



Costruire Strutture Accoglienti

**percorso di riflessione su case di riposo, centri
diurni, centri di aggregazione.**

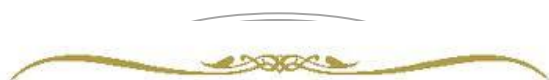
Marzo-Giugno 2012



Creare Strutture Accoglienti

Indice

Introduzione: Strutture Accoglienti	pag. 4
Anziani in Regione: case di riposo, centri di aggregazione e comunità	pag. 5
Percorso formativo Strutture Accoglienti	pag. 9
Il rapporto con la persona anziana	pag. 10
• La relazione d'aiuto in casa di riposo	pag. 10
• Aggregare gli anziani	pag. 11
Dal gruppo al territorio	pag. 13
• Organizzare il mio gruppo	pag. 13
• Il rapporto con le Istituzioni	pag. 15
• La famiglia dell'anziano	pag. 16
Dall'esistente al possibile	pag. 17
• Esperienze alternative alla casa di riposo e progettualità innovative	pag. 17
Proposte di crescita	pag. 19



Introduzione: Strutture Accoglienti

Il Friuli Venezia Giulia è una delle Regioni con maggior percentuale di anziani presenti nelle case di riposo o seguiti da centri diurni di tipo assistenziale e non.

L'ANTEAS, nei territori in cui è presente, collabora da anni con alcune case di riposo (Udine, Gradisca, Paluzza, Grado, Gemona e Moggio Udinese), con i centri diurni (Tolmezzo) e con centri di aggregazione allestiti in accordo con i Comuni (Lestizza, Carlino, Cercivento), per rafforzare la relazione e l'aggregazione fra anziani ospiti e non di strutture assistenziali.

Da un lato, però, **cresce nei volontari la necessità di rafforzare le proprie competenze sulla relazione d'aiuto e sull'ascolto per rapportarsi al meglio con le persone anziane**, dall'altro aumenta l'esigenza di accogliere nuovi volontari sviluppando e ampliando le competenze anche di altri gruppi del territorio regionale che si stanno avvicinando a tale realtà.

Infine, **c'è la necessità di condividere modalità d'intervento sia con chi opera professionalmente in tali contesti sia con le altre realtà di volontariato**, nonché sviluppare sinergie fra volontariato e altre componenti sociali. **Tutto questo nell'ottica di favorire un ruolo sussidiario del volontariato rispetto ai servizi.**

Partendo da queste riflessioni si è sviluppato a partire dal marzo scorso un percorso di riflessione e formazione sul volontariato in casa di riposo, anche nell'ottica di sviluppare un ruolo propositivo e innovativo delle associazioni rispetto all'accoglienza degli anziani.

Il percorso ha preso avvio con un seminario dal titolo **“Anziani in Regione: case di riposo, centri di aggregazione e comunità”**, con l'obiettivo di **evidenziare la realtà degli anziani in Regione e far emergere il quadro della situazione delle strutture sul territorio**. Hanno partecipato un'ottantina tra volontari di varie associazioni e provenienze e altre persone interessate.

Si è poi dato vita ad un percorso che ha coinvolto complessivamente 27 volontari di diverse associazioni, in cui si sono affrontati i temi della relazione d'aiuto e dell'aggregazione in casa di riposo, il rapporto all'interno del gruppo e con il territorio e si è cercato di riflettere sulle prospettive future e le possibilità di trovare soluzioni alternative alla casa di riposo.

Questo percorso ha dato vita a riflessioni e a progettualità da tradurre sia a livello regionale che locale.

Nel presente opuscolo riportiamo i contenuti presentati dai relatori durante il seminario ed il corso, attraverso una sintesi elaborata dagli animatori dell'ANTEAS che li hanno seguiti.

20 Giugno 2012, Animatori ANTEAS Regione FVG

Anziani in Regione: case di riposo, centri di aggregazione e comunità *Seminario Introductivo*

L'obiettivo del seminario, cui hanno partecipato circa 80 persone, era quello di riflettere sulla condizione dell'anziano in Friuli Venezia Giulia e capire qual è la situazione di questa fascia della popolazione. In tal senso, anche la presenza delle case di riposo in Regione ed il loro alto utilizzo si colloca in questo contesto e ne è condizionata. Da questa analisi d'insieme a seguito delle relazioni riportate si è riflettuto in gruppi di lavoro, con i partecipanti, sulla situazione specifica nei contesti locali in cui essi operano.

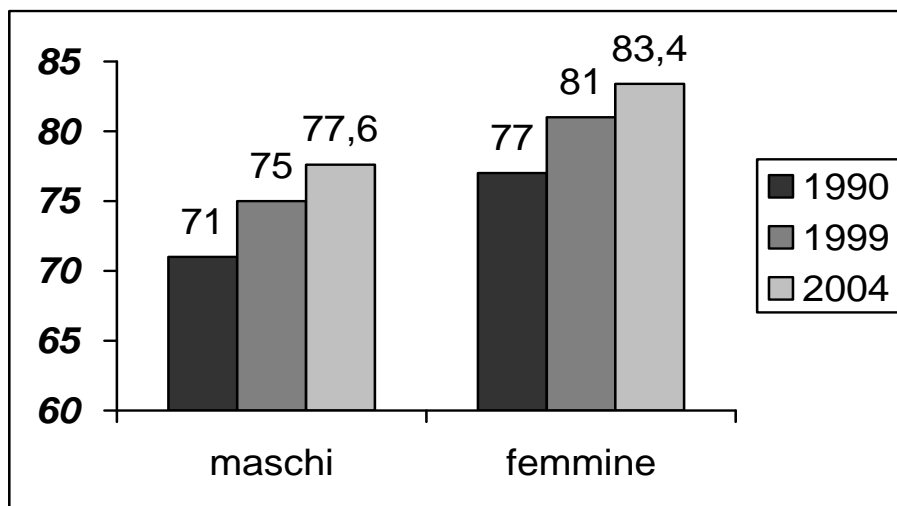
I interventi:

