

## **QUANDO UN ANZIANO ENTRA IN ISTITUTO: LE ASPETTATIVE, LE PAURE, LE DOMANDE E LE ESPERIENZE DEI FAMILIARI**

*ANNALISA PATRUNO e PAOLA SAVARINO \**

Il ricovero in istituto di un vecchio è di solito una scelta fatta per necessità dalla famiglia che lo circonda: condizioni fisiche e/o mentali precarie, lontananza delle reciproche residenze, rapporti conflittuali che non consentono coabitazioni, tentativi falliti di mantenere insieme la coppia genitoriale quando uno dei due diventa non autosufficiente... queste ed altre motivazioni mettono in moto il percorso, prima solo mentale e poi concreto, verso la ricerca di un posto letto.

Si tratta spesso di una scelta in qualche modo "obbligata", dopo tentativi di trovare soluzioni diverse: l'inserimento in centro diurno, la presenza di una badante a domicilio, eventualmente vivere insieme ad uno dei figli...

Nel caso in cui in precedenza queste opzioni siano state gestite "privatamente" dalla famiglia, senza l'intervento dei servizi, il problema principale è la scoperta di non avere diritto ad un posto letto in tempi brevi, ma di dover passare attraverso la richiesta di valutazione della Commissione Uvg (Unità di valutazione geriatrica), con la quale ottenere un punteggio per essere inseriti in una lista di attesa... per un posto in convenzione.

Questo "tempo vacuo" di risposte, ma non di passaggi da un servizio all'altro (dal medico di base ad eventuali specialisti e/o Unità di valutazione Alzheimer se c'è un deterioramento cognitivo in atto, all'Inps quando dopo i tempi canonici non ci siano ancora risposte oppure per ripresentare la domanda per l'assegno di accompagnamento dopo un rifiuto...) vede spesso il fiorire in parallelo di altri percorsi, capaci di tamponare momentaneamente la situazione precaria e non più gestibile: dai tentativi di ricovero in ospedale alla ricerca di una struttura privata, in grado di accogliere il vecchio nel giro di pochi giorni, seppure con costi monetari ed emotivi molto più gravosi.

In ospedale, infatti, quando il ricovero sia possibile, i familiari sono costretti ad una permanenza al capezzale del congiunto per molte ore al giorno, per assisterlo e sorvegliarlo poiché le strutture non garantiscono, anche se dovrebbero assicurare tale prestazione, come definito dalle normative regionali (si tratta spesso di persone allettate, con protezione igienica, che necessitano di essere imboccate e pulite più volte al giorno, per evitare disidratazione e piaghe da decubito), oppure a cercare del personale di assistenza privata, soprattutto per le ore notturne e nel caso in cui il malato presenti disturbi del comportamento come allucinazioni, agitazione psicomotoria...

Capita che più urgente sia la necessità meno sia possibile per la famiglia una scelta ponderata, che tenga conto delle necessità e delle capacità residue del vecchio e le confronti con la qualità del servizio offerto dalla struttura: solo successivamente al ricovero queste incongruenze possono emergere, evidenziando un'inadeguatezza del servizio scelto oppure condizioni del vecchio malato differenti da quelle prospettate dai familiari in sede di ingresso.

È a questo proposito importante provare a leggere il fenomeno degli ingressi in istituto sia dal punto di vista delle famiglie che degli istituti: ne emerge una realtà complessa, fatta contemporaneamente di dati non controvertibili ma anche di elementi fluidi, in rapido mutamento.

Ad esempio una valutazione fatta dall'Uvg di inabilità completa alle attività umane di base (alimentarsi autonomamente, controllo degli sfinteri, autonomia nel movimento, ecc.) e riportata dai familiari al personale della struttura, nel giro di pochi giorni di inserimento può

rivelarsi essere una ridotta ma presente capacità di tenere in mano un cucchiaino e portare il cibo alla bocca, di spostarsi in carrozzina lungo i corridoi...

Cosa rende così diversa la prospettiva dei familiari (e spesso dei servizi di valutazione) dall'osservazione che il personale di reparto mette in atto a partire dall'ingresso del vecchio in struttura?

