzionalizzanti e del favorire, nel contempo, lo sviluppo di offerte di piccola dimensione strettamente correlate ai bisogni presenti nelle specifiche comunità locali. Eppure, come si è già detto, la «montagna ha partorito un topolino».

Le tipologie tradizionali sono confermate anche nel loro dimensionamento con la previsione di un massimo di 80 posti letto nelle RSA (due moduli da 40), di 80 posti letto nelle RSD (due moduli da 40), di 20 posti letto nelle CAP (in nuclei da 8).

Un'altra visione, altre strade oltre l'istituzionalizzazione

Il fatto che per ciascuna tipologia si siano doviziosamente chiariti i *requisiti minimi strutturali* richiama un vecchio articolo di Franco Basaglia⁽⁵⁾, in cui si metteva in evidenza come, in una certa cultura, «il valore del sistema superava quello dell'oggetto delle sue cure». Lo stesso saggio fa amaramente riflettere anche a proposito delle conseguenze dei fenomeni di istituzionalizzazione:

«L'assenza di ogni progetto, la perdita di un futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita ed organizzata la propria giornata su una dimensione dettata solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo.»⁽⁶⁾

In effetti, nei grandi contenitori, malgrado gli sforzi positivi e importanti che compiono gli operatori e i gestori, le persone subiscono fatalmente le conseguenze dell'istituzionalizzazione, il trauma dell'uscita dal proprio contesto sociale di radicamento e di riferimento (oltre che dalla propria casa) e sono esposte alla necessità di adeguarsi, loro, a ritmi predefiniti, tanto che, in un recente monitoraggio sulle strutture e i servizi residenziali per anziani in Toscana, veniva evidenziata dalla Fondazione Giovanni Michelucci

«l'evidente esigenza di ripensare la tipologia dei servizi per gli anziani: dopo una lunga storia di separazione, è in corso un processo di avvicinamento tra le due polarità dei servizi; la casa viene interpretata anche come presidio fondamentale e il presidio anche come casa... Per quanto riguarda le strutture, che rappresentano una risorsa necessaria, vanno reinterpretate in modo più dinamico, flessibile e relazionato con le risorse territoriali. I loro stessi requisiti strutturali e di funzionalità devono contrastare effetti della istituzionalizzazione a fronte delle esigenze e le risorse di autonomia e relazione delle persone.»⁽⁷⁾

Di più: la *ratio* dei grandi contenitori, è obiettivamente incongruente e in contraddizione con i principi e gli obiettivi di promozione di un welfare di comunità.

Uno stile di lavoro da impresa sociale

Ripensando il nostro lavoro, è possibile fare un bilancio delle scelte strategiche. Le esperienze prodotte, tra loro diverse, hanno in comune la visione che ispira la Cooperativa nel suo agire e che, in concreto, si può rappresentare nei punti che seguono.

5 | Basaglia F., *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, Gorizia 1964, www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/35distr.htm
6 | *Ibidem*.

7 | Fondazione Giovanni Michelucci, *Monitoraggio sulle strutture e i servizi residenziali per gli anziani in Toscana*, Firenze 2007, <http://www.michelucci.it/node/21>

- Gli interventi si prefiggono di riprodurre il *clima familiare* mediante l'allestimento di vere e proprie case, curando gli arredi, stimolando e favorendo la personalizzazione, evitando la riproduzione di regimi rigidi di funzionamento, stimolando gli ospiti a esercitare ruoli attivi.
- Gli interventi si collocano nel *cuore della città e dei paesi*, per permettere l'integrazione delle persone e l'innescare di relazioni aperte fuori-dentro. Tutte le strutture, infatti, sono collocate in zone vive della città di Arezzo (Vecchio ospedale, Giotto, Pescaiola), nella popolosa frazione di S. Giustino Valdarno e in quella molto attiva di Montecchio Vesponi, vicine a luoghi pubblici e di incontro, a fermate di autobus e strade, impianti sportivi e centri culturali, ecc.
- Gli interventi sono *concertati con gli enti locali*, assumendo uno statuto pubblico e rifuggendo da logiche di mercato. Le iniziative realizzate si fondano su partnership attive con i comuni della Valdichiana aretina, del Valdarno, della zona aretina e con USL 8 e senza tali partnership non avrebbero avuto luogo.
- Gli interventi sono *tarati sui bisogni effettivamente presenti nelle comunità locali*, evitando di assumere dimensionamenti che determinino il bisogno di «importare» da fuori residenti. Tutte le strutture hanno dimensionamenti pari o al di sotto degli otto residenti – con la sola eccezione del residence sociale CasAmica di Loro Ciuffenna (10 residenti) –, per il fatto che strutture di tali dimensioni assicurano alle persone la massima amichevolezza possibile (si tratta infatti di mini-appartamenti indipendenti) e sono programmaticamente e da regolamento rivolte a persone residenti nei comuni e nelle zone entro cui sono insediate. L'inserimento di persone da altri contesti è escluso, a priori, da regolamenti e carte dei servizi adottati.
- Gli interventi sono *integrati nella rete dell'offerta pubblica*, ricercando sinergie con i programmi già esistenti a vantaggio delle persone in carico.
- Gli interventi assicurano *qualità assistenziale, relazionale e di vita elevate* o comunque pari o maggiore di quella definita dai parametri e dagli standard previsti dalle normative. Vengono rispettati e incrementati i parametri regionali, mescolando personale specializzato (per le attività di tipo sociosanitario) e professionale inquadrato nel CCNL cooperative sociali con personale generico (per la gestione dei servizi di accadimento domestico), inquadrato in contratto di APS e risorse di volontari del SCV.
- Gli interventi si prefiggono di *mobilitare le risorse presenti nelle comunità locali* per assicurare alle strutture apertura, radicamento nella comunità e qualità. Le attività vedono il coinvolgimento attivo di associazioni di promozione sociale, di pubblica assistenza, di cooperative di tipo B, di volontari del SCV e di altre associazioni.
- Gli interventi sono *sostenibili economicamente* per gli enti locali convenzionati, le persone e le famiglie. La sostenibilità è prodotta mediante il ricorso a personale di APS per i servizi generici ed economici, l'integrazione tra servizi, l'effettuazione di investimenti di modesta dimensione e molto oculati, le attività di *fund raising*, l'utilizzo massivo di volontari del SCV a integrazione del personale professionale.
- Gli interventi vengono *valutati criticamente e coinvolgendo i portatori di interesse*. La cooperativa adotta un sistema di monitoraggio e valutazione *in itinere* molto rigoroso e che prevede il coinvolgimento attivo di tutti i gruppi di stakeholder.

Fiorenzo Oliva

Sentirsi «casa» mobilita le risorse dell'anziano

Quel che insegna sulla scelta di vivere la Casa di Michele

In un tempo in cui le famiglie tendono ad ancorarsi al principio della domiciliarità, quasi sempre incontrano, in caso di anziani fragili, un'offerta residenziale organizzata come grandi e distanti «contenitori di malattie», piuttosto che come luoghi abitabili, capaci di sostenere nel vivere. Il compito, anche oggi, è de-istituzionalizzare. Impresa possibile se le comunità locali, con la regia di mondi cooperativi e delle amministrazioni locali, intraprendono la strada della residenzialità leggera. Ma organizzare tali forme di convivenza, prima che una sfida finanziaria, è una sfida culturale.

La Casa di Michele di Arezzo è un servizio socioassistenziale e di cura di nuova tipologia rivolto ad anziani momentaneamente non autosufficienti di differenti livelli di gravità, che necessitano di risposte residenziali temporanee per un breve periodo di tempo o per gestire fasi post acute (molti provengono dal reparto di ortopedia dell'ospedale) o per esigenze di sostegno ai *caregiver*. È una struttura che può ospitare al massimo otto o nove persone, ma che non ha per nulla l'aspetto di un servizio socioassistenziale: sembra più una grande casa, accogliente, molto colorata e ospitale.

Ad Arezzo ci accolgono le operatrici della cooperativa Koinè, titolare del servizio, che ci stanno accompagnando a visitare la struttura. A circa cinque minuti di auto dalla stazione dei treni entriamo in un quartiere fatto di caseggiati di edilizia popolare. Lasciamo la macchina in una piazzetta adibita a parcheggio, che si apre davanti a un porticato con le colonne in cemento armato. Un vociere allegro richiama la nostra attenzione verso una decina di persone anziane sedute con sdraio e sedie davanti alla porta di quella che mi sembra una normale abitazione al pian terreno. Parlano, in un'atmosfera serena, e ci salutano con larghi sorrisi. Capiamo così di essere arrivati alla Casa di Michele. Tra gli anziani, qualcuno guarda la Tv, altri giocano a carte, la maggior parte chiacchiera. Si interessano di noi per i primi minuti. Poi, quando capiscono che non siamo parenti di nessuno, tornano alle loro precedenti occupazioni.

Ci aspettavamo di entrare in una specie di «istituto» rivolto ad anziani alla perenne rincorsa del passato, invece ci ritroviamo al centro di un gruppo di persone che si stanno divertendo, o perlomeno sperimentano una curiosa e affascinante approssimazione di divertimento.

Alla ricerca di risposte residenziali alternative

Mentre visitiamo i locali, iniziamo la conversazione con i responsabili e gli operatori del servizio.

Sopperire all'assenza di interventi nella non-cronicità

La Casa di Michele è un progetto che ha preso il via grazie alle percezioni e all'iniziativa di una cooperativa, la Koinè, con la partecipazione di alcune reti sociali e delle istituzioni locali.