Epidemiologia e clinica del paziente diabetico fragile. Il progetto SENIO

Dott.ssa Maria Antonietta Pellegrini

- SOC di Endocrinologia e Malattie metaboliche, Azienda Ospedaliero/Universitaria Santa Maria della Misericordia Udine. Coordinatore Nazionale Gruppo AMD Diabete nell'anziano

L'aumento dell'aspettativa di vita sta determinando la crescita esponenziale di una nuova categoria di malati, quella degli anziani con una particolare vulnerabilità, per la contemporanea presenza di più malattie croniche, fragilità e disabilità, che richiedono elevate e specifiche competenze professionali e una diversa organizzazione assistenziale.



La dinamica dell'invecchiamento. La percentuale di persone oltre i 65 anni in Italia è passata dal 12,2% nel 1950 al 24,3% nel 2000. Si prevede che sarà del 35,6% nel 2025 e del 46,2 nel 2050.

La durata media della vita in Italia: per i maschi è passata dai 71 anni del 1990 ai 77,6 del 2004; per le femmine, dai 77 anni del 1990 agli 83,4 del 2004.

Ma l'età non basta, il vero problema è il modo in cui invecchiamo. Gli anziani fragili sono il 10 - 20% dei soggetti oltre i 65 anni, e il 46% dei soggetti oltre gli 85 anni.

Per pazienti fragili intendiamo tutti quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, affetti da patologie multiple croniche, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui spesso gli effetti delle malattie e dell'invecchiamento sono complicati da problematiche di tipo socio-economico.

È una condizione nella quale l'anziano può riuscire a mantenere una condizione di equilibrio instabile ed essere autonomo, utilizzando però al massimo le riserve funzionali del proprio organismo e dell'ambiente sociale in cui vive. Nel momento in cui una o più risorse si esauriscono o vengono meno, si verifica un consistente rischio di morte, disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione.

La cultura « geriatrica e gerontologica ». L'organizzazione delle cure per la malattia cronica da parte del sistema sanitario deve seguire un approccio multidimensionale. La Valutazione Geriatrica Multidimensionale è stata sviluppata per pianificare l'assistenza socio-sanitaria, integrando informazioni su aspetti quali disabilità, comorbidità, stato cognitivo, stato psicologico, ruolo sociale, condizioni economiche e dell'ambiente di riferimento, che possono condizionare lo stato di salute di un soggetto anziano.

Ma in Friuli Venezia Giulia, secondo solo alla Liguria per l'età media degli abitanti, c'è un'unica Geriatria per pazienti acuti. Si trova a Trieste, all'ospedale di Cattinara.

Una possibile risposta a questa mancanza è la formazione nell'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato. In tal senso, una situazione su cui si è lavorato è quella dell'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato, ad esempio, con il **Progetto Regionale SENIO (dio protettore della vecchiaia).**

I due più importanti obiettivi per la cura dei pazienti diabetici anziani ospiti nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e nelle case di riposo dovrebbero essere: mantenere il massimo livello di qualità di vita e di benessere, evitando di sottoporre i pazienti a interventi medici e terapeutici non appropriati e superflui; fornire supporto per consentire ai pazienti di gestire la propria condizione diabetica, ove ciò sia possibile e utile.

Sono state individuate molte carenze dell'assistenza diabetologia, nelle strutture istituzionali: assenza di standard comuni; inadeguata attenzione alla dieta; carenze nella formazione del personale e mancanza di un *follow-up* specialistico.

L'Obiettivo generale del progetto era quello di migliorare l'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato attraverso un profilo di cura omogeneo condiviso con i medici di Medicina Generale e tutti i professionisti sanitari che si interessano di questi pazienti.

Dalle ricerche e riflessioni fatte, emerge che l'assistenza al paziente diabetico istituzionalizzato nelle Case di Riposo del FVG presenta diverse criticità

anche nella condivisione e codificazione delle procedure all'interno delle strutture. L'istituzione, attraverso l'attività formativa, di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali locali, condivisi tra medici di Medicina Generale, diabetologi, infermieri, professionisti sanitari operanti nel Settore, volontari, può rappresentare lo strumento ideale per superare le criticità e migliorare l'assistenza.

“La vecchiaia non può essere compresa se non nella sua totalità; non è soltanto un fatto biologico, ma un fatto culturale.” (Simone de Beauvoir, La terza età).