Entrano in gioco molteplici fattori, come la stimolazione che in struttura il personale Oss (Operatori socio-sanitari), tende a fare quotidianamente mentre assiste gli ospiti: parlando con il vecchio, anche quello che pare "non capire", sollecitandolo a far da sé, ma anche non potendo seguire tutti gli ospiti contemporaneamente (ad esempio durante il pasto), mentre a casa spesso la tendenza di familiari e badanti è di fornire un surplus di aiuto (a volte per rendere più veloci alcune pratiche, a volte perché il vecchio pretende di essere, ad esempio, imboccato, come per ottenere il massimo della dedizione...).

Un altro gruppo di fattori è costituito dall'emotività e dalla relazionalità: in struttura il vecchio, in assenza dei familiari, talvolta si sente abbandonato, ma altre volte si sente libero di "essere diverso" da come era a casa, mostrando lati di sé quasi sconosciuti ai propri cari, i quali tendono a negare che ciò sia possibile...

Va considerato che, nella maggior parte dei casi, la stanchezza e lo stress accumulati dal familiare, dopo anni di assistenza a domicilio al proprio congiunto, raggiungono l'apice quando questi decide di rivolgersi ai servizi: non si è a conoscenza, ad esempio, dell'esistenza di una lunga lista d'attesa e ci si scontra con l'impossibilità di trovare immediata risposta alle proprie urgenze.

In circostanze simili può capitargli di non riuscire a cogliere le potenzialità ancora esistenti nell'anziano e a valorizzarle, perché ciò richiederebbe da parte sua un ulteriore sforzo proprio quando le energie non bastano più, quando impotenza e rabbia possono prendere il sopravvento e distorcere, seppur parzialmente, la realtà.

Non è semplice gestire questi vissuti, insieme ai sensi di colpa e di inadeguatezza che inevitabilmente ne derivano. Descrivere il proprio familiare come maggiormente dipendente e compromesso di quello che è può alleviare questi sentimenti fallimentari e rappresentare una sorta di "giustificazione" dinanzi ai propri occhi e a quelli degli operatori che ricevono il vecchio in struttura.

In effetti a dispetto dell'opinione comune che l'istituzionalizzazione costituisca "l'ultima spiaggia" sia per il vecchio che per la famiglia, in molti istituti, che per vocazione strutturale o per dedizione di alcuni operatori danno spazio alle caratteristiche personali ed anche ai difetti dei singoli ospiti, senza sanzionarli, si assiste al "rifiorire" di alcuni vecchi, che mostrano di essere in grado di costruire relazioni nuove (sia con gli operatori che con altri ospiti), di recuperare ed utilizzare alcune autonomie ed in definitiva di essere ancora motivati a vivere.

Evidentemente è molto difficile, a tratti doloroso, per un familiare scoprire che il proprio caro vive meglio in struttura che a casa, magari dopo mesi o anni di cure amorevoli e di rinunce dedicate al malato: non è insolito che le incomprensioni che sorgono tra familiari e personale di reparto siano invischiate proprio di una sorta di gelosia verso le relazioni (per altro mai scovre di conflitti e ambivalenza) che sorgono tra gli operatori e alcuni ospiti.

La figlia di M. si incaponisce nel voler rimanere accanto alla propria madre durante il pasto, volendola imboccare, mentre l'operatore asserisce che M. ora è in grado di mangiare da sola: «*Ho visto che toglie i piatti a persone che non mangiano da sole... come faccio a sapere che non lo farete anche con mia mamma?*» chiede la figlia, non potendo sapere che spesso lasciare l'anziano da solo davanti al suo piatto è di stimolo all'autonomia alimentare (anche se l'ospite si sporca, impiega tre quarti d'ora per mangiare, oppure è reduce da un'abbondante colazione e non vuole mangiare ancora...).