«Il progetto – ha spiegato Paolo Peruzzi, direttore della Cooperativa – si ricollega a dei processi sociali più ampi, legati all'ampiezza del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e all'impatto che la diffusione della fragilità e della non autosufficienza hanno sugli equilibri delle famiglie e delle comunità locali. Il welfare italiano ha reagito a questi fenomeni sostanzialmente con un'estensione quantitativa dell'offerta di RSA rivolta alla non autosufficienza. Anche a causa della mancanza di risorse finanziarie, invece, si è spesso sottovalutata la questione relativa alla prevenzione, sia per quanto riguarda gli anziani autosufficienti, sia per le persone più fragili. Così, sono molte le questioni e le richieste aperte e mai soddisfatte, e la maggior parte di esse ha a che fare con l'accudimento domestico e l'assistenza geriatrica domiciliare».

Il progetto della Cooperativa Koinè ⁽¹⁾ è partito proprio da questo assunto: dalla necessità di una messa a punto di politiche, programmi e azioni utili a correggere e migliorare l'offerta dei servizi rivolti agli anziani e alle loro famiglie.

Così, a partire dalla lettura dei bisogni, la Cooperativa ha individuato le principali criticità del proprio territorio e ha configurato delle possibili risposte, provando a progettare interventi nella non-cronicità per andare da un lato a «spezzare» la tendenza delle istituzioni pubbliche a non interessarsi della salute degli anziani finché non si giunge alla cronicità, dall'altro a venire incontro alle fatiche delle famiglie e di quei nuclei familiari che, anche solo per brevi periodi, per svariate ragioni (tempo, figli piccoli da allevare, altri anziani da accudire, ecc.) non hanno possibilità di occuparsi dei propri anziani e hanno bisogno di un servizio a cui appoggiarsi. In particolare, tra il 2009 e il 2010 Koinè ha progettato e sperimentato un modello di nuove residenze sociali caratterizzate da piccola dimensione, flessibilità e approccio «familiare», completando così l'intervento di modellizzazione di risposte residenziali alternative ai tradizionali «grandi contenitori» delle RSA (si veda, in questo inserto, il *Box* a p. 52). Una di queste residenze è la Casa di Michele.

1 | La Cooperativa conta più di 500 dipendenti sul territorio di Arezzo e provincia, gestisce 75 servizi per un totale che supera i 1.900 utenti giornalieri.

Dall'interrogare i dati del territorio a nuove ipotesi

Il punto di partenza è stato un piano di ricerca-azione, consistito in primo luogo nell'analisi dei dati sul territorio di riferimento. «Come scritto nel primo articolo di questo inserto – ha spiegato Grazia Faltoni, presidente di Koinè –, uno degli “assunti irrinunciabili” della nostra Cooperativa è lo stretto rapporto con la comunità locale. Così, era inevitabile che le nostre ricerche si rivolgessero al nostro territorio».

Nella Provincia di Arezzo, su una popolazione di circa 350.000 abitanti, il numero di persone che superava i 64 anni è superiore al 22%. Si tratta di circa 78.000 persone. Un numero in costante aumento, vista la tendenza all'invecchiamento della popolazione che si registra in Provincia di Arezzo come in tutta Italia, seppur in modo diseguale.

Non meno rilevante è la condizione familiare di questi anziani: nel 2008 uno su quattro (il 25,7%) viveva solo, il 44% circa in coppia, mentre solo il 7% viveva in una famiglia più estesa (rientrando tra questi ultimi, tra l'altro, anche gli anziani ospiti delle RSA).

I dati provinciali, inoltre, mostravano come nei paesi di montagna e nei piccoli comuni rurali la tendenza all'invecchiamento fosse un fenomeno ancora più esteso e preoccupante, e pertanto le richieste degli anziani e delle loro famiglie erano maggiori. Incrociando i dati e facendo i debiti raffronti, è emerso come sul totale della popolazione anziana, l'area del rischio, della fragilità e del disagio conclamato sfiorasse il 52%.

Sulla base di questi dati, la Cooperativa Koinè ha mappato i servizi residenziali e semiresidenziali per anziani con sede nella Provincia di Arezzo, studiando i numeri delle utenze, i territori, i costi.

La ricerca-azione ha portato all'idea delle piccole comunità per anziani che, proprio perché si fondano su piccoli numeri, hanno molti vantaggi: innanzitutto una migliore qualità relazionale al proprio interno, ma anche la possibilità di un più facile disinvestimento nel caso di una dismissione (una struttura da 300 posti letto, per esempio, è difficile da riutilizzare), l'adesione perfetta ai bisogni di tutti i contesti, sia per città grandi sia per piccoli comuni rurali di piccole dimensioni.

Ci vuol tempo a pensarsi e a farsi percepire come «casa»

La Casa di Michele è innanzitutto condivisione e rispetto per le persone, creazione di ambienti che ricalcano la familiarità e attenzione ai ritmi degli anziani. «Un anziano – ha spiegato Peruzzi – necessita di strutture comunitarie piccole e personalizzate, in cui le persone ospitate possano sentirsi a casa propria. Noi proponiamo il piccolo numero, l'attenzione alla dignità e al rispetto degli spazi. Vogliamo ricreare una comunità familiare».

Un cambio del target di riferimento

La Casa di Michele è un alloggio collettivo che offre agli anziani e alle loro famiglie una risposta residenziale alle esigenze di tipo socioassistenziale, sanitario e rela-

zionale. Il servizio è convenzionato con il Comune di Arezzo dal novembre 2009. Si tratta di otto posti letto in tutto, più uno per le emergenze: cinque posti sono in convenzione con l'ASL, che invia utenti appena usciti dagli ospedali che necessitano di un periodo di assistenza in quanto momentaneamente non autosufficienti, mentre i restanti si rivolgono a un'utenza privata. Il servizio quindi lavora sulla gestione di una fase post-acuta (per esempio un fratturato che uscirebbe dall'ospedale e andrebbe a casa, ma non avrebbe la possibilità di vivere da solo perché *momentaneamente* non autosufficiente e con la famiglia lontana) oppure di fasi acute entro malattie croniche.

All'interno dell'alloggio, tenendo conto delle indicazioni della Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) e del parere specialistico, viene adottato e concretizzato uno specifico piano individualizzato di assistenza, cura e tutela, che si articola in prestazioni di tipo assistenziale, infermieristico, terapeutico e di sostegno alla vita di relazione.

Sono programmaticamente esclusi gli accessi a tempo indeterminato: il soggiorno ha necessariamente una durata compresa tra i 7 e i 90 giorni. Non sempre è stato così: inizialmente i periodi di soggiorno erano più estesi nel tempo. «Questo perché è cambiata l'utenza di riferimento – ci ha raccontato Gabriella, responsabile della Casa di Michele –. Il primo anno non avevamo concordato con gli assistenti sociali un target in particolare. L'idea era quella di usare la Casa di Michele come una piccola RSA: abbiamo ospitato non solo persone che necessitavano di un ricovero temporaneo, ma anche anziani con patologie più gravi».

«Gli assistenti sociali all'inizio facevano fatica ad avvalersi adeguatamente del servizio – prosegue la collega Sabrina –. E inizialmente l'équipe della Casa di Michele aveva escluso l'accoglienza di anziani appena dimessi dall'ospedale: si pensava a loro come persone che avevano bisogno di una maggiore attenzione riabilitativa di tipo sanitario, cosa che poi si è rivelata inesatta».

Di concerto con gli assistenti sociali, la situazione è andata mutando: trascorsi vari mesi e maturate conoscenze ed esperienze, oggi è proprio ai degenti che si rivolge principalmente il servizio offerto dalla Casa di Michele.

Si può quindi concludere che i servizi innovativi, proprio in quanto tali, richiedono un tempo di apprendimento per un utilizzo ottimale. Come tutte i nuovi progetti, hanno bisogno di un periodo di prova per evolversi e migliorarsi attraverso l'esperienza empirica.

Una flessibilità aperta anche a un'utenza privata

L'altro target di riferimento per l'utenza della Casa di Michele, questa volta per quanto riguarda i posti letto rivolti ai privati, sono gli anziani le cui famiglie necessitano di un «periodo di sollievo». Può capitare durante le vacanze estive, per esempio, per coprire il «vuoto» che si viene a creare durante le ferie delle «badanti» o dei familiari dell'anziano. Ma spesso si tratta anche solo di esigenze relative a servizi diurni, oppure a week-end. La Casa di Michele offre una grande flessibilità.

Nella maggioranza dei casi, il target privato non ha nulla a che fare con la fragilità: le richieste sono prossime alla domiciliarità. «Si tratta di persone anziane che è

preferibile non inserire in grandi strutture come le RSA – spiega Peruzzi –, perché ne subirebbero un senso di decadenza, di “risucchiamento nella cronicità”. Viceversa, il pernottamento temporaneo in una piccola struttura che si occupa di loro basandosi sulle loro esigenze, infonde loro speranza e fiducia».

Per entrambi i target, gli utenti dell’ASL appena usciti dall’ospedale e quelli privati che hanno bisogno di un punto di appoggio, di fatto si risponde anche al problema della fragilità: molti utenti convenzionati, per esempio, sono autosufficienti ma, semplicemente, non hanno una rete familiare che li possa sostenere nel momento di difficoltà post-ospedaliero. «Se questo momento di acuzie non è trattato in maniera adeguata, immediata – commentano gli operatori –, è facile per l’anziano cadere nella depressione e nella non autosufficienza».

Tutt’altro che un contenitore istituzionale

Non crea ansia la Casa di Michele, lo vedo negli occhi degli anziani con cui chiacchiero nell’enorme e colorato soggiorno utilizzato come «spazio comune». È qui che ci intratteniamo con le operatrici e i residenti della Casa di Michele.