Il quadro in Regione - Dai numeri al loro significato: il ruolo del volontariato e della comunità per migliorare la condizione dell'anziano

Dott.ssa Maria Cristina Novelli

- già Responsabile del Dipartimento di Assistenza Geriatrica ASS

Oggi il pensiero e il linguaggio dominante, anche nelle scelte di protezione sociale, è quello dell'economia e delle sue regole. Ma la crescita del PIL (Prodotto Interno Lordo) è solo uno dei modi con cui guardare il progresso economico e sociale. La salute, l'istruzione, il tempo destinato al lavoro e alla cura, le relazioni sociali e la sicurezza personale ed economica, la partecipazione politica sono aspetti fondamentali della qualità della vita delle persone.



La nostra è una società disorientata e impaurita nei confronti della vecchiaia e della non-autosufficienza. Il futuro del welfare per gli anziani dipenderà dalle risposte che la società e i politici daranno alla domanda: gli anziani sono un bene comune

o un elemento di freno allo sviluppo?

Cerchiamo di trovare risposte ad alcuni interrogativi, partendo dai numeri:

Se gli anziani aumentano, saranno sempre più non autosufficienti?

Crescerà il numero di anziani, ma si prevede che la maggior parte di essi sarà in migliori condizioni di salute.

Nel 2009 quasi 40% degli anziani in Friuli Venezia Giulia ha dichiarato di stare “bene o molto bene” (la media in Italia è pari al 29,4%). A dispetto di

previsioni catastrofiche, le condizioni di salute delle persone anziane non tendono a diminuire. Non è un caso che un ultra65enne su due e un ultra75enne su quattro si prenda cura abitualmente dei nipoti; e che molti svolgano attività di volontariato. Oggi su 100 anziani residenti in FVG, circa 92 vivono a casa propria accuditi, nel caso, dai propri familiari. Il vero problema è dunque la tenuta della famiglia, non l'invecchiamento.

Crescerà la domanda di protezione con costi insostenibili per la sanità e il sociale? Non è vero che già oggi si spende troppo per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, anche se si potrebbe spendere meglio. La spesa per le politiche sociali, anche in FVG, si contraddistingue per la generale limitatezza di investimenti rispetto alla spesa previdenziale e sanitaria. Si spende poco per il sociale, moltissimo per la sanità e poco per l'istruzione.

Quali saranno gli anziani con maggiori bisogni? La precarietà grave di salute è solo uno degli aspetti che crea dipendenza. La condizione di dipendenza deriva da tanti fattori: età; capacità della medicina di aumentare gli anni vissuti in salute; prevenzione e stili di vita; nuove tecnologie; e ancora dallo stato di salute, ma anche da necessità di natura economica e sociale (reddito adeguato, un'abitazione e un ambiente di vita sicuri, una rete sociale che protegge la persona e la fa stare bene).

Gli anziani che vivono in famiglia presentano un migliore stato di salute. Ma non si può contare sul solo nucleo familiare, peraltro oggi in grande difficoltà. Una famiglia su quattro in FVG è costituita da soli anziani e quasi il 40% delle famiglie ha tra i suoi componenti almeno un anziano.

Il numero di case di riposo è insufficiente? In Friuli Venezia Giulia c'è una sovrabbondanza di strutture residenziali per anziani. L'offerta nelle 193 strutture supera il fabbisogno di oltre tremila posti letto. Con il ricambio medio annuo, si stima che ogni anno nelle strutture trovano ospitalità oltre 14 mila persone (di cui l'80% sono donne).

Da notare che ci sono oltre 2.000 persone autosufficienti nelle case di riposo. L'incidenza dei posti letto per autosufficienti sul totale dei posti letto è rimasta dal 2005 pari al 21% del totale.

Il Friuli Venezia Giulia è la regione in Italia che istituzionalizza di più i propri anziani. L'assistenza in strutture residenziali era del 5,06% nel 2009. Se includiamo le RSA, l'incidenza supera il 7%.

Quali alternative per gli anziani non autosufficienti? Scarseggiano i centri di aggregazione, le comunità alloggio, i centri diurni, il pronto intervento sociale. Restano soprattutto la famiglia o la casa di riposo.

Oltre il 7% della popolazione sopra i 65 anni si trova in stato di fragilità, e circa il 10% è già non autosufficiente. Oltre un terzo dei soggetti non autosufficienti è istituzionalizzato.

Solo il 35% dei soggetti non autosufficienti e non istituzionalizzati è preso in carico dai servizi di assistenza domiciliare. I servizi domiciliari tendono ad assistere le persone più gravi e non riescono a seguire quelli in stato di fragilità che hanno potenzialità di recupero. Gli interventi sui pazienti più gravi portano sollievo alle

famiglie ma non aumentano la sopravvivenza; nell'arco di due anni, metà dei soggetti gravi muore indipendentemente dal tipo di assistenza erogata.

Che fare? Occorre ridisegnare il welfare, in una logica dove la priorità sia il servizio offerto dalla collettività ai suoi stessi membri. La ricetta non è potenziare sempre più le sedi residenziali, ma alleggerire il peso sulle famiglie, aiutandole prima di tutto nell'assistenza domiciliare. Fornire servizi adeguati e non distribuire soldi a pioggia. L'incremento importante delle patologie croniche, soprattutto nelle persone anziane (diabete, ipertensione, demenze), impone un diverso approccio assistenziale.

Serve un mutamento culturale. Non si può continuare a parlare di non-autosufficienza legando tale problema solo alle risorse. Bisogna rispondere in modo innovativo al nuovo quadro sociale ed epidemiologico del Paese. Dobbiamo imparare a convivere con una popolazione sempre più anziana e bisognosa di servizi e prestazioni diversi.