G., ricoverato e non autosufficiente, si ostina a voler essere accompagnato in bagno dalla moglie, appena questa viene a trovarlo, affermando che nessuno in reparto lo faccia e questo crea attrito tra la stessa moglie e gli operatori. La prima rischia di farsi male facendo delle manovre, da sola, per le quali non è preparata (e proprio per evitare le quali, magari, ha optato per un ricovero), i secondi possono essere redarguiti dal responsabile di reparto, colpevoli di non aver accompagnato il signore in bagno "proprio in quel momento"; il vecchio

ottiene un momentaneo guadagno dalla moglie (forse anche una piccola vendetta per essere stato ricoverato), ma può mettere a rischio il rapporto di fiducia con gli operatori...

Queste brevi vignette ci mostrano come a partire dall'ingresso in istituto si crei una rete di relazioni almeno a quattro dimensioni: tra familiari ed operatori; tra vecchio ed operatori; tra familiare e figure responsabili/direzione; tra familiare e vecchio (questa, unica dimensione preesistente all'ingresso in istituto, si modifica necessariamente in rapporto alle altre tre dimensioni...).

Queste relazioni hanno una dinamica temporale: vedono un inizio fatto di aspettative e di offerte reciproche, vedono un evolversi nel tempo a seconda della durata del ricovero (definitivo o a termine?), del reparto di ricovero (Ra, Residenza assistenziale; Raf, Residenza assistenziale flessibile; o Rsa, Residenza sanitaria assistenziale?) e delle condizioni di salute del vecchio (ha una problema cronico, come una demenza, o acuto, come una frattura o un ictus?), infine possono risolversi o a causa del decesso del ricoverato come anche a seguito di un trasferimento in altra struttura o di un ritorno a casa (oltre alla perdita di una retta la struttura di solito è interessata a capire i motivi di un trasferimento e a volte lo sollecita lei stessa...).

La storia di L.: non ancora ottantenne, reduce da alcuni ictus che ne hanno leso in modo importante l'autonomia (non cammina più, complice anche il peso in eccesso) e la possibilità di comunicare (è diventata afasica, si esprime a gesti e con le espressioni del viso) entra in struttura dopo un ricovero in casa di cura per riabilitazione. È migliorata, più orientata nel tempo e nello spazio, non ha più allucinazioni come dopo l'incidente vascolare, ma la riabilitazione non ha avuto i successi sperati. In Rsa viene proseguito il percorso di rieducazione funzionale, in più è inserita nelle attività di musicoterapia ed intreccia rapporti con altre ospiti, con cui gioca quotidianamente a carte. Vedova, è assistita da alcuni familiari coetanei, che vengono spesso a trovarla e ne gestiscono le pratiche burocratiche. Per un anno e mezzo L. si trova bene in struttura, recupera in parte la parola e parte dell'uso delle gambe: ora è in grado di fare alcuni passi sulle parallele in palestra.

Improvvisamente però comincia a lamentarsi del personale: la prendono in giro, le mettono abiti non suoi... L. è confusa, cerca qualcuno che la protegga, ammette che solo con alcuni operatori c'è un problema, però inizia anche a rifiutarsi di fare le attività di riabilitazione, chiede piangendo ai familiari di portarla via... La famiglia reagisce cercando un'altra struttura, senza discutere con la direzione della effettiva situazione, senza confrontarsi con il medico curante sulle condizioni della signora...: al personale restano delle domande senza risposta. Era in atto un peggioramento delle condizioni generali della paziente? Quale ruolo hanno giocato le differenze di approccio tra gli operatori (non tutti hanno lo stesso atteggiamento pacato e capace di attendere e ci sono momenti di tensione in équipe...)?

Chiediamoci quali siano le aspettative reciproche di famiglia e istituto quando si incontrano per la prima volta.

Inizialmente la famiglia si aspetta di veder curato il proprio caro come a casa, sia nei tempi che nei modi: l'accuditore che più spesso viene in istituto è interessato a far conoscere il proprio congiunto al personale di reparto, alla direzione sanitaria ed all'amministrazione. Questa conoscenza può essere facilitata dall'uso di schede di ingresso volte alla costruzione del Pai (Piano assistenziale individualizzato) oppure affidata all'interazione del personale che accoglie il vecchio all'ingresso con il familiare. Evidentemente in questo caso si presenta un notevole grado di soggettività nelle informazioni raccolte e nel modo in cui queste vengono trasmesse al resto dell'équipe.