Se pensavo di entrare in una tradizionale residenza sociosanitaria, l’accuratezza degli spazi e delle stanze della casa, l’arredamento pensato e curato nei particolari, il clima positivo e i sorrisi di tutti mi fanno presto cambiare idea. Questo luogo non ha niente a che fare con il concetto – popolare nell’immaginario collettivo – dei «contenitori istituzionali».

Quali standard strutturali e abitativi?

La Casa di Michele è un alloggio di circa 260 metri quadrati, tutti disposti su un piano, il pian terreno, e totalmente privi di barriere architettoniche. È sostanzialmente diviso in due parti: una zona adibita a spazio collettivo e di vita comunitaria (di una novantina di metri quadrati), di cui fanno parte una zona soggiorno con divani, poltrone, sedie, TV e una camera da pranzo. La seconda zona è quella dove si trovano le stanze degli ospiti della struttura: anch’essa di circa 90 metri quadrati, consta di quattro camere doppie e una singola. I restanti 80 metri quadrati sono occupati dai tre bagni, di cui uno dotato di vasca doccia assistita.

Le pareti sono colorate, l’arredamento è molto curato ed è stato allestito come una normale abitazione civile, con l’obiettivo di infondere nelle persone che vi abitano la sensazione di familiarità e vivibilità, pur ovviamente disponendo di arredi specifici per agevolare la vita dei residenti, come letti attrezzati e sollevatori.

«È pieno di elementi caldi – racconta Sabrina, che si è occupata della scelta e dell’allestimento degli arredamenti –, pieni di sinuosità, che ricordano le forme della casa vissuta. Nel pensare l’arredamento ho provato a rompere la geometria della struttura e a creare un ambiente più coinvolgente e positivo possibile». E così si spiegano le riproduzioni dei quadri di Van Gogh alle pareti, ma anche la presenza, nello spazio comune, di una vaschetta con le tartarughe da una parte, dei canarini dall’altra, e di tanti vasi di piante rigogliose e colorate.

In tutta la zona comune, i muri esterni sono stati sostituiti da enormi vetrate, che dividono dalla strada ma in un certo senso uniscono anche. «Prima di mettere le tende eravamo praticamente in vetrina. Mentre allestivamo il servizio c'era gente che ci fissava dall'altra parte del vetro!».

La Casa di Michele propone, quindi, un modello – anche strutturale e abitativo – che sia fruibile e non crei disagio o ansia ai suoi ospiti. «Il nostro servizio – prosegue Tiziana – è un modello di convivenza con la sofferenza: siamo convinti che non la si debba vivere con terrore. Certo, bisogna averne rispetto, ma allo stesso tempo è necessario credere che esista anche la possibilità di contenerla, o perlomeno di alleggerirla. E così anche la scelta degli arredi e dei mobili ha seguito questi criteri».

Quale rapporto tra i tempi degli operatori e i ritmi degli anziani?

La gestione del servizio è assicurata da una associazione temporanea di imprese costituita da Koinè, proprietaria e titolare del servizio, e dall'associazione di promozione sociale La Valle.

In tutto ci lavorano cinque operatori: uno la mattina, uno il pomeriggio, uno di notte, supportati da una operatrice sanitaria referente. Gravitano poi attorno alla Casa di Michele un infermiere (tutte le mattine o al pomeriggio), un fisioterapista due volte alla settimana, senza contare poi la presenza di volontari e di due giovani in servizio civile a supporto delle attività di animazione. Questi ultimi sono presenti uno di mattina e uno di pomeriggio, mentre si alternano il sabato e la domenica. «Danno una mano in casa – spiega Gabriella –, vanno a passeggio con alcuni utenti sulla base sia di una programmazione preventiva, sia delle esigenze delle singole persone: il programma lo si fa sempre, ma poi proviamo il più possibile ad andare incontro alle esigenze dei nostri ospiti. Come servizio, infatti, riteniamo assolutamente prioritario il fatto che vengano rispettati i ritmi degli anziani. Questo ha direttamente a che fare con un approccio culturale verso i problemi delle persone. Ricordo per esempio un signore che accompagnavamo tutte le mattine a prendere il giornale: quella era la sua abitudine, ci teneva moltissimo, e abbiamo fatto in modo di permetterglielo sempre, accompagnandolo in questa passeggiata».

Anche il territorio è «di casa»

Un nodo chiave per lo sviluppo e la crescita del servizio offerto dalla Casa di Michele – e per tutti i servizi analoghi, soprattutto se innovativi – è stato fin da subito il rapporto con le reti territoriali, sotto due punti di vista differenti: da un lato per creare percorsi utili a rispondere alle esigenze, per generare capitale sociale e legami di fiducia nella comunità locale, rinsaldando anche i legami tra le organizzazioni non profit, le comunità, gli enti locali e le persone che ne fanno parte; dall'altro per dar luogo a politiche e modelli innovativi di qualità replicabili nel territorio.

Il sostegno al cambiamento di un quartiere popolare

La Casa di Michele è riuscita a rispondere alle esigenze e a generare legami di fiducia con il territorio aretino nel popoloso quartiere di Pesciola in cui è nato il servizio.

Si tratta di una zona piuttosto degradata, e gli operatori stessi la definiscono «una zona-dormitorio»: la speculazione edilizia, infatti, ha permesso la costruzione di un gruppo di caseggiati da 45 condomini a lato di un vecchio consorzio agrario dentro al quale veniva ammassato il grano con una ferrovia interna. Il posto si è presto riempito di immigrati, di donne che si prostituivano, di marginali.

«Quando si è deciso di progettare la Casa di Michele – racconta Peruzzi –, la Cooperativa Koinè ha svolto un'indagine di mercato. L'idea era quella di cercare una postazione in periferia, andando a collocare questo modello in un contesto urbano che avesse bisogno di un'azione di sviluppo, di recupero del degrado, andando così a impattare su due esigenze, una interna – dell'utenza a cui ci rivolgiamo – e una esterna – quindi della città».

Per il quartiere è stato un elemento di svolta: sono arrivati i servizi, i mezzi di trasporto. «Accendendo le luci» sono stati eliminati gli aspetti più evidenti del degrado. Rimane una periferia con un alto tasso di immigrati e un basso valore immobiliare, però si sente meno la percezione di essere in un contesto periferico. In generale, il quartiere è tornato a percepire che anche quella zona è «città».

Sabrina racconta di una buona risposta da parte del contesto all'attivazione del servizio: «Gli abitanti della zona hanno percepito che c'è attenzione nei loro confronti. Passano davanti alla Casa di Michele, salutano, e c'è anche chi si propone come volontario. I residenti hanno capito che sono considerati un bene comune; così restituiscono fiducia, speranza, volontà di coesione».

Un'interessante particolarità riguarda l'utenza privata del servizio: l'accesso privato, infatti, comporta una retta mensile di 2.500 euro, per cui si tratta di un'utenza economicamente benestante. «Di fatto, quindi, la Casa di Michele ha portato una parte della città benestante in una zona povera e questa cosa non ha creato nessun problema, c'è stata integrazione».

La domanda eccede la possibilità di accoglienza

Un secondo punto chiave rispetto al territorio ha a che fare con la replicabilità del modello Casa di Michele. Il servizio, infatti, se rimane semplicemente un alloggio collettivo per anziani, può essere una importante struttura per alleviare una famiglia da un periodo di fatica, ma rimarrebbe un'esperienza fine a se stessa. Se è vero che la Casa di Michele è diventata un punto di riferimento, un modello-altro che ha risposto con efficienza ad alcune esigenze del suo territorio, allora deve diventare un modello replicabile.

«Arezzo – ha detto Faltoni – ormai ha imparato che è possibile un approccio agli anziani che sia diverso dalle normali RSA». La domanda è forte: i dati del servizio mostrano come il livello di saturazione dei posti letto sia pari al 98%, sia per quanto riguarda la parte privata sia per quella convenzionata. «Anzi, a volte l'ASL è lenta nel dare risposte e lascia dei posti vuoti per giorni. Sul privato, invece, ogni posto vacante viene occupato molto velocemente. Questo anche se, quando arriva una richiesta che reputiamo di non essere in grado di soddisfare adeguatamente, la respingiamo. A più persone, sia dell'utenza pubblica sia privata, è stato detto che non saremmo riusciti ad accoglierli. Ci rispondevano: «Ma noi paghiamo!». Il pa-

gamento, però, non c'entra nulla se tu hai bisogno di un servizio diverso da quello che possiamo fare noi. Quindi: la Casa di Michele non è piena perché tutti quelli che fanno richiesta hanno accesso, ma perché c'è una domanda molto eccedente quel potenziale».

L'intento, fin dalle origini, era di rendere la Casa di Michele un progetto replicabile nei comuni, nelle cooperative. In realtà è stata replicata solo da alcune organizzazioni di puro stampo mercatista. Questo perché il paradosso della Casa di Michele è che non è una struttura a norma: è cioè una tipologia di servizio non normata dalle leggi ⁽²⁾.

Quali i motivi del successo?

Le valutazioni e i punteggi che gli utenti attribuiscono alla Casa di Michele sono molto positivi. Nei questionari rivolti alle famiglie, per esempio, nell'80% dei casi i familiari scrivono di avere trovato il proprio parente migliorato durante il periodo di cura. Di fatto, quindi, il servizio riesce a risolvere i problemi che avevano originato il bisogno.