Il volontariato è una risorsa culturale e strategica per la nascita di un nuovo welfare. Il volontariato deve però re-imparare a comunicare, a ri-creare legami diretti e trasparenti con le istituzioni e i giovani. Da ammortizzatore sociale deve essere pungolo costante per rigenerare una cultura genuinamente altruistica e gratuita, per educare, promuovere ed incentivare un uso più razionale ed efficace delle risorse. Perché il destino delle comunità deve ritornare alle comunità, e di questo i volontari sono consapevoli.

Percorso formativo “Strutture Accoglienti”

Il percorso formativo è stato costruito partendo dalle esigenze formative dei partecipanti al seminario, concentrandosi, in particolare, sui seguenti temi: le relazioni con le persone anziane; l'organizzazione del gruppo; il rapporto con gli altri soggetti (istituzioni, operatori e famiglia). Infine, si è pensato di lavorare su quelle che sono le esperienze e le proposte alternative all'istituzionalizzazione, tali da permettere comunque una situazione di vita protetta per gli anziani.

Si è pensato, in tal senso, di costruire un corso di riflessione rivolto a 20/30 volontari (alla fine ne hanno preso parte 27) da tutta la Regione appartenenti a gruppi che operano su queste tematiche, appartenenti e non all'ANTEAS. Alla fine si sono raccolte le proposte operative che per i partecipanti sarebbe importante sviluppare nei prossimi mesi a livello Regionale e locale.



Il rapporto con la persona anziana

La relazione d'aiuto in casa di riposo.

L'anziano nelle strutture ed in altri contesti. Cenni sulla relazione con la persona affetta da demenza.

Barbara Chiapolino, ANTEAS Regione FVG

Si ha una relazione di aiuto quando vi è un **incontro fra due persone**: una di queste si trova in condizioni di sofferenza/disabilità, rispetto ad una determinata situazione o un determinato problema che si trova a dover gestire (l'anziano), e l'altra invece in uno status di competenza/abilità rispetto a questa situazione o problema (il volontario).

Se fra queste due persone si riesce a stabilire una relazione che sia effettivamente di aiuto, allora è probabile che la persona in difficoltà inizi qualche movimento di maturazione/chiarificazione utile a rispondere in modo soddisfacente alle proprie esigenze e a quelle dell'ambiente, **ri-acquisendo così senso di dignità e autostima**.

L'**aiuto**, inoltre, non consiste nel sostituirsi alla persona proponendo soluzioni ma piuttosto nel rimuovere gli ostacoli (emozionali, cognitivi e di oggettivi impedimenti esterni) presenti nella situazione di difficoltà.



Gli atteggiamenti necessari per costruire una relazione d'aiuto sono:

- L'**accettazione incondizionata della persona**. La persona è accettata, indipendentemente da ciò che pensa, solo per quello che è, astenendosi da qualsiasi giudizio morale, sia esso di riprovazione o di approvazione;
- La **genuinità o la spontaneità dell'operatore di aiuto**: si evidenzia nell'essere sempre se stesso, esprimendo la propria personalità.
- La **comprensione empatica**: riguarda la capacità del volontario di cogliere accuratamente la situazione personale di chi gli sta di fronte da ciò che dice (dal suo verbale) e da ciò che è (dal suo non verbale).

Un limite importante della relazione d'aiuto è il **senso di onnipotenza**: noi tutti abbiamo dei limiti, dobbiamo saperli riconoscere ed accettare.

Il **pre-requisito** per sviluppare una positiva relazione d'aiuto da parte del volontario è la consapevolezza del suo **comportamento non verbale** oltre che possedere una comunicazione verbale efficace **ma**, soprattutto, **la sua capacità di tener conto delle potenzialità comunicative dell'anziano**. I malati di Alzheimer manifestano difficoltà di comunicazione, che con il tempo tendono a diventare sempre più gravi. Man mano che la comunicazione verbale si fa più difficoltosa, si può fare maggiore affidamento sulla comunicazione non verbale. Gli anziani con l'Alzheimer sono molto bravi a interpretare i segnali non verbali (tono della voce, espressione del viso, postura ecc.). Negli stadi più gravi della malattia, si è visto che le persone rispondono ancora a voci calde e famigliari e al contatto fisico.

La positività delle relazioni d'aiuto che si instaurano dipende **anche dal modo in cui i volontari sono capaci di ascoltare**.

Per ascoltare si deve:

- Guardare la persona negli occhi ed assumere una posizione fisica adeguata;
- Prestare attenzione a quanto l'anziano sta dicendo senza interromperlo (**Ascolto passivo**).
- Mostrare il proprio interesse usando **messaggi di accoglimento** non verbali (un cenno della testa, un sorriso) o verbali ("ti ascolto", "sto cercando di capire", "Già", "Capisco");
- Fare **domande di chiarimento**: incoraggiano l'altro a parlare e ad approfondire quello che sta dicendo;
- **Riformulare** con parole proprie senza aggiungere né togliere nulla quanto l'anziano ci ha detto. In questo modo l'altro si sentirà oggetto d'attenzione, capterà accettazione e comprensione.

LAVORO DI GRUPPO:

Dal lavoro di gruppo sono emerse le seguenti riflessioni.