Un'altra aspettativa del familiare (spesso non espressa) è di poter mantenere la maggior parte delle abitudini di vita e di relazione che si avevano in casa: dall'abbigliamento (gonne e calze di nylon non sono ben accette in struttura, se l'ospite non è autosufficiente) all'alimentazione (portando cibi fatti in casa oppure dolci e caramelle da lasciare a disposizione dell'ospite) agli orari di visita (durante i pasti piuttosto che in serata o al mattino presto) ad alcune attività di assistenza ("quando vengo a trovarlo io gli faccio la doccia").

Questa aspettativa tende a scontrarsi con la serie di regole che l'istituto si dà (formalmente o meno) per uniformare sia l'attività assistenziale che le presenze dei familiari in reparto: ci sono orari ed attività (i pasti, oppure l'igiene del mattino, al momento di alzarsi)

in cui sia per motivi di riservatezza che di igiene, ma anche di sostegno alle capacità residue degli ospiti, l'istituto può decidere di "chiudere" le porte del reparto alle presenze esterne e non professionali. Si tratta di regole spesso vissute come un'espropriazione, da parte delle famiglie, o come una negazione del diritto di "vedere" come il proprio caro viene trattato. Ancora una volta spesso ci sono fantasie di maltrattamenti o scarsa attenzione.

Al contrario proprio queste regole pongono un limite alla perdita di dignità del vecchio (perché i familiari lo vedono pulito, vestito e seduto, piuttosto che nudo, sporco ed ancora allettato) ed a quei momenti così dolorosi, penosi, di rinuncia ai confini tra le generazioni vissuti tra le mura domestiche: quanti anziani disorientati divengono aggressivi quando il coniuge pretende di lavarli (cercano di proteggersi da un contatto che sentono come una violazione della propria intimità?) e quanti figli rinunciano a mantenere l'igiene dei propri genitori perché non si sentono di "mettere le mani" su di loro, oppure al contrario diventano maniacali della pulizia e dell'ordine, arrivando ad imporre tutoni al posto del pigiama e cateteri per evitare pasticci notturni con il pannolone.

La struttura, proponendo interventi **professionali** di assistenza, si pone come intermediario tra il malato e la propria famiglia.

Queste regole costituiscono un'aspettativa dell'istituto, il quale chiede alle famiglie di riconoscerle: ogni mediazione, "permesso speciale", o peggio tacito assenso allo scavalco di queste regole costruisce il rapporto famiglia-istituto sulla base del confronto oppure della pretesa.

La chiarezza iniziale delle regole di istituto, attraverso la fornitura di un regolamento, o meglio ancora di una carta dei servizi (che chiarisca tutto ciò che viene fornito ed in che modo dalla struttura, nonché identifichi il personale preposto alla discussione e risoluzione di problemi) è elemento fondante per un rapporto scevro di incertezze e fraintendimenti; anzi può costituire occasione per porre domande ed ottenere risposte anche prima che sorgano delle difficoltà.

Lo stesso funzionamento dell'istituto, sia di routine che nelle emergenze, andrebbe chiarito in sede di ingresso: quali medici sono a disposizione ed in quali orari, in che caso ed in che modo interviene il 118, come avviene il rientro da un eventuale ricovero, come e quando chiedere una visita specialistica, quali attività siano di competenza infermieristica e quali del personale di assistenza... tutte informazioni che, date per tempo, sollevano la struttura da difficoltà nel momento in cui una certa attività debba essere svolta, poiché il familiare sarà informato del ruolo che può essere chiamato a svolgere e non sentirà di essere stato abbandonato, lui con il suo vecchio malato.