In quest'ottica ci sono almeno due aspetti significativi: il primo è che per il welfare un servizio come la Casa di Michele ha un costo giornaliero di 77,76 euro, a fronte dei 712 euro di un letto in ospedale; il secondo è che i dati mostrano come non ci siano state né ricadute, né eventi sentinella, né alcuna protesta.

Secondo gli operatori, sono molti i fattori di successo. Il più «banale» è l'accessibilità: è un posto vicino al centro città che ha un comodo parcheggio. Le famiglie, così, sono facilitate al massimo sia a venire a trovare gli utenti sia a visitare il servizio. La Casa è a due passi da qualunque quartiere del Comune di Arezzo, e quindi è estremamente accessibile.

Altro fattore riguarda l'estrema flessibilità della gestione quotidiana. In una struttura così piccola gli orari rigidi non esistono, le persone vivono la vita quotidiana liberamente e anche l'accesso dei familiari non ha orario. Queste libertà sono particolarmente apprezzate.

L'altra questione primaria è che si lavora per progetti individualizzati: come già riportato precedentemente, gli utenti sono al massimo nove, quindi è possibile fare un lavoro molto individualizzato sulle persone, sia a livello di osservazione e di valutazione sia a livello di relazione.

L'altro aspetto che piace è il reale sollievo per le famiglie: l'anziano che entra nella Casa di Michele viene preso in carico totalmente: gli operatori della Casa si fanno carico di tenere i contatti con medici e infermiere, andare in farmacia, prendere appuntamenti, accompagnare alle ASL, ecc. «Chiaramente non si tratta di una delega totale della famiglia – precisa Sabrina –, però è un sollievo reale anche rispetto ai disbrighi burocratici».

2 | Si tratta infatti di una sperimentazione approvata con la delibera 327 del 2012 dalla Regione Toscana, il cui scopo è quello di verificare per 18 mesi l'andamento dell'esperienza. Una volta

verificata la validità, la Regione Toscana potrà dare il via libera alla creazione di altre residenze basate sullo stesso modello organizzativo e sulla stessa impostazione.

L'ultimo fattore di successo è la «presa in carico» che si fa in alcuni casi, a seconda delle condizioni dell'anziano. Gli operatori si recano dall'assistente sociale o dal familiare, poi si fanno conoscere dall'anziano andando a casa sua, talvolta accompagnati anche da un'infermiera o da un fisioterapista nel caso che ci sia una componente più spiccatamente problematica. Se l'utente ha qualche perplessità, si fa un periodo di ambientamento, come per i bambini negli asili. «All'emergenza si risponde con prontezza – spiega Peruzzi –, però l'impostazione del servizio tende a fare di tutto per rendere il meno traumatico possibile l'inserimento. Laddove è possibile, per esempio, si chiede alla famiglia – prima del trasferimento – di portare l'anziano in visita alla Casa di Michele, per tranquillizzarlo».

La fase successiva è l'attenzione alla cura dell'incontro. Gli operatori che incontrano per la prima volta l'utente si muovono su due livelli: uno in cui si presenta e mostra cos'è la Casa di Michele, cercando di generare fiducia attraverso le presentazioni, le spiegazioni su quello che troveranno, la presa in carico delle risposte degli anziani. Un secondo livello ha poi a che fare con la compilazione di una scheda di ingresso, in cui vengono annotate varie tipologie di esigenze, dalle persone da contattare in caso di necessità agli interessi, alla rete di legami, ad alcuni tratti della storia personale, per poi ricalcare un piano di assistenza individuale, un programma di lavoro che sia adeguato a quel tipo di persona. Si tratta di un primo contatto, una prima conoscenza che di solito si fa in punta di piedi. Spiega Gabriella: «Raccontiamo il nostro servizio con il depliant alla mano, perché c'è sempre lo spavento iniziale dell'anziano che pensa: "Oddio, dove mi mandano?". È giusto che abbiano immediatamente delle risposte: "Troverai me, questo è il posto in cui andrai, ci sono le foto nel depliant, questa è la nostra modalità"».

La piccola dimensione appaga e favorisce relazionalità

Sono due gli elementi peculiari della Casa di Michele. In primo luogo l'adeguatezza dell'ambiente: la piccola dimensione induce senso di appagamento e di appropriatezza, agisce in modo immediato sulla dimensione percettiva della qualità. Infatti, la reazione alla vista della Casa di Michele da parte degli anziani è subito positiva, e pertanto ben dispone, cioè apre a una relazione aperta, di ascolto.

L'altro aspetto peculiare è che la piccola dimensione di per se stessa favorisce relazionalità, perché permette di evitare di dar luogo a un modello organizzativo da «mega-macchina sociale», organizzato sulla scansione della giornata-tipo. Dalle-alle si fa l'alzata, dalle-alle la colazione, dalle-alle il laboratorio, dalle-alle si dorme. «In quei casi è pressoché necessario farlo – dice Peruzzi –, in una struttura con 80 posti letto è fondamentale aver finito le alzate mattutine entro le 9 del mattino. Non si può fare in altro modo. È la «fordizzazione» della cura, il «taylorismo» applicato alle relazioni umane».

In un contesto ridotto come la Casa di Michele è permessa una maggiore elasticità e, per esempio, lo spazio per le colazioni rimane sempre aperto. Ciò è reso possibile

dal fatto che il grado di carico di lavoro degli operatori inserito in quel contesto è tale da permettere spazio di flessibilità e di relazione.

Altro fattore che incide è l'omogeneità dell'utenza che permette amicizie e scambi relazionali tra gli utenti. Tutti gli ospiti della Casa di Michele sono persone intellettivamente in grado di avere relazioni, e la coabitazione e il contatto quotidiano permettono di svilupparle intensamente. «Spesso si raccontano la propria vita – dice Gabriella –, e questo crea sollievo perché narrando a un altro le proprie vicissitudini, chi racconta si riposiziona e tende ad accettarle un po' di più, alleggerendo per esempio il proprio risentimento o la propria paura».

Ne viene fuori un apprendimento che nasce dal narrarsi la vita, una mutualità tra pari che è data dal poter resistere insieme nella quotidianità e che crea un apprendimento che non è possibile altrove. Nella grande istituzione ciò è meno semplice: anche i percorsi sulla narrazione e autonarrazione diventano cose da programmare e vengono praticati in maniera sistematica.

C'è un'altra particolarità nella Casa di Michele che favorisce le relazioni e gli scambi: il ricambio continuo degli ospiti. Gli utenti, cioè, poiché pernottano per periodi di tempo limitati, non hanno il tempo di stancarsi o di annoiarsi parlando sempre delle stesse cose con le stesse persone. Con il ricambio continuo, gli ospiti sono sempre «freschi».

Gli anziani, una risorsa anche di lavoro

Un'esperienza come la Casa di Michele si inserisce inevitabilmente in una questione ampia, inerente al rapporto tra le persone anziane e la società nel suo complesso: il diritto all'assistenza, tanto più quando si tratta di anziani non autosufficienti, rischia da un lato di non essere pienamente compreso dagli altri cittadini o addirittura di venire vissuto con una sottile insofferenza, dall'altro di lasciare gli anziani stessi in vissuti densi di sensi di colpa o depressione. Molti anziani, infatti, si sentono di peso per la famiglia e, talvolta, trascurati o dimenticati dalla società.

Non è sufficiente, allora, focalizzare l'attenzione sui diritti degli anziani se l'opinione corrente li considera solo un onere per la società. Per contrastare questa percezione, può essere efficace evidenziare come la risposta ai loro diritti possa rivelarsi una inedita risorsa di lavoro.

Non gestire il problema è un costo sociale

«È giusto parlare di diritti degli anziani? Sicuramente, ma questa può anche rivelarsi una lettura del contesto sociale *strategicamente sbagliata* – sostiene Paolo Peruzzi. Resto convinto della necessità di tutela dei diritti degli anziani, ma forse bisognerebbe essere più pratici nel presentare queste questioni all'opinione pubblica. Banalmente, noi nella Provincia di Arezzo abbiamo il 27% degli abitanti che hanno più di 65 anni: in totale gli anziani sono 90.000. Di questi, quasi il 20% è fragile. Si tratta di 17.000 persone vicine al precipitare nella non autosufficienza. Ora, non gestirli è un *costo sociale*. Anche se non ti interessa nulla degli anziani, si tratta perlomeno di un problema economico: gli anziani si ammalano, vanno

in ospedale e costano 712 euro giorno. Allora la domanda deve essere: conviene continuare così?».

L'idea di Peruzzi è che gestire queste migliaia di anziani a casa, nei diurni, con assistenza, creare servizi residenziali temporali e, più in generale, politiche di assistenza nella non-cronicità costerebbero infinitamente di meno.

Prosegue Grazia Faltoni: «Di questi, 90.000 (l'8% – e quindi 7.200 persone) non sono autosufficienti, mentre il 6% ha un indice di isogravità superiore o uguale a 4, sono cioè gravissimi. Sommando i dati, si tratta di più di 20.000 persone, che in un territorio come questo sono una bomba a orologeria. Quindi l'assistenza non è un problema né morale, né di equilibrio, né di giustizia. Facciamo finta che siano tutte questioni insignificanti. È un problema pratico ed economico».

Gestire il problema può diventare una risorsa

Secondo Peruzzi, le richieste di accompagnamento agli anziani sono anche un giacimento occupazionale. «In un territorio come quello di Arezzo – spiega – potrebbe creare circa 3.000 posti di lavoro. Uno sviluppo locale di questo tipo in Italia produrrebbe quindi mezzo milione di posti di lavoro, di cui circa 250.000 nel Mezzogiorno».

