

Il fondamento pedagogico sanitario del lavoro multidisciplinare in R.S.A.

Roberta Gerola

Direttore Casa Don Guanella a Barza (VA)

Abstract: L'articolo prende in esame il valore del lavoro d'équipe multidimensionale nei contesti di cura dedicati alle persone anziane. È il mezzo privilegiato per seguirle e aiutarle a dare valore alla loro vita nonostante le fragilità. Le R.S.A. hanno registrato numerosi cambiamenti dovuti all'emergenza pandemica tra i quali lo sviluppo di coalizioni e condivisioni nuove e importanti che impongono una ripartenza basata sulla definizione di un metodo che sostenga il lavorare insieme. Con riferimento ad una prospettiva che sollecita il riportare al centro la riflessione pedagogica, l'articolo evidenzia il ruolo di guida della pedagogia nella gestione delle strutture che desiderano qualitativamente rinnovarsi. Il concetto antropologico di "uomo educabile sempre aldilà dei suoi limiti" è cruciale per definire il fine verso il quale tendere lavorando in équipe: permettere all'anziano di essere valore in sé fino alla fine. Una sfida enorme che può essere affrontata attraverso un metodo che metta in relazione stretta pedagogia e medicina come ambiti scientifici specifici ma che possono integrarsi per originare la cura umanizzata svolta da operatori capaci di collaborare, progettare con competenza, qualità e professionalità. Questo è il fondamento per attuare un lavoro d'équipe multidisciplinare organizzato e ben definito capace di autoalimentarsi, crescere e modificarsi e che possa essere strumento congruente con i valori e le finalità di promozione umana.

Keywords: équipe multidimensionale, riflessione pedagogica, cura umanizzata, Pedagogia e Medicina, R.S.A, promozione umana

Abstract: The article examines the value of multidimensional teamwork in care contexts dedicated to elderly people. It is the preferred means to look after and help them to give value to their lives despite their fragilities. Nursing homes have undergone numerous changes due to the pandemic emergency, which have developed new and important coalitions and sharing that require a restart based on the definition of a method on which to found and define working together. With reference to a perspective that calls for bringing pedagogical reflection, the article highlights the guiding role of Pedagogy in the management of facilities that wish to strive when working as a team. The anthropological concept of "a person educable always beyond his limits" is crucial to define the goal towards which to strive by working as a team: allowing the elderly to value themselves until the very end. A massive challenge that can be addressed through a method that closely relates pedagogy and medicine as specific scientific fields that must necessarily work together to create a humanized treatment carried out by operators capable of collaborating and planning with competence, quality, and professionalism. This is the foundation for implementing a well-defined multidisciplinary teamwork capable of self-sustaining, growing, and changing and which can be a tool congruent with the values and goals of human promotion.

Keywords: multidimensional teamwork, pedagogical reflection, humanized treatment, Pedagogy and Medicine, R.S.A., human promotion

Introduzione

Ufficialmente si è concluso il periodo pandemico, siamo nel post pandemia e lo comunicano alle R.S.A. con un avviso che è arrivato tramite mail¹. Dopo 4 anni.

Per gli operatori delle R.S.A. la pandemia è stata una tragedia umana colossale: la morte, la paura, il senso d'impotenza e la marginalità in cui si sono trovati hanno originato uno sfinimento con il quale stanno ancora facendo i conti (Ferrucci et al., 2021). Ora che l'emergenza sanitaria si è conclusa, si deve risalire la china e valorizzare ciò che, in quell'anno di attesa del vaccino, ha aiutato: lavorare insieme, combattere uniti un nemico invisibile, cruento, estremamente aggressivo con armi poco adatte come le mascherine, i disinfettanti, l'ossigeno e la distanza. Gli operatori sono stati molto uniti nel lottare, proprio quando la distanza fisica era un obbligo. Questo articolo vuole partire da qui, da questo ricordo forte e vivo. Non ci sono dubbi sull'efficacia del lavoro multidisciplinare e sul grande impatto psicologicamente positivo che l'uomo ha quando si sente parte di una squadra che opera per un fine ben conosciuto e riconosciuto (Mariani, 2013).