Costruendo una relazione d'aiuto dobbiamo tener conto che, a differenza di coloro che hanno la possibilità di restare a casa propria frequentando comunque un centro diurno o di aggregazione, gli anziani che vivono in casa di riposo:

- ✓ Vengono sradicati dal loro contesto;
- ✓ Vengono modificati i loro tempi, ritmi ed abitudini;
- ✓ Vengono limitati nella loro privacy e nel loro spazio personale;
- ✓ Viene vissuto come l'"anticamera della morte";
- ✓ Si sentono soli e vorrebbero tornare a casa propria.

Aggregare gli anziani.

Il senso dell'aggregazione, le modalità e le attenzioni da avere.

Confronto con Barbara Mongarli, animatrice presso la Casa di Riposo di San Daniele del Friuli.

Per animazione intendiamo un insieme di attività ludiche-ricreative (tombola, giochi a carte), riabilitative in collaborazione con il servizio di fisioterapia,

di mantenimento delle abilità cognitive residue, di stimolazione sensoriale ed altre ancora.

L'animazione è **uno strumento** utile per acquisire o riacquisire abilità sociali, per infondere motivazione e voglia di vivere e per contenere stati emotivi (come il senso di smarrimento, l'ansia e la paura). Quando queste abilità sono state raggiunte si può parlare di integrazione.

L'animatore, nel lavoro con la persona anziana, utilizza gli **strumenti** propri della relazione d'aiuto: disponibilità, sincerità, rispetto, empatia e ascolto.

Il servizio di animazione può offrire, agli ospiti della casa di riposo, un'ampia gamma di **attività**:

- Ludico-ricreative (come la tombola e le feste a tema o di compleanno);
- Di apertura al territorio (ad es. progetti con le scuole e progetti con il Comune e le associazioni presenti sul territorio);
- Di stimolazione di aree specifiche (sensoriale, cognitiva, motoria come la ginnastica antalgica e di gruppo);
- Orientamento spazio-temporale attraverso l'uso di un calendario, la lettura del quotidiano e del menù giornaliero;
- Laboratori occupazionali finalizzati alla realizzazione di piccoli oggetti e decorazioni per i mercatini;
- Conforto religioso attraverso il Rosario e la Messa.

La **metodologia** su cui si basa il lavoro dell'animatore consiste in:

- Lavoro per progetti;
- Progetti che devono avere precisi limiti temporali e non estendersi all'infinito;
- Progetti che prevedano una diversificazione delle giornate attraverso le attività;
- E che tengano conto anche dell'autonomia decisionale dell'ospite.

DISCUSSIONE:

Dalle domande poste all'animatrice, sono emerse le seguenti riflessioni:

- Il volontario ha una prospettiva esterna che lo porta a vedere la persona anziana in primis come una persona, al di là della sua malattia.
- L'animatore, nella realtà della casa di riposo di San Daniele, collabora attivamente con i volontari. Vengono fissati degli incontri con i volontari per accordarsi riguardo ai progetti da realizzare ed alcune attività, come alcuni progetti individuali, vengono attuate dai volontari autonomamente su indicazione del servizio. La presenza dei volontari contribuisce a far sentire la casa di riposo una comunità al di là della sofferenza e della malattia, ed è davvero indispensabile nelle attività di macro gruppo come la Messa, le gite, l'uscita settimanale al mercato...
- In passato nelle case di riposo era obbligatoria la figura dell'animatore, ora invece no ed è per questo che il servizio deve puntare all'eccellenza e non limitarsi a farli giocare a tombola....
- In genere, i progetti animativi proposti devono seguire un preciso iter per essere realizzati. Dapprima vengono presentati alla dirigenza, da questa approvati, comunicati all'Azienda Sanitaria di riferimento e poi si può procedere alla loro attuazione.

- Per quanto riguarda le attenzioni da avere: se c'è qualcosa che non funziona all'interno della struttura, i volontari dovrebbero far riferimento al Presidente dell'Associazione di cui fanno parte o alla figura professionale di riferimento che può essere l'animatore. Per questo è importante che i volontari non siano "fai da te" ma formati e facenti parte di un'organizzazione.
- Il volontario dovrebbe mettersi in gioco attivamente facendo delle proposte: spesso è da queste che nascono le attività più interessanti (come nella nostra realtà sandanielese le "Prove tecniche di volontariato", per avvicinare i giovani al volontariato durante l'estate...)



Dal gruppo al territorio

Organizzare il mio gruppo

Giorgio Volpe, Vicepresidente Comitato Regionale del Volontariato)

Dalla simulazione di una riunione sono emerse le seguenti considerazioni relative alle caratteristiche del gruppo:

- Presenza della **leadership**. La leadership è interscambiabile anche se il leader formale (presidente o capo) rimane sempre lo stesso;
- Nel gruppo, le persone portano la loro storia;
- Presenza di **regole**: alcune sono **esplicite** poiché vengono apertamente dichiarate, altre sono **implicite** dal momento che vengono rispettate anche se non chiarite formalmente. Una regola utile a gestire meglio il proprio gruppo è darsi un "calendario" ovvero degli appuntamenti fissi, ad esempio, la riunione periodica e la programmazione annuale (o biennale). Anche le riunioni esclusivamente organizzative sono un momento di confronto ed hanno un

notevole valore formativo poiché diventano occasione per crescere insieme e migliorare le relazioni. Per quanto riguarda la programmazione, annualmente, i soci dovrebbero fare una verifica strutturata del programma svolto nell'anno e la ri-programmazione per quello successivo;

- L'importanza della **formazione**. Vi sono due diverse tipologie di formazione: quella **ordinaria** (riunione periodica) e quella **straordinaria** (corsi di aggiornamento);
- La presenza di **conflitti**. Il gruppo che funziona non è quello privo di scontri ma quello in grado di gestire le ostilità prima che diventino distruttive.