Peruzzi cita spesso il concetto dell'«ottimo di Pareto», e lo fa anche in questo caso. «Bisogna chiedersi quanto costa assistere e quanto costa non assistere. Bisogna metterla su questo piano per far capire le cose anche a chi pensa, per esempio, che il welfare costi troppo. Sei sicuro che costi di più sviluppare un welfare appropriato che non lasciare che i sistemi economici locali vadano in depressione perché mancano le infrastrutture immateriali? E poi: quanto genera in termini di redditività? Bene, allora, pur trovandomi d'accordo sui diritti degli anziani, dobbiamo comprendere che questo è un piano sul quale non riusciremo mai a fare alleanze, a “rompere il muro”. Per romperlo, si deve dimostrare che i processi di innovazione – oltre che giusti e virtuosi – sono capaci di generare ricchezza e nuovi saperi, di generare equilibrio, di far nascere nuove imprese, di ridare consistenza ai territori».

Antonio Censi

Familiarizzare i servizi per anziani

Il quotidiano lavoro per aiutare a invecchiare vivendo

Quando la famiglia ricorre all'aiuto professionale esprime una domanda esistenziale che fatica a trovare risposta. Lievita l'esigenza di concentrarsi, oltre che sulle cure mediche, sulla cura della vita. Il lavoro dei professionisti e il modello organizzativo delle residenze sono chiamati a porre al centro lo sviluppo di riconoscimenti reciproci, di scambi che interrogano il vivere, di legami che assaporano la relazionalità. In questa prospettiva, il servizio professionale, il dialogo tra famiglie, l'azione delle reti sociali, gli spazi per gli anziani si sintonizzano sull'essere partecipi dell'umano in ogni situazione.

Le mie riflessioni si propongono di sottolineare gli aspetti più interessanti dell'esperienza della Casa di Michele, mettendo in risalto i punti di convergenza e di possibile coniugazione tra il sapere pratico espresso dagli operatori attraverso il lavoro sul campo e il sapere teorico prodotto dalla ricerca sociale nell'ambito dei processi di invecchiamento avanzato.

Attraverso l'esplicitazione dei punti di convergenza tra i due saperi vorrei tentare una lettura in termini «progettuali» dell'esperienza di Arezzo, cercando di dimostrare come gli operatori possano trasformarsi in attori di un cambiamento culturale che può contribuire a una ridefinizione del mandato che la nostra società assegna ai servizi per le persone anziane non autosufficienti e a una riconversione del ruolo degli operatori all'interno di questi contesti.

Negli ultimi decenni questi servizi sono andati assumendo una sempre più accentuata caratterizzazione sanitaria, trasformandosi in luoghi destinati al trattamento specialistico delle patologie e delle disabilità dell'età avanzata. Questo orientamento, se da un lato ha contribuito a migliorare la qualità degli interventi di cura, assistenza e riabilitazione, dall'altro non è stato in grado di offrire ai destinatari delle cure una qualità di vita accettabile. Che la costruzione di mondi artificiali concepiti sulla base del paradigma bio-medico dell'invecchiamento sia inadatta a riconoscere e rispettare l'aspirazione alla normalità che ogni persona anziana

continua a conservare in sé, a prescindere dalle sue di condizioni di salute, è un dato di realtà da tempo riconosciuto anche in ambito geriatrico. A questo proposito l'esperienza di Arezzo si rivela particolarmente preziosa poiché sembra prefigurare alcuni percorsi di cambiamento possibili per trasformare i servizi per anziani non autosufficienti da luoghi di cura e trattamento specialistico delle disabilità in luoghi in cui «umani si prendono cura di altri umani» (Trabucchi, 2003).

Numerosi sono gli spunti offerti da questa esperienza. In questa sede mi limiterò a segnalare quelli che ritengo più significativi.

Professionisti dell'inclusione

Il primo e più confortante aspetto è che gli operatori e i dirigenti dei servizi possono esprimere straordinarie capacità di innovazione anche in contesti organizzativi che, a causa della penuria di risorse economiche, dell'ingombrante presenza di una legislazione che sembra scoraggiare ogni forma di sperimentazione e dell'assenza di solidi punti di riferimento culturale, sono segnati da una evidente fragilità.

Nei servizi per persone anziane non autosufficienti, è proprio a partire dal riconoscimento della fragilità che li accomuna agli assistiti che gli operatori, attivandosi spontaneamente, possono trasformare l'ambiente istituzionale in una comunità all'interno della quale gli umani che ci vivono e ci lavorano si prendono cura reciprocamente.

Concentrando la loro attenzione sulla persona anziana piuttosto che sulla sua disabilità, gli operatori possono creare i presupposti per una riconversione professionale che da specialisti della disabilità li può trasformare in professionisti dell'inclusione. In questo modo essi aprono la strada a un cambiamento che può farli uscire dalla condizione di marginalità e di frustrazione cui la nostra società sembra averli relegati. Sviluppando la componente *social* del loro ruolo essi possono rientrare a pieno titolo fra quei professionisti dell'inclusione che in altre istituzioni (scuole, ospedali, tribunali, centri di accoglienza), sono come loro impegnati a costruire e a conservare legami con la società circostante «creando terreni di incontro in cui interrogarsi e progettare interventi che prevenzano l'esclusione o ne contrastino la ricaduta sulle biografie delle persone» (Bonomi, 2011).

Un pensiero posizionale

Nel campo dei servizi alle persone il fattore chiave dell'innovazione consiste nella capacità di vedere la realtà dal punto di vista dei destinatari. Questo fattore coincide con quell'atteggiamento che Martha Nussbaum (2011) definisce *pensiero posizionale*. La – sempre più evidente – difficoltà che la nostra società mostra nel comprendere e soddisfare i bisogni espressi dalle fasce di popolazione in condizioni di fragilità non nasce solo dalla carenza di risorse economiche, ma anche dalla mancanza di *pensiero posizionale*, oggi quanto mai estesa nella vita pubblica, anche a causa della riduzione della formazione umanistica nelle scuole di ogni ordine e grado.

L'assenza di *pensiero posizionale* è particolarmente visibile nel campo delle politiche sociali per la popolazione anziana non autosufficiente, dove la ricerca e il dibattito

culturale si concentrano quasi esclusivamente intorno ai costi economici e sociali della non autosufficienza, trascurando di approfondire l'analisi dell'impatto della disabilità sulla vita dei soggetti che ne sono affetti. Per comprendere il punto di vista della persona non autosufficiente la barriera sociale più grande da superare è la «quel diffuso sentimento di disprezzo nei confronti della vita declinante, che si ha raramente il coraggio di considerare fino in fondo e che trova la sua ultima radice nell'innaturalità che in qualche modo rappresenta per l'uomo il diventare vecchio» (Comitato Nazionale di Bioetica, 2006).

Solo attraverso l'elaborazione di un *pensiero posizionale* è possibile riconoscere che l'aspetto cruciale della condizione di non autosufficienza, per chi la vive, non consiste tanto nel dover ricorrere all'aiuto di un'altra persona per soddisfare i bisogni fisici e funzionali, quanto nel perdere il governo di sé e della propria vita e nel trovarsi coinvolta in relazioni interpersonali che, a causa della loro asimmetria, la rendono oggetto di insidiose pratiche di discriminazione e di esclusione sociale. Considerata la distanza generazionale che separa gli operatori dagli anziani non autosufficienti (quasi tutti in età molto avanzata) e la difficoltà di identificarsi con una condizione che evoca aspetti problematici o sgradevoli dell'esperienza umana, l'esercizio del *pensiero posizionale* implica il possesso di notevoli capacità creative. Un requisito che gli operatori di Arezzo danno prova di possedere.

Un nuovo paradigma assistenziale

Ma c'è un altro sorprendente aspetto che va segnalato. La Casa di Michele dimostra che in alcuni servizi è già operante quella cultura dell'*invecchiare vivendo*, su cui si fonda il paradigma bioetico del prendersi cura che il Comitato di Bioetica propone in alternativa a quello bio-medico del curare, fino a oggi dominante nel campo dei servizi alle persone anziane non autosufficienti.

Secondo il paradigma bioetico del prendersi cura, l'approccio all'anziano non autosufficiente va *de-medicalizzato* spostando l'attenzione dalle sue incapacità alle sue capacità ed energie residue. Non si tratta di abbandonare interventi curativi tecnologicamente avanzati ma solo di ridimensionarli evidenziando nuove priorità. Una medicina orientata al paradigma bioetico del prendersi cura e incentrata sulla difesa della qualità della vita può tutelare meglio l'individualità della persona mantenendola dentro un contesto di maggiore interdipendenza sociale e di realistica accettazione della mortalità. Ponendo l'accento sulla sua autonomia sociale e sulla sua capacità di fronteggiare l'esperienza della quotidianità, si corre meno il rischio di identificarla con il suo livello di disabilità, anche se ovviamente quest'ultima esercita il suo peso nel modulare l'immagine che l'anziano ha di se stesso, della sua sicurezza personale e del modo in cui si sente percepito dall'ambiente sociale.

Lo sforzo condotto dagli operatori della Casa di Michele per familiarizzare l'ambiente istituzionale dimostra che è possibile creare, attraverso soluzioni non particolarmente costose, le condizioni per offrire ai residenti un ambiente capace di rispondere alle esigenze di cura e di assistenza degli operatori, senza compromettere la continuità della vita dei residenti.

Due problemi su cui ragionare

Dopo aver passato in rassegna gli aspetti più rilevanti dell'esperienza di Arezzo vorrei segnalare due problemi che meritano una più approfondita riflessione.