È il momento che questa modalità operativa, tanto evocata e invocata nelle R.S.A., diventi prassi e dimostrare che pedagogia e medicina, integrandosi, possono garantire e fondare il vero lavoro multidisciplinare che impegni tutti i professionisti ad unirsi per dare valore alla vita dell'anziano rispettandone la libertà, la storia e le emozioni. È necessario creare un supporto integrato che mantenga la persona al centro dell'intervento (Musaio, 2021).

È importante mantenere l'attenzione sull'evoluzione dei centri di accoglienza per gli anziani per capire che si è in cammino e che è necessaria una continua crescita qualitativa che accolga anche la possibilità di un grande cambiamento: l'inserimento del pedagogo come figura obbligatoria nelle R.S.A. a garanzia di un vero lavoro multidisciplinare.

Da ospizi a R.S.A.: la storia

L' 'ospizio di carità' è un termine risalente al XIX secolo, e indicava quelle strutture, solitamente gestite da religiosi, che accoglievano la popolazione in condizione di indigenza e grave marginalità. (Brogi & Frabetti, 2013).

Vi erano gli anziani, ma in numero limitato perché l'aspettativa di vita era decisamente bassa e le famiglie erano in grado di accudirli in casa, grazie alla presenza delle donne. Questa situazione rimane invariata per molto tempo; gli anziani gravi andavano negli ospedali e poche erano le strutture dedicate solo a loro. Il cambiamento davvero importante avviene nel dopoguerra per diversi fattori: le donne escono di casa per lavorare (Pescarolo, 2020), la vita si allunga ma diventano molti gli anni di inattività e non autosufficienza, si eleva il numero degli anziani necessitanti di aiuto e sostegno, le case restano vuote per la maggior parte della giornata, viene meno la solidarietà tra vicini e vi è maggior individualismo. Si sviluppano molte case di riposo che rispondono ad un'esigenza sociale, non solo per gli anziani soli ma per tante famiglie, di tutti i ceti. Nascono dal desiderio della Società di dare aiuto assistenziale agli anziani; il medico resta quello di famiglia e solo occasionalmente ne viene richiesta la presenza. Tutto cambia negli anni '90 quando le R.S.A. si inseriscono operativamente nello scenario socioassistenziale:

strutture per anziani e soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui, finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale (L. 67/1988, art.20)

Questa decisione porta alla sanitizzazione delle case di riposo perché vi è la necessità di un livello alto di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) che possa garantire la miglior cura alle persone anziane, dimesse dalle geriatriche perché stabili, ma così gravi da non poter tornare a casa. Questa trasformazione è stata difficile e ha richiesto molti anni e, in assenza di un modello di

¹ Si riporta il testo della comunicazione inviata alle RSA. Oggetto: Ritorno al Regime Ordinario in riferimento alla DGR 1125/2023. Con la presente si trasmette la nota regionale prot.n. G1.2024.0004230 del 6/02/2024 di cui all'oggetto, comprensiva del bollettino "Influnews settimana 03-2024" con la quale si comunica il ritorno al Regime Ordinario in conformità alla DGR 11/25/2023.

riferimento, si è ispirata alle geriatriche adottandone l'organizzazione e l'ambientazione; scompaiono i mobili portati da casa, cambiano i colori, prevale la funzionalità e la depersonalizzazione degli ambienti. La razionalizzazione dell'intervento per curare la malattia e per dimostrare l'efficienza del contesto origina la canalizzazione dell'attenzione sulle regole, i protocolli, le procedure, le prestazioni, il minutaggio, distogliendola dalla persona anziana che presenta tante malattie.