Dinamiche di gruppo

Le persone partecipano quando ci sono 3 fattori:

- ✓ **Interesse**, poiché le persone si attivano più facilmente per risolvere una questione che ritengono essere per loro importante;
- ✓ **Competenza**, cioè "sentirsi capace di fare". La competenza si acquisisce attraverso la formazione;
- ✓ **Potere**, cioè la possibilità di fare, di incidere sulla realtà in cui si è immersi.

Ogni gruppo si caratterizza per due elementi che procedono in parallelo:

1. **Le relazioni fra le persone;**
2. Il **compito** (Come ci organizziamo? Come ci dividiamo i compiti? Le decisioni come vengono prese? Chi ha la leadership?)

Aver cura del gruppo significa: coltivare le relazioni fra le persone anche attraverso momenti informali (la cena di gruppo) e organizzarsi per raggiungere il proprio obiettivo.

Ogni gruppo ha una sua storia che passa per alcune fasi:

Fase 1 - INNAMORAMENTO: le relazioni all'inizio sono molto calde (entusiasmo);

Fase 2 – CRISI: le relazioni subiscono un crollo. In questa fase il compito non viene rispettato;

Fase 3 – ORGANIZZAZIONE: il gruppo diventa consapevole del fatto che si devono fissare alcune regole, utili a gestire differenze e conflitti;

Fase 4 – PRODUZIONE: il gruppo si organizza per raggiungere il compito.

Le responsabilità del volontario:

- ✓ **Illecito**: si verifica quando una persona arreca danno alla collettività (illecito **amministrativo**), punibile con una multa, o ad un privato (illecito **civile**) cui corrisponde un risarcimento pecuniario. Nel caso di illecito civile, il volontario, per legge, ha l'obbligo di essere assicurato (responsabilità civile) a spese dell'associazione di appartenenza;
- ✓ **Reato**: si ha quando una persona compie un'azione illegale vietata dalla legge; è punibile con la detenzione. Il reato è sempre personale e non cedibile;
- ✓ **Disciplinare**: si ha quando una persona ha un comportamento che viola un articolo dello statuto dell'associazione.

Il rapporto con le Istituzioni

(Dott.ssa Anna Catelani, Responsabile del Servizio Sociale Comunale Ambito 4.4 Codroipo)

L'orizzonte comune per le associazioni di volontariato, per i servizi sociali, le case di riposo ecc. è quello di **sostenere la persona e la sua famiglia nell'affrontare i loro bisogni.**

L'obiettivo comune, in modo particolare, per tutti questi soggetti dovrebbe essere quello di **costruire insieme un sistema di servizi e interventi coordinati,** dove le attività realizzate nel contesto comunitario:

- si integrino nel **rispetto dei ruoli e delle responsabilità** di ognuno;
- si orientino verso la costruzione/rafforzamento di reciprocità e relazioni.

L'anziano e la sua famiglia

L'anziano e la sua famiglia rischiano di essere confusi nel rapportarsi sia con il volontariato che con i servizi, che a volte sono portatori di posizioni e proposte diverse. Nelle situazioni di forte complessità, si possono creare alleanze che rischiano di orientare in un senso o nell'altro il lavoro dei servizi. Le alleanze, infatti, possono originare ulteriori difficoltà o rendere ostili le persone, portandole a fornire "scuse" per allontanarsi dal servizio.

Il contesto in cui operano i servizi sociali

L'aspettativa di vita media di uomini e donne negli ultimi anni è notevolmente aumentata, determinando un incremento della popolazione anziana e delle patologie correlate all'invecchiamento. Si è rilevato, in modo particolare, un aumento della casistica e della complessità soprattutto a domicilio, legata a dimissioni ospedaliere veloci tali che i servizi di supporto disponibili ad oggi, come l'assistenza domiciliare e la fornitura di pasti, sono circoscritti al solo momento di necessità anziché estendersi alle 24 ore. In questo scenario, inoltre, la presenza di strutture intermedie è molto limitata; attualmente ci sono solo le RSA. Per queste ragioni, i servizi di supporto vanno ripensati e modulati in modo diverso perché non completamente rispondenti ai bisogni rilevati.

Contemporaneamente, i servizi sociali hanno dovuto fronteggiare: da un lato, una forte pressione proveniente dalle altre fasce della popolazione che li impegna in misura sempre maggiore (minori e adulti con difficoltà legate alla perdita del lavoro e quindi del reddito), dall'altro, una diminuzione delle risorse provenienti dagli enti pubblici.

Ne consegue che, in questo scenario, il servizio sociale, ma anche gli altri servizi istituzionali, si trovano a fronteggiare emergenze e realizzare interventi "riparatori", impegnando in questi la quasi totalità del tempo e delle risorse disponibili.