Non avallare lo stigma di soggetti «inutili» o «costosi»

Il primo riguarda la redditività dei servizi. È vero che l'innovazione può generare ricchezza senza compromettere i diritti (e questo rappresenta certamente un fattore di grande soddisfazione in un campo in cui l'aziendalizzazione dei servizi è stata finalizzata esclusivamente al contenimento dei costi con le conseguenze che conosciamo sulle condizioni di lavoro degli operatori e sulle condizioni di vita dei residenti), ma ponendo esclusivamente l'accento sulla redditività economica rischiamo di rafforzare la visione, molto radicata nella nostra società, che gli anziani non autosufficienti rappresentino principalmente un costo che dobbiamo contenere nei limiti della sostenibilità. Le politiche di welfare rivolte agli anziani non autosufficienti, ponendosi prioritariamente l'obiettivo di valutare i costi della disabilità e di soppesarne la sostenibilità finanziaria, finiscono con l'imporre loro lo stigma dei soggetti «deficitari», «inutili» e «costosi», contribuendo in questo modo a farli rientrare nelle vite superflue del cui peso la nostra società si deve liberare.

Se vogliamo coniugare sostenibilità finanziaria e inclusione sociale, la questione degli anziani non autosufficienti va riformulata anche tenendo conto della sua potenziale redditività sociale. Come afferma Gianni Pellicciari: «Occorre aprire una prospettiva nuova: assumere la presenza dell'anziano, e di qualsiasi persona che non dà valore aggiunto, che non dà ricchezza ma che è ricchezza, come una produttività sociale da orientare. Che cosa vuol dire? Vuol dire che la persona è qui, tra noi, e che qualunque sia la rappresentazione che dà di sé, per il solo fatto di essere qui dà significato al nostro "essere qui", preoccupati, incerti sul da farsi, felici se riusciamo a interagire con essa» (Faccioli, Pellicciari, 1985). Mi pare evidente che esperienze come quella di Arezzo contengano già in sé un alto tasso di redditività sociale. Sta alla creatività dei dirigenti e degli operatori trovare gli strumenti per renderla visibile e leggibile agli anziani, alle loro famiglie e alla comunità circostante.

Evitare la contrapposizione tra residenzialità leggera e pesante

L'altro aspetto che richiede a mio avviso una più approfondita riflessione riguarda la contrapposizione tra una «residenzialità leggera», che potrebbe essere assicurata esclusivamente nei servizi di degenza temporanea (come la Casa di Michele) e una «residenzialità pesante», che sarebbe impossibile evitare nelle istituzioni che ospitano gli anziani gravemente non autosufficienti. Accettando questa contrapposizione il rischio è di decretare a priori la non riformabilità di questi servizi accettando di fatto il principio che, superato un certo livello di non autosufficienza, la persona e la sua vita si siano definitivamente dissolte nel corpo biologico.

Rinunciando a sperimentare soluzioni de-medicalizzanti e de-ospedalizzanti su questo terreno, il rischio è di rafforzarne la funzione di smaltimento di vite superflue (Bauman, 2005) che la nostra società assegna tacitamente a questi servizi.

Pensando alla riproducibilità dell'esperienza di Arezzo in altri contesti penso valga la pena circoscrivere alcune aree di riflessione che, a mio avviso, risultano di importanza strategica agli effetti di una riprogettazione delle RSA fondata sul paradigma bioetico del prendersi cura. Tradotta in un linguaggio non specialistico, la mission di questi servizi potrebbe essere così ridefinita: «Curare e assistere l'anziano non autosufficiente prendendosi cura della sua persona e della sua vita».

Se vogliamo rendere operativo il paradigma bioetico del prendersi cura non possiamo che partire dall'*analisi delle ripercussioni* che il processo di invecchiamento biologico ha sulla persona anziana e sulla sua vita. Ne evidenziamo due.

La decomposizione del corpo sociale

Il deterioramento corporeo sottopone l'anziano non autosufficiente a un processo di spersonalizzazione e disumanizzazione che potremmo definire come una decomposizione del suo corpo sociale.

Uno dei primi segnali di logoramento della relazione dell'anziano con il suo corpo proviene dalla percezione della sua immagine riflessa che, in modo inatteso e sconcertante, gli svela di essersi trasformato nella persona che non avrebbe mai desiderato diventare. Potremmo definire questa esperienza nei termini di una *defamiliarizzazione dell'immagine di sé*. L'anziano diventa, in un certo senso, uno straniero a se stesso.

Nello stesso tempo le modificazioni corporee prodotte dall'invecchiamento, alterando irreversibilmente i tratti personali che fino a quel momento lo avevano reso socialmente riconoscibile, contribuiscono a generare una metamorfosi sociale che amplia e rende incolmabili le distanze e le disuguaglianze che lo separano dagli altri. Ai loro occhi egli subisce un processo di *defamiliarizzazione* che da *nativo* lo trasforma in *straniero*. Tuttavia, nonostante i profondi cambiamenti subiti dal suo corpo e dal suo comportamento, la persona anziana dipendente non perde mai del tutto i tratti della familiarità. Ed è proprio per questa ambiguità che la sua presenza, in famiglia e nella società, genera disagio.

Questa metamorfosi sospinge l'individuo in uno spazio sociale di confine in cui l'essere trattato come persona risulta problematico. La stessa terminologia scientifica fatica a rappresentare pienamente la condizione sociale degli esseri umani che vivono negli spazi di confine. Termini come «extracomunitario», «immigrato», «clandestino», «irregolare», «non autosufficiente», sono categorie che non descrivono mai qualche caratteristica specifica di questi soggetti, ma che si limitano a definire ciò che essi *non sono* in relazione agli altri: non europei, non nativi, non cittadini, non in regola, non «uno di noi», non «come noi». Il tratto che li accomuna è la perdita della qualifica di persona e delle relative attribuzioni.

Sul piano sociale diventare non autosufficiente significa perciò trasformarsi in una *non-persona* e, per questa ragione, vedersi negata ogni forma di riconoscimento e di apprezzamento (Dal Lago, 1999). Nelle fasi più avanzate dell'invecchiamento biologico, la sgradevolezza dell'aspetto esteriore e l'imbarbarimento dei comportamenti derivante dall'impossibilità di porre sotto controllo le manifestazioni animali del proprio corpo sembrano sospingere la persona anziana al di là dei confini della

specie umana (Censi, Minetti Zavaritt, 2012). In quanto non-umano, il barbaro rappresenta il rovesciamento o la negazione di ciò che – pur nelle differenze – rende simili tutti gli uomini. Per questa ragione nell'antichità gli era negata la relazione simmetrica riconosciuta allo straniero. Nei suoi confronti i cittadini non solo potevano sottrarsi alle regole dell'ospitalità, ma erano autorizzati a ricorrere alla violenza estrema per escluderlo dalla società (Curi, 2010).

Il crollo del mondo condiviso

Sul piano della vita quotidiana, l'irruzione della non autosufficienza produce uno sconvolgimento dei tempi, degli spazi e delle relazioni che fino a quel momento avevano assicurato alla persona anziana un ordine del vivere sul quale poggiava il suo sentimento di identità sociale.

I cambiamenti più rilevanti che si manifestano nella vita quotidiana della persona non autosufficiente sono: la fine della vita pubblica, la perdita della privacy, la violabilità del confine corporeo, la perdita del potere su di sé e il crollo del mondo condiviso.

- Con l'avanzare dell'età, la perdita dell'autonomia motoria – unita al peggioramento complessivo delle condizioni di salute – conduce al confinamento domestico della persona che, di fatto, decreta la fine della sua vita pubblica. Questa condizione la condanna all'invisibilità sociale.

- La nostra autonomia e la nostra autodeterminazione si fondano sulla privacy la quale, nel garantirci uno spazio inaccessibile agli altri, rappresenta la roccaforte della libertà personale (Sofsky, 2010). L'emergere della non autosufficienza apre la strada all'intromissione degli altri (in questo specifico caso, le persone che si fanno carico dell'assistenza) in uno spazio sul quale fino a quel momento avevamo esercitato una piena sovranità.

- Un altro dei cambiamenti radicali cui è sottoposta la persona non autosufficiente è la perdita dell'intoccabilità della sua pelle: quel confine corporeo che segna la differenza tra l'io e il mondo e che costituisce il nucleo profondo dell'integrità dell'individuo (Sofsky, 2010). In una condizione di grave dipendenza fisica, l'esperienza tattile assume una rilevante importanza sociale in quanto il contatto corporeo con gli altri diviene un'esperienza quotidiana attraverso la quale la persona assistita avverte la natura dei sentimenti che animano le persone che la assistono. Sentimenti di cui la persona che assiste molto spesso è inconsapevole, soprattutto se la sua attenzione si concentra prioritariamente sugli aspetti strumentali del lavoro di assistenza.

- Nella fase finale della vita, a causa dei suoi problemi di salute, la persona anziana è costretta a vivere sempre più a lungo in un mondo che presenta caratteristiche molto diverse da quello in cui vivono le persone sane. All'interno di questo mondo (nel nostro caso la rete dei servizi socio-sanitari per le persone anziane dipendenti), le relazioni tra curanti e assistiti sono fortemente influenzate dal «codice del paziente». L'anziano non autosufficiente si viene così a trovare sempre più spesso coinvolto in relazioni con persone che concentrano la loro attenzione prevalentemente sulla parte malata del suo corpo, che si attribuiscono l'esclusiva responsabilità di capire e di agire per lui, che gli rivolgono domande codificate, che lo ascoltano solo

distrattamente, che lo inducono a sottoporsi diligentemente e passivamente agli interventi terapeutici e assistenziali. Da «soggetto agente», vale dire a dire capace di decidere e di agire sulla propria vita, egli viene gradualmente espropriato del potere su di sé per essere trasformato in un «soggetto paziente» che deve sottostare a direttive e prescrizioni decise da altri (Di Santo, Piva, 2009).