La sanitarizzazione delle R.S.A. è stata necessaria, ma non avrebbe dovuto essere l'unica priorità. Avrebbe dovuto essere affiancata dallo sviluppo delle competenze pedagogiche necessarie a mantenere l'atmosfera di casa all'interno di questi enti. L'obiettivo è che le R.S.A. diventino luoghi dove si aiuta e si sostiene la persona anziana con dignità, dove l'empatia e la relazione umana si uniscono alla professionalità degli operatori. È importante che continuino a evolversi in questa direzione. In questo progetto la pedagogia è fortemente necessaria.

La pedagogia come guida

Le istituzioni si rendono conto del pericolo di un'eccessiva sanitarizzazione, e cercano di colmare questa lacuna con modifiche legislative che portano alla sostituzione della figura dell'animatore con quella dell'educatore con l'obbligo di formazione universitaria (L. 27 dicembre 2017, n.205). È ormai chiaro che il bisogno dell'anziano va ben oltre la parte ludica. Il sostegno e la progettualità necessitano di professionalità e basi antropologiche salde. Nel 2001 la Regione Lombardia richiede il lavoro in équipe per lo sviluppo del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) con l'indicazione di coinvolgere la famiglia e la stessa persona assistita (DGR del 14 dicembre 2001, n.7435). L'attenzione alla persona fragile e alla sua famiglia è competenza pedagogica e deve essere affidata ai professionisti di questa disciplina. Serve un'accurata definizione del ruolo a livello legislativo ma serve anche promuovere la cultura della pedagogia come scienza che deve utilizzare le proprie competenze metodologiche ed organizzative anche per aiutare l'uomo nell'anzianità (fase evolutiva delicata e altamente problematica). Attualmente chi lavora in R.S.A. si occupa solo di interventi diretti verso l'anziano ospitato come garanzia che la persona venga considerata in tutte le sue esigenze. Non è unendo interventi che si svolgono a sé stanti che si origina la presa in carico integrata della persona, ma è la consapevolezza della necessità di unico intervento fatto da professionisti diversi. La considerazione olistica dell'uomo (Smuts,1926) scontata nella cultura orientale non lo è in quella occidentale dove la distinzione tra mente e corpo si fonda su principi religiosi, scientifici e filosofici (Messina, Barbaro,2008). Platone e Aristotele consideravano corpo e anima soggette a leggi diverse e il dualismo cartesiano ha influenzato fortemente il pensiero occidentale. Il Cristianesimo separa il corpo e l'anima, uno mortale e l'altra immortale; uno strumento dell'altra. L'illuminismo si concentra sulla ratio. La medicina occidentale per molto tempo si è focalizzata sulla cura del corpo, sullo studio dell'anatomia, sulla ricerca, anche per le malattie della mente, di cause fisiche e di rimedi farmacologici portando ad una considerazione riduttiva del termine cura. L'importanza di integrare gli aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali dell'essere umano per il benessere complessivo è un'attenzione recente. La considerazione della cura nella medicina integrativa sviluppatasi nel XX-XXI secolo (Rakel-2002) considera l'approccio alla persona malata e non al paziente considerando sintomi fisici, aspetti mentali e psicologici, sociali ed emotivi e si pone come fine, non la guarigione dalla malattia, ma il benessere di chi è stato colpito ed è qui che la Medicina si apre ad altre scienze. Questo approccio non è così scontato nelle comunità per anziani perché culturalmente siamo portati a considerare gli anni tra gli 80 e i 100 sopravvivenza, spogliandoli di senso. È facile allontanarsi dal concetto antropologico di uomo educabile sempre, tendente al miglioramento grazie alle sue risorse interne e agli aiuti che può ricevere (Musaio, 2010) quando parliamo di persona anziana, come se esistesse un tempo per essere considerato valore. Questa tendenza è dovuta alla cultura dell'efficientismo e del perfezionismo in cui chi non è autonomo ed è dipendente, perde considerazione. Nessuno si prepara alla vecchiaia, a vivere il proprio decadimento con serenità e per questo si evita di farsi coinvolgere, se non per obbligo, nella conoscenza dell'assistenza all'anziano. Si continua a parlare di corpo, di mantenimento dell'efficienza, di contrasto alla malattia e poco dell'emozione e dello stress psicologico che accompagna il perdere efficienza e forza; è più facile concentrarsi sulla parte fisica. Purtroppo, il danno maggiore dei nostri anziani è quello cognitivo e l'accettazione è per tante persone difficilissima (Morton, 2004). L'uomo moderno va educato