Infatti spesso il familiare si aspetta che tutte le pratiche burocratiche (cambio di residenza, prenotazione visite, scelta del medico, domanda di aggravamento per l'accompagnamento), ma anche l'accompagnamento ad una visita o durante il ricovero in ospedale, siano a carico dell'istituto (e in effetti in base alla delibera della Giunta della Regione Piemonte n. 17/2005 questo compito spetta all'istituto) mentre l'istituto stesso si deve muovere in un'ottica di rete con altri servizi, oltre che fare i conti con le proprie risorse interne, a partire dal personale. Ci troviamo inoltre di fronte ad una questione spinosa, quella della tutela degli ospiti: le strutture tendono a non considerare l'istituzionalizzazione come un passaggio di tutela che annulla le responsabilità dei familiari, mentre le organizzazioni che si occupano di diritti del malato e del disabile affermano che, invece, tutte le responsabilità spettano alla struttura.

Ad esempio durante un ricovero in ospedale effettuato tramite 118 il personale della struttura non può accompagnare il paziente in ambulanza perché in tal modo abbandonerebbe il suo posto di lavoro (anche se gli enti preposti alla salvaguardia dei diritti del malato sostengono che le strutture dovrebbero farsi carico anche di questo servizio): i familiari vengono avvisati per tempo dell'imminente ricovero, con l'indicazione del presidio di destinazione. Il ritorno dall'ospedale avviene tramite un primo contatto ospedale-istituto, indicante le prossime dimissioni: i familiari vengono avvisati affinché provvedano al trasporto in ambulanza, il cui costo è riconosciuto come proprio onere dalla struttura solo per quegli ospiti che non hanno familiari.

Si tratta di situazioni delicate, in cui un passaggio mal impostato può portare problemi, come ospiti dimessi dall'ospedale senza familiari accanto o questioni sul pagamento del

servizio di trasporto. Per questo è molto importante che il *caregiver* sappia quali sono le responsabilità dell'istituto e le proprie nei confronti del malato.

Altrettanto importante è l'individuazione, all'interno dell'équipe, di figure preposte a mantenere un dialogo costante con i familiari. Alcune strutture attribuiscono questo compito al coordinatore di reparto, in quanto può farsi portavoce delle informazioni raccolte, dei dubbi, anche delle rimostranze, sia presso l'équipe che presso la direzione sanitaria o il comparto amministrativo; altre strutture mantengono una posizione più fluida, forse meno definita, tale per cui ciascun familiare costruisce, a seconda delle proprie esigenze o sensibilità personali, un rapporto più stretto con alcune figure professionali, si tratti del fisioterapista, del direttore sanitario o della segretaria dell'accettazione. In questo caso il passaggio di informazioni è più complicato, mediato da valutazioni troppo spesso personali più che professionali, oppure censurato da un eccesso di privacy: non è raro che il familiare ben presto si trovi disorientato, non sapendo bene a chi e come rivolgersi, quando abbia bisogno solo di sfogarsi per una situazione dolorosa oppure necessiti di un intervento concreto a favore del proprio congiunto (una difficoltà di relazione con il compagno di stanza, piuttosto che una difficoltà nel pagamento delle rette...).

Se l'ospite rimane ricoverato per alcuni anni in istituto, col tempo possono mutare sia le sue condizioni di salute, sia la situazione della sua famiglia. Succede così che ospiti prima autosufficienti subiscano un ictus o una frattura oppure manifestino alcuni segni di indementimento e necessitino di maggiore assistenza e di riabilitazione motoria, se non di un trasferimento di reparto: non sempre i familiari accettano pienamente questi cambiamenti e riconoscono il decadimento della salute del proprio caro. Succede che non vogliano pagare l'aumento di retta, o neghino le bizzarrie di comportamento, pretendano di lasciare la medesima autonomia al congiunto (anche se la struttura teme di lasciarlo uscire da solo): ci vuole tempo a che l'istituto sia in grado di proporre un percorso di assistenza all'interno del quale lo stesso accuditore possa trovare un proprio posto accanto al vecchio.

Se questo avviene vuol dire che innanzitutto è stata compresa e tollerata la difficoltà del familiare ad abbandonare la vecchia immagine del proprio congiunto, ciò che intacca il sentimento di riconoscimento reciproco e lo induce, per reazione, a non percepirne il peggioramento o a negarlo apertamente. Si tratta di una realtà con la quale gli operatori professionali sovente si scontrano e che li costringe a gestire la confusione rispetto al proprio ruolo e al proprio operato quando, non ottenendo la collaborazione del familiare, sentono vanificati i propri sforzi.