- L'anziano non autosufficiente si trova a vivere sempre più a lungo in un mondo che non solo è separato ma che, non essendo più condiviso con gli altri, contribuisce al venir meno di uno dei presupposti fondamentali della vita quotidiana: quello di vivere in un ambiente fisico e sociale che si percepisce e sperimenta allo stesso modo del prossimo. Nelle persone anziane malate e dipendenti questo presupposto viene messo in dubbio poiché esse sentono di vivere in un mondo differente, non del tutto comprensibile, che le fa sentire lontane dal resto dell'umanità e separate dal mondo quotidiano del lavoro e del successo (Good, 1999).

Familiarizzare la relazione di aiuto e l'ambiente istituzionale

Considerando l'esperienza della non autosufficienza dal punto di vista di chi la vive, potremmo dire che essa si traduce in una *defamiliarizzazione* della propria persona e del proprio ambiente vita. Il ricorso frequente al termine «familiarità», nei testi che documentano l'esperienza di Arezzo, ci fa capire che è stata un tentativo spontaneo e ben riuscito di *familiarizzare* un servizio per anziani non autosufficienti.

Se vogliamo consolidare e far confluire questa esperienza in un più ampio progetto di cambiamento – in precedenza ne abbiamo tratteggiato, sia pure a grandi linee, il possibile percorso – vanno perseguiti prioritariamente *due obiettivi*:

- da un lato dobbiamo porci alla ricerca di un modello di cura e assistenza capace di evitare la scissione tra il corpo biologico e il corpo sociale della persona assistita;
- dall'altro dobbiamo concepire i servizi come luoghi che, oltre ad assicurare cure e assistenza di buona qualità, facilitino l'incontro e la migliore convivenza possibile tra operatori e assistiti.

Il caring familiare per contrastare la spersonalizzazione

Da tempo è riconosciuto che la forma di assistenza più rispondente agli svariati bisogni della persona non autosufficiente è il *caring familiare*, in quanto riesce a mantenere *l'integrazione tra il corpo biologico e il corpo sociale della persona assistita*.

Nella relazione di aiuto familiare, la componente strumentale del lavoro è indissolubilmente legata alla dimensione affettiva, dalla quale non può essere mai completamente scissa. Sul piano strumentale, l'assistente familiare è impegnato a scegliere e combinare le diverse risorse disponibili nel contesto della famiglia e della comunità per assicurare il benessere alla persona assistita. Sul piano affettivo, egli cerca di rivolgere costantemente al familiare assistito quello sguardo amorevole che lo fa sentire bene accolto e degno di stima, nonostante le sue numerose difettosità.

Quando si domanda agli aiutanti principali di parlare di ciò che fanno quotidianamente per i loro familiari, essi evocano numerosi «compiti», mettendo in primo piano

le prestazioni fisiche; ma mentre si soffermano poco sulla descrizione della materialità dei gesti di cura, si dilungano sul senso e sulla finalità che essi attribuiscono a questi gesti. Ciò che gli aiutanti chiamano «cure fisiche» rinvia a un concetto di cura in termini più generali: accompagnamento, attenzione, presenza. Con l'espressione «faccio di tutto» essi sottolineano fortemente la «globalità» di questo impegno che porta a doversi occupare delle cure più intime e di quelle più correnti.

Esiste, infine, una serie di compiti che mira a mantenere l'aiutato inserito nelle diverse reti dell'ambiente sociale circostante: partendo dalla rete familiare per allargarsi alla rete dei servizi socio-sanitari e amministrativi. Questi compiti non sono mai puramente strumentali, poiché sono iscritti in una relazione, inserita a sua volta nella biografia familiare.

Per definire il ruolo degli aiutanti familiari, Francine Saillant (2000) ha proposto il termine *aiutanti estremi*, in quanto, primi e ultimi a essere presenti accanto alla persona anziana dipendente, si assumono responsabilità che non vogliono delegare o che delegano solo difficilmente.

Le cure fisiche permettono di toccare, di comunicare senza ricorrere a parole che sarebbe difficile pronunciare. Attraverso la loro familiarità e il loro carattere ripetitivo, esse assicurano alla persona aiutata un contatto intimo, che rafforza il suo sentimento di sicurezza. Ciò che si vuole preservare è la dignità umana che si degrada. Si cerca di rendere felice la persona assistita, darle un po' di speranza, facendole vedere e sentire che la vita potrebbe essere un po' diversa, meno monotona, meno sofferta. Sono spesso i compiti più spiacevoli che l'aiutante familiare preferisce conservare per sé, poiché preferisce essere il solo testimone della perdita di dignità del proprio caro.

Quelli che compie l'assistente familiare possono essere definiti gesti di cura inclusivi in quanto mirano a contrastare il processo di spersonalizzazione e di disumanizzazione cui l'invecchiamento biologico sottopone il proprio caro.

Come ridefinire le prestazioni di servizio?

Se il *caring familiare* rappresenta la risposta più efficace ai bisogni assistenziali della persona non autosufficiente, dovremmo cercare di ispirare la relazione di aiuto degli operatori dei servizi a questo modello, rileggendo e ridefinendo in termini non solo strumentali le prestazioni di servizio affidate agli operatori.

Consideriamo ad esempio uno dei compiti basilari affidati agli operatori: la verticalizzazione (alzata dal letto) di una persona non autosufficiente. In termini meramente strumentali questa operazione si risolve in un *gesto tecnico* volto a tutelare la salute e a prevenire il peggioramento delle condizioni di salute della persona. Un gesto che deve essere eseguito con richiesta perizia tecnica nel minor tempo possibile. Esaurito questo compito, l'operatore molto spesso non sa – o non si preoccupa – di sapere dove e come la persona assistita trascorrerà la sua giornata (spesso in una sala insieme ad altri residenti riuniti alla rinfusa davanti a un televisore...).

Concepito in termini inclusivi, questo aiuto può diventare un gesto che:

- riconcilia il corpo biologico con il corpo sociale della persona (la posizione naturale dell'uomo è quella eretta);

- stabilisce una relazione di simmetria con la persona assistita (mettendo in atto, sia pure simbolicamente, un rapporto paritario);
- offre alla persona assistita la possibilità di sentirsi ancora parte di una comunità (nella misura in cui, chi assiste, sa quale ruolo la persona gioca al suo interno).

Laboratori di vicinanza e condivisione

Nei mesi scorsi è uscito un libro di straordinaria importanza per chiunque voglia promuovere il cambiamento nel campo dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti. Gli autori, Julia Kristeva e Jean Vanier (2011), dialogano a distanza, attraverso un fitto scambio di lettere, intorno alla natura delle esperienze che si vivono all'interno delle comunità per persone disabili. Il libro, di grande spessore intellettuale e umano, si propone di riformulare in termini innovativi la funzione di questi servizi all'interno della nostra società. Uno dei suoi principali pregi è la dimostrazione di quanto il ricorso a un nuovo vocabolario possa contribuire a rileggere in chiave umanistica i gesti di cura e le relazioni che intercorrono tra operatori e residenti all'interno di questi servizi.

Muovendo dall'assunto che chi opera in questi servizi non possa limitarsi a fare un lavoro tecnicamente ben fatto, ma che debba soprattutto preoccuparsi di fare un lavoro che abbia un senso, Kristeva e Vanier concentrano le loro riflessioni intorno ai possibili percorsi per *trasformare in comunità la vulnerabilità estrema e i limiti della vita*. L'ipotesi intorno alla quale ruotano le loro riflessioni è che la presenza delle persone disabili di ogni età nella nostra società possa assumere una funzione profetica. Più che un insieme di corpi biologici ormai inutili e costosi, questi soggetti andrebbero considerati *annunciatori di un mondo nuovo, testimoni privilegiati di umanità, soggetti politici di un umanesimo da reinventare*. Imparando ad accoglierli, possiamo progressivamente accedere a un mondo più solidale e condiviso, liberandoci dal bisogno di fare grandi cose e dalla smania di competere con gli altri che oggi ci opprime. Rispettando, ascoltando e cercando di aiutare la persona disabile a mantenere il proprio posto nel mondo, è possibile aprire la strada verso una società più umana. Per attuare questo cambiamento, le residenze per anziani devono ripensarsi come *comunità di accoglienza e di accompagnamento* all'interno delle quali perseguire la migliore combinazione possibile tra cure e assistenza adeguate con relazioni fondate su sentimenti di vicinanza e condivisione.

La vicinanza per raccontare l'umano

La persona disabile ci costringe a misurarci con i limiti dell'essere vivente, con la paura del deficit che evoca la morte fisica o psichica. Per fronteggiare l'angoscia devastante suscitata dalla disabilità mettiamo in atto meccanismi difensivi di rigetto, indifferenza, arroganza, fino a ipotizzarne la cancellazione per mezzo dell'eutanasia. Dalla persona disabile la percezione degli atteggiamenti di disgusto e di allontanamento che gli altri manifestano nei suoi confronti sono vissuti come una negazione della comune appartenenza umana. Ciò spiega perché i disabili chiamino umanità la *vicinanza* di quegli operatori che, dimostrando la capacità di

fronteggiare la paura di essere invasi dalla minorazione, volgono loro quello sguardo amorevole che dice: «Ti amo, non per i tuoi successi, ma per quello che sei; amo le tue capacità e il tuo corpo così come sono». Questi operatori non negano né esaltano l'irreparabile fragilità umana, ma si limitano a osare – attraverso un vero cambiamento interiore – l'incontro con l'altro più debole, accogliendolo perché riecheggia le loro stesse ferite.