I servizi si attendono di ricevere, dal mondo del volontariato, un aiuto nel costruire la risposta progettuale ai bisogni del cittadino attraverso:

- ✓ una comune lettura dei bisogni, delle istanze, e condivisione delle possibili risposte;
- ✓ un supporto negli interventi di prossimità: trasporti, piccoli interventi di manutenzione, sostegno relazionale.

La famiglia dell'anziano

(Dott.ssa Maria Bonato, già Coordinatrice Socio Sanitaria dell'ASS n. 6)

La nostra società è caratterizzata da una grande complessità che investe ogni aspetto della vita moderna.

Anche, e soprattutto la famiglia, è stata investita di **profondi cambiamenti**, con conseguenti situazioni di fragilità, di disagio, di solitudine. Dalla famiglia tradizionale, agricola e patriarcale, molto numerosa e che riuniva genitori, figli e nipoti sotto uno stesso tetto, siamo passati alla famiglia nucleare composta da madre, padre e figli che vivono lontano dai genitori.

Nonostante le profonde trasformazioni, **la famiglia rimane il luogo dove:**

- ❖ sono soddisfatti la maggior parte dei bisogni dei propri membri;
- ❖ **è il primo e più naturale luogo di cura**, di solidarietà, di sostegno tra generazioni.

Da sempre la famiglia, infatti, svolge un compito preziosissimo nel cosiddetto **"lavoro di cura"**: assistenza ai malati, agli anziani, ai bambini.

Se la famiglia, dunque, è il luogo più importante per la persona anziana, i problemi più grossi sorgono quando quest'ultima si ammala e inizia il processo verso la non autosufficienza. La persona anziana da risorsa (si cura dei nipoti, sostiene in vari modi i figli, ecc.) diventa "oggetto" di cure e la famiglia ha perciò bisogno di essere sostenuta.

Il sistema familiare può produrre soluzioni in proprio, aggiustamenti o compromessi, che a volte diventano fonti di problemi o di conflitti in una spirale di crisi. Pensiamo, ad esempio, al conflitto tra le esigenze personali del familiare da assistere e quelle personali del familiare che assiste (*caregiver*), in genere la donna.

Da un lato, quindi, la famiglia rimane l'ambito privilegiato del prendersi cura, dall'altro, però, si sente isolata, abbandonata e non aiutata di fronte a gravi e prolungati stati di malattia dei propri congiunti, diventando un "paziente occulto" o la "la seconda vittima della malattia".

La rabbia e la frustrazione, l'irritazione e la stanchezza, legati all'assistenza quotidiana nei confronti del genitore, e il senso di inadeguatezza nei confronti degli altri componenti della famiglia, in quanto il *caregiver* spesso sente di trascurare gli altri membri, sono i sintomi testimoni di tale situazione.

Quando l'assistenza domiciliare diventa insostenibile, l'inserimento in casa di riposo appare la risorsa più adeguata, ma spesso questa soluzione è vissuta dai familiari con sensi di colpa per non aver saputo "curare" il genitore.

Le principali politiche di sostegno alla famiglia sono:

- ✓ Interventi domiciliari sia sociali che sanitari;
- ✓ Sostegno economico tramite il "Fondo regionale per l'autonomia" (FAP);
- ✓ La presenza di un'assistente familiare (badante);
- ✓ Strutture residenziali;
- ✓ Strutture di accoglienza diurna per alleviare il carico giornaliero;
- ✓ **Forte presenza del mondo del volontariato a favore degli anziani ;**
- ✓ Gruppi di auto mutuo aiuto;
- ✓ Sostegno psicologico.

Il ruolo del volontariato, in particolare, con gli anziani è:

1. Potenziare e promuovere le iniziative volte alla socializzazione ed alla integrazione sociale dell'ospite, per contrastare la solitudine e l'emarginazione;
2. Favorire il mantenimento e la stimolazione delle capacità psicofisiche residue dell'ospite;
3. Favorire la relazione di aiuto all'anziano;
4. Favorire l'integrazione tra la Casa di Riposo ed il territorio aumentando le opportunità di scambio reciproco.

Dall'esistente al possibile

Esperienze alternative alla casa di riposo e progettualità innovative

Dott.ssa Maria Cristina Novelli, già Responsabile del Dipartimento Assistenza Geriatrica ASS n. 4 e Vice Presidente IRSSSES)

Attualmente, per i grandi anziani, per gli anziani soli e per gli anziani con polipatologie cronico-degenerative, la casa di riposo, la domiciliarità fragile e l'ospedale sono le uniche risposte. Ci si interroga, però, se le risposte attuali garantiscano vita alla persone o siano solo risposte di accudienza, di protezione e non di sollecitazione a vivere quel che resta della propria vita con dignità, forza e consapevolezza.

La sfida più importante per il sistema di protezione sociale e sanitario è la CRONICITÀ.

Se vogliamo innovare una casa di riposo, dobbiamo:

- Concretizzare discorsi e pratiche in prassi concrete, in percorsi di vita e persone anziane in capitale sociale;
- Arricchire le prassi esistenti;
- Modificare certe norme e abitudini da troppo tempo acquisite;
- Aprire la struttura all'ambiente circostante (legami con associazioni e attività produttive);
- Dare visibilità all'istituzione.