Può capitare ad un familiare di conoscere in struttura situazioni di anziani molto più compromesse di quanto la sua esperienza possa fargli immaginare. Questi rimandi così tangibili e a portata di mano, insieme al rischio di omologazione che gli ambienti comunitari continuamente ripropongono a chi vi abita, possono spaventarlo al punto da spingerlo, spesso inconsapevolmente, a conservare e a difendere ad oltranza dentro di sé, ma anche dinanzi agli altri, la stessa visione del proprio caro con la quale si è rapportato per diversi anni e che ha rappresentato un riferimento per molto tempo, anche quando non rispecchia più la realtà dei fatti.

Se queste dimensioni vengono accolte, è possibile per gli operatori professionali essere d'aiuto agli anziani, alle loro famiglie e a se stessi, ad esempio tollerando, anziché viverle come affronti personali, incomprensioni e resistenze che possono nascere nel rapporto col familiare per vederle trasformare, solo successivamente e nel migliore dei casi, in collaborazione, disponibilità e fiducia.

Sono tanti i familiari, o intere famiglie, che gravitano attorno ad un istituto per mantenersi vicini al proprio vecchio ricoverato, vivendo la sofferenza di una separazione dopo, magari, una vita di convivenza, affrontando i sentimenti legati alla delega della cura (colpa, ma anche perdita anticipatoria, inadeguatezza, solitudine, paura, fino ad idee paranoiche); ma sono anche tanti i vecchi che vivono isolati in istituto, essendovi entrati molti anni prima da persone autosufficienti ma sole, e che nel corso del tempo hanno perso autonomia e salute, oppure che vi arrivano perché presi in carico dai servizi sociali, proprio a causa della solitudine e precarie condizioni di vita, oppure che vi sono stati accompagnati da familiari che poi non se ne sono più occupati.

Di queste persone, soprattutto quando vi entrano in autonomia, l'istituto si fa carico nel corso del tempo. Soprattutto se la struttura consente soluzioni diversificate (esempio con reparti Ra e Raf), l'ospite può contare, ma anche temere, di poter essere assistito quando la sua salute vacillerà. Molta è la paura, proprio in chi vive in un pensionato, di perdere la possibilità di uscire, di ritrovarsi in carrozzina alla mercé del personale cui pure nel tempo si è legato; aumenta questa paura il vedere quotidianamente altre persone già malate, più vecchie, ricoverate nei reparti vicini.

S. ha più di ottant'anni, da venti vive in struttura come pensionante: vi è entrato quando ancora il suo reparto era fatto di veri e propri mini appartamenti, con la possibilità di cucinare in camera, mentre il servizio offerto era unicamente di tipo alberghiero, raffinato e attento alla riservatezza degli ospiti. Nel corso del tempo questo ambiente è molto cambiato, gli ospiti sono invecchiati, il personale ha dovuto trasformarsi in assistente alla persona, per venire incontro alle mutate esigenze degli ospiti, a partire dall'impossibilità di curare l'igiene della propria stanza e della propria persona. A fatica S. ha accettato che fosse il personale a pulire la sua camera, contrattando la possibilità di mantenere i propri mobili e gli amati libri.

Fin quando ha avuto un po' di energia usciva una volta alla settimana per andare a trovare dei cari amici e continua a boicottare l'"eccesso" di assistenza con cui ora il personale lavora in reparto, ove molti ospiti sono ormai in carrozzina: è amareggiato, questo non è più la sua casa di un tempo... come sono invecchiati tutti!