Già oggi molti degli operatori dei servizi per persone non autosufficienti dimostrano la capacità di *coesistere con il limite e con l'impossibile* attraverso il *sentimento di vicinanza* che manifestano agli assistiti. Esserci, stare accanto a persone che la nostra società rifiuta rappresenta un lavoro di immenso valore che gli operatori, i responsabili dei servizi e la società faticano a riconoscere e a valorizzare. Le svariate esperienze di *vicinanza* che si vivono ogni giorno nelle residenze per anziani andrebbero considerate come *incontri che raccontano l'umano*, dove, come in un vero incontro, si volgono gli occhi all'altro, si toccano i corpi con rispetto, si ascolta il suono delle voci. Le possibilità di rivalutare il lavoro all'interno di questi servizi è legata alla capacità di riconoscere che questi incontri non rappresentano un tempo sottratto alle attività di cura e di assistenza ma vanno considerati un indicatore della produttività sociale dell'istituzione. Sta alla creatività degli operatori trovare le strade per documentare e rendere leggibili alla società gli *incontri che raccontano l'umano*, che si intrecciano con le loro pratiche di lavoro assistenziale quotidiano.

La condivisione per non scordarsi della gioia

Per conservare la sensazione di continuare a vivere in un mondo condiviso con gli altri, i residenti devono trovare nell'istituzione un luogo all'interno del quale la loro vita quotidiana si possa intrecciare con quella di coloro che si prendono cura di loro. Operatori e residenti dovrebbero sentirsi membri di un'unica comunità che coltiva costantemente la *disposizione all'incontro* dei suoi membri. La comunità dovrebbe essere concepita come un insieme di gruppi di lavoro finalizzati ad assicurare l'*interazione* tra residenti e operatori attraverso la ricerca di legami rispettosi e amichevoli. I membri dei vari gruppi dovrebbero discutere non tanto sulle pratiche di cura quanto sui diversi problemi della loro vita quotidiana, cercando di riconoscere gli ostacoli che possono limitare un rapporto autentico e reciproco con i residenti.

In questo modo, le residenze potrebbero trasformarsi in comunità che testimoniano la possibilità, per uomini e donne con capacità differenti, di vivere felici insieme e *celebrare la loro comune umanità*: ridendo e cantando insieme, facendo i matti, se è il caso, festeggiando compleanni, celebrando la morte e ovviamente festeggiando il Natale e la Pasqua... Accanto a questi momenti di gioia non mancheranno agli operatori momenti di stanchezza, nervosismo, esasperazione, frustrazione, senso di impotenza. Ma, anche a partire da queste esperienze, se adeguatamente elaborate (nei casi più difficili con l'aiuto di supervisori), sarà possibile trarre insegnamenti per rafforzare la consapevolezza di essere degli *umani feriti che cercano di vivere nella gioia con altri umani feriti*.

Attraverso un costante processo di autoriflessione sulle dinamiche relazionali, la comunità può divenire *una scuola d'amore e di legami, un laboratorio della vita condivisa*, da cui ricavare sensibilità e saperi che possono *aprire le menti e i corpi-cuori alle frontiere dei viventi che noi siamo* e che chi non è disabile può subire in un certo momento della propria vita o di quella dei suoi cari.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bauman Z., *Vite di scarto*, Laterza, Bari-Roma 2005.
- Bonomi A., *Sotto la pelle dello Stato*, Feltrinelli, Milano 2011.
- Censi A., Minetti Zavaritt A., *L'umanità negata. Vecchiaia dipendente e postmodernità*, in «Prospettive Sociali e Sanitarie», 6, giugno 2012, pp. 14-17.
- Comitato Nazionale di Bioetica, *Bioetica e diritti degli anziani*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma 2006.
- Curi U., *Straniero*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
- Dal Lago A., *Non-persone*, Feltrinelli, Milano 1999.
- Di Santo P., Toniolo P., *Verso una sanità aperta al sociale?*, in «Animazione Sociale», febbraio 2009, pp. 26-40.
- Faccioli P., Pellicciari G., *Anziani in città*, FrancoAngeli, Milano 1985.
- Good B., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Milano 1999.
- Kristeva J., Vanier J., *Il loro sguardo buca le nostre ombre*, Donzelli, Roma 2011.
- Nussbaum M., *Non per profitto*, il Mulino, Bologna 2011.
- Saillant F., *Soigner ultimement. De la nécessité de la providence des savoirs*, in Simard M., Alary J. (a cura di), *Actes du 5e symposium québécois de recherche sur la famille*, Ste-Foy Presses de l'Université du Québec, Montréal 2000, pp. 25-38.
- Sofsky W., *In difesa del privato*, Einaudi, Torino 2010.
- Trabucchi M., *Introduzione*, in Ploton L., *La persona anziana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.

GLI AUTORI

Antonio Censi, sociologo, ha lavorato per anni in organizzazioni sociosanitarie con anziani, con una forte attenzione a una prospettiva di animazione sociale e culturale; collabora con Animazione Sociale su queste tematiche: antoniocensi@alice.it

Grazia Faltoni, assistente sociale, è presidente della cooperativa Koinè di Arezzo: grazia.faltoni@koine.org

Fiorenzo Oliva è redattore della rivista Animazione Sociale: foliva@gruppoabele.org

Paolo Peruzzi è direttore generale della cooperativa Koinè: paolo@koine.org

Renzo Scortegagna, socio de La Bottega del Possibile di Pinerolo (To), docente di sociologia all'Università di Padova, è da sempre un attento studioso dell'evolversi della condizione degli anziani e delle politiche attivate in questi anni in Italia: renzo.scortegagna@unipd.it

L'INSERTO

Questo inserto sulla residenzialità leggera è la prima tappa di una ricerca che Animazione Sociale intende svolgere insieme alle famiglie con anziani, ai professionisti e ai servizi sociali e sanitari, agli amministratori locali e alle reti del sociale per fare della prossimità con gli anziani uno dei principali luoghi generativi di «futuro umano» delle comunità locali. Nell'arco di un anno e oltre, la ricerca porterà a esplorare esperienze innovative a livello di residenzialità leggera, cure domiciliari attraverso le reti comunitarie, presenza attiva degli anziani sul territorio, innovazioni umanizzanti nelle residenzialità con anziani non autosufficienti. Per formulare ipotesi di lavoro nei vari ambiti, come si è detto, diventa qualificante per la rivista partire dal confronto con concrete sperimentazioni. Da qui l'appello ai lettori per segnalarci azioni che aprono a un diverso modo di abitare con gli anziani in una logica di domiciliarietà diffusa entro cui il senso del vivere personale e collettivo possa, ancora una volta, dispiegarsi.

ANIMAZIONE SOCIALE

mensile per gli operatori sociali

Cara lettore / Cara lettrice

con questa breve lettera desideriamo invitarti ad **abbonarti ad Animazione Sociale**, dal 1971 il mensile degli operatori sociali in Italia.

Per il 2013 – anno in cui chi lavora nel sociale sente di essere avvolto dalle nebbie, se non dal buio – abbiamo scelto lo slogan “Leggere aiuta a vedere”.

È un richiamare l'importanza di fare analisi, per **vedere il gioco** spesso invisibile dentro cui si generano i problemi di una società-fabbrica di vite di scarto.

È un rimarcare la necessità di non consegnarsi al buio, ma di investire nell'**immaginare una prospettiva** (etica, culturale e politica) a una società solcata da troppe diseguaglianze.

Ed è un rilanciare l'idea che è venuto il tempo di pensarsi come “operatori riflessivi”, capaci di **vedere la strada** dentro la matassa dei problemi in virtù del produrre idee e conoscenze.

Animazione Sociale, da 43 anni, è crocevia di tutte queste **visioni prodotte nei mille cantieri** del lavoro sociale, educativo, socio-sanitario di questo nostro Paese.

Desideriamo dirti che quest'anno l'invito ad abbonarti non è rituale. Da sempre Animazione Sociale **vive grazie ai suoi lettori**, che spesso sono anche i suoi autori. Mantiene da 20 anni un costo invariato perché crede nella necessità di tutelare il diritto alla cultura per tutti.

Sostienila nella possibilità di continuare a essere una rivista libera, per tutti, un **bene comune** per il Paese.

Grazie

*la Redazione
di Animazione Sociale*



Animazione Sociale è parte
del progetto culturale del Gruppo Abele

Leggere aiuta a vedere



disegno di Guido Scarabottolo

Abbonamenti 2013 Animazione Sociale

- Privati € 45 (Biennale € 81 - Triennale € 118)
- Enti pubblici e privati, associazioni e cooperative € 65 (Biennale € 124 - Triennale € 178)
- Studenti (timbro scuola) € 34
- Estero € 70

Animazione Sociale + Narcomafie

- Privati € 68
- Enti pubblici e privati, associazioni e cooperative € 83
- Estero € 130

Modalità di pagamento

carta di credito online (Visa, Mastercard) sul sito

www.animazionesociale.gruppoabele.org e cliccando sull'apposito link

c/c postale - numero 155101 (specificando la causale) intestato a Gruppo Abele Periodici - corso Trapani 95 - 10141 Torino

bonifico bancario

versamento a favore di Associazione Gruppo Abele (specificando la causale) Iban: IT21 S050 1801 0000 0000 0001 803 (Banca Popolare Etica)