Tra le esperienze alternative alla tradizionale casa di riposo, abbiamo:

1. **AUTOGESTIONE PER LE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE:** esperienza canadese centrata su incontri per aiutare la famiglia a gestire le malattie croniche e su momenti di supervisione, finalizzati a motivare l'ammalato ad introdurre dei cambiamenti personali nella propria vita per governare al meglio la sua patologia;
2. **Esperienza francese di UNITÀ SPECIALISTICHE ALZHEIMER:** prevedono circa 58 posti così distribuiti: 10 di accoglienza temporanea, 40 di accoglienza permanente ed il restante di accoglienza diurna. Queste strutture hanno un'equipe composta da uno psicologo, un geriatra e un medico di coordinamento. Periodicamente, si organizzano delle riunioni con i famigliari ed amici del malato;
3. **RESIDENZIALITÀ DI PROSSIMITÀ:** strutture che nascono dalle vecchie case di riposo con un'organizzazione diversa e più vicina alla comunità e con una grande flessibilità di tipologie di accoglienza (diurna, notturna e soluzioni istituzionalizzate temporanee con vicinanza al territorio);
4. **RESIDENZE AUTOGESTITE:** Maison des Babayagas. Si tratta di case di riposo per "imparare a vivere assieme", partendo dalla volontà di riappropriarsi della propria vecchiaia senza ricorrere ad una residenzialità obbligata, ma voluta e autogestita. Queste strutture sono dotate di spazi comuni (es. biblioteca) e privati. In caso di cure sanitarie, le case di riposo dispongono di un operatore qualificato.
5. **BUNGALOW:** piccoli prefabbricati annessi alla casa della famiglia;
6. **PICCOLI DOMICILI COMUNITARI A LIVERPOOL:** piccoli nuclei organizzati all'interno di un complesso residenziale più ampio. Le persone che vi abitano sono autonome nella gestione della propria vita ed in più possono godere di un elevato numero di servizi;
7. **PROGRAMMA "VIVA GLI ANZIANI" DELLA COMUNITÀ DI SANT'EGIDIO:** questa comunità sta lavorando su due fronti: da un lato il Centro Alzheimer di riferimento e dall'altro l'attività di *counseling* per le famiglie;
8. **UNA CASA FAMIGLIA PER ANZIANI "CONTRO DIFFIDENZA, PAURA E SOLITUDINE":** si tratta di una "forma di adozione" retribuita in cui una famiglia può accogliere massimo tre persone anziane;
9. **APPARTAMENTI PROTETTI** dove le persone possono vivere e, nel contempo, usufruire di certi servizi;
10. **EQUIPE MOBILE ALZHEIMER:** equipe di professionisti che si muove sul territorio, si reca a domicilio e nelle case di riposo. Le finalità sono: educative, di formazione e specifico intervento;
11. **LAVORO DI STRADA CON ANZIANI:** esperienza belga e canadese. Si tratta di operatori volontari che vanno nelle case di anziani soli o di persone segnalate in difficoltà, in Chiesa, nelle osterie per creare contatti, relazioni e dare informazioni su quanto può offrire la comunità.

Proposte di crescita

Alberto Fabris - Collaboratore ANTEAS Regione Fvg

Al termine del percorso formativo era importante raccogliere le idee emerse e abbozzare dei percorsi di sviluppo di proposte sia su argomenti più ampi e generali da sviluppare a livello Regionale, sia su iniziative operative da attivare a livello locale. Quanto emerso in questa fase con i partecipanti servirà per dare continuità alle azioni svolte.

A livello regionale sarebbe importante sviluppare i temi:

- **Sviluppo di soluzioni alternative e intermedie tra casa di riposo e domiciliarità, tali da favorire una qualità della vita più alta per l'anziano e ottimizzare le risorse a disposizione;**
- Far crescere un "coordinamento" diverso fra associazioni, dove si mettano al centro obiettivi e valori comuni su cui lavorare;
- Elaborare una traccia di convenzione comune e condivisa del volontario per chi opera nelle case di riposo;
- Approfondire il tema del rapporto e della collaborazione fra gruppi o associazioni di volontariato.

A livello locale sono state proposte azioni partendo dalle esperienze dei gruppi esistenti:

- Favorire la realizzazione di un servizio, strutturato come la casa di riposo o più leggero e alternativo, nelle aree dove non ci sono servizi di questo tipo (Tarvisio);
- Creare strutture intermedie anche in città (Udine);
- **Realizzare degli incontri finalizzati a costruire reciprocità e positive relazioni con le istituzioni (Udine);**
- **Realizzare degli incontri con tutte le altre associazioni presenti nel territorio e "verifiche" con le istituzioni (Gradisca);**
- **Sperimentare dei percorsi condivisi con la casa di riposo in un'ottica di fiducia e riconoscimento del volontariato (Gradisca).**

In particolare, si sono evidenziate quelle azioni su cui si può iniziare a lavorare nel breve e medio periodo per migliorare le attività dei gruppi, ma anche per rafforzare i legami di comunità e costruire soluzioni condivise rispetto alla realtà degli anziani in Regione.



L'iniziativa è promossa dall'ANTEAS Regione FVG in partenariato con la FNP CISL Regionale del Friuli Venezia Giulia, con il finanziamento del Centro Servizi Volontariato Friuli Venezia Giulia, collaborazione M 26/11



Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà

della Regione Friuli Venezia-Giulia

Via Cussignacco, 49 - 33100 Udine

tel. 0432-296644 fax 0432-509497

e-mail: anteas@volontariato.fvg.it

Con il contributo



Con il contributo