Nonostante le gambe malferme, si rifiuta di accettare l'igiene personale, cui fa fronte da solo, con risultati sempre più precari. Per un certo periodo il responsabile di reparto gli consente di mantenere questa autonomia, fin quando anche il suo medico di base comincia a sostenere che questa autonomia sta incidendo negativamente sulla sua salute precaria: S. ha infatti un tumore, si è rifiutato a suo tempo di essere operato, ed ora la quotidianità dell'assistenza potrebbe garantirgli almeno un monitoraggio continuativo della sua situazione. Il personale è preoccupato: non sarebbe il caso di contrattare già oggi, con lui, una risistemazione della camera, in previsione dell'uso di una carrozzina, piuttosto che doverglielo poi imporre con la forza? Inoltre forse dovrebbe essere attivata una pratica all'Uvg, in modo da accertare la perdita di autonomia...

S. confida a pochi amici di aver molto timore di diventare come "gli altri", lui che è stato di conforto e sostegno a molti che se ne sono già andati...

Ma S. non subirà questo affronto: si assopisce un mattino presto, dopo aver fatto la barba, sulla sua poltrona, per non svegliarsi più, e così lo troverà l'ultima compagna, venuta a salutarlo con il caffè, come tutte le mattine.

Molte altre persone, invece, in struttura perdono, nel corso del tempo, l'autonomia, la libertà, le amicizie, la mente, soffrendo per il declino che a volte si protrae per anni e lottando con la struttura, accusata (non a torto, per l'esperienza soggettiva dei malati) di essere diventata un carcere.

La mancanza di familiari impone un compito di sorveglianza più delicato alla struttura, poiché non ci sono interlocutori con cui discutere e condividere percorsi assistenziali e di tutela. Può diventare un problema anche abbigliare gli ospiti soli, soprattutto dopo qualche anno dall'ingresso: se la pensione basta a malapena a coprire la retta, come acquistare indumenti nuovi?

Quando far intervenire il Servizio fasce deboli della Procura della Repubblica e chiedere strumenti di tutela? Non appena l'ospite manifesti problematiche fisiche, oppure confusione mentale?

Oppure si attende un peggioramento più notevole, per non pregiudicare la precaria situazione mentale dello stesso ospite, che potrebbe sentirsi prevaricato?

E se i familiari ci sono, ma si rifiutano di intervenire, finanziariamente e moralmente a favore del proprio congiunto, l'istituto può agire in modo da by-passare questo scoglio?

Gli attuali strumenti di cui gli istituti si stanno dotando (Pai, Carta dei servizi, cartella infermieristica informatizzata, nonché l'adeguamento ai Lea, Livelli essenziali di assistenza), oltre ad essere utili propriamente al funzionamento della struttura, possono diventare ottime occasioni per costruire un rapporto con i familiari fondato sulla condivisione di informazioni e

di un percorso di assistenza, sia a breve che a lungo termine, identificando chi tra il personale sia l'interlocutore migliore a questo scopo.

Ciascun vecchio entra in istituto con una storia di vita che comprende la sua famiglia, sia essa presente accanto a lui oppure molto distante: con essa la struttura si confronta fin dal primo incontro volto al ricovero e con essa deve diventare capace di dialogare, se intende superare la logica del posto letto a favore di una prospettiva di cura e riabilitazione, che nel tempo potrebbe arrivare ad includere anche un ritorno a casa, attraverso la formazione dei familiari all'utilizzo di tecniche di assistenza e, perché no, di regolazione delle emozioni che entrano nel campo delle relazioni in famiglia.

La stessa famiglia, ormai sempre più informata dei diritti propri e di quelli del malato, dovrebbe poter diventare interlocutore serio dell'istituto, superando logiche di contrasto e recriminazione, attraverso la conoscenza del funzionamento della struttura cui si affida nonché delle normative (regionali e nazionali) cui la stessa è soggetta.

Né la famiglia né l'istituto sono onnipotenti e capaci di rispondere a tutti i bisogni dei nostri anziani: insieme si possono costruire percorsi di assistenza che nel tempo possono modificarsi ed insieme va riconosciuta l'impossibilità di soddisfare completamente il vecchio, che si mantiene vivo proprio di questa ricerca continua e del rapporto, anche contraddittorio ed ambivalente, con coloro che ama.

\* Coordinatrici della Commissione gerontologia c/o l'Ordine degli psicologi del Piemonte.