all'invecchiare e a considerare questa parte della vita un dono e ad impegnarsi affinché ci sia attenzione per chi, in quell'età, ha grandi fragilità. La medicina non basta quando si parla di uomo fragile, malato, disabile, con necessità che riguardano la sfera intellettuale e fisica e con le ripercussioni sulla sua stabilità e su quella di chi gli vuol bene. L'anziano che accede in R.S.A. è una persona che ha vissuto nel sociale in modo autonomo e che non è più in grado di farlo. Soffre a livello psicologico poiché sta vivendo la parte finale della sua vita in una condizione di grande dipendenza oppure ha perso il contatto con la realtà ed ha bisogno di chi capisce la demenza e aiuta la famiglia a rimanergli vicino e ad aiutarlo a mantenere la sua dignità; ha dolori, ha un corpo che perde capacità. La pedagogia deve unirsi alla medicina nel dirigere le comunità che accolgono queste persone e le loro famiglie perché non va dimenticato che il sostegno alla famiglia nelle R.S.A. non deve essere occasionale o sporadico, deve essere costante. L'accompagnamento nell'ultima parte della vita spesso avviene in R.S.A. e, nella gestione, deve esserci un percorso valido e sostenuto. Morire soli non è più l'unione di un verbo e un aggettivo che sembra far parte dell'impossibile. La generazione che ha vissuto il covid deve far di tutto affinché questo non accada mai più (Bormolini, Manera 2020).

Metodo pedagogico sanitario

In una R.S.A. le necessità degli Ospiti sono molto complesse e richiedono un approccio multidisciplinare integrato (Longoni, Musto, Picchioni, 2012). Sono molteplici aspetti da considerare: la salute fisica e mentale, la socializzazione, la nutrizione, la terapia occupazionale, la terapia fisica, la gestione dei farmaci, la famiglia, i desideri.

Affrontare questi bisogni in modo isolato, con interventi puntiformi e separati, non garantisce la migliore qualità di vita per gli Ospiti. È necessario un team di professionisti che collaborino e si coordinino tra loro, condividendo conoscenze e competenze al fine di fornire un supporto completo e integrato. Solo attraverso una visione olistica e un lavoro di squadra multidisciplinare è possibile ottenere un accompagnamento adeguato degli ospiti, tenendo conto della complessità dei loro bisogni e delle sfide che devono affrontare. Così sarà possibile offrire loro un supporto completo e rispondere in modo efficace alle loro esigenze (Vigorelli, 2011). Sono concetti di cui si parla da tanto tempo; si è coscienti che non se ne può fare a meno ma come attuare questa modalità? Mettere in pratica questa evidenza in modo occasionale, non strutturato e lasciato alla libera scelta di chi lavora, non è l'optimum, si perde tempo ed energia e si rischia di non farlo bene o di non farlo affatto.

Si deve far riferimento ad una metodologia che aiuti gli attori del cambiamento a compiere meno errori e ad avere una guida per realizzare l'approccio multidisciplinare.

Serve un metodo per attuare il lavoro multidisciplinare in R.S.A. che consideri quello ormai collaudato del lavoro in squadra delle aziende (Malagutti, 2018) ma che deve essere specifico e ispirato.

Partiamo dal chiarire il fine, la mission verso la quale ogni operatore che lavora in una R.S.A. deve tendere; questo aspetto è fondamentale e non scontato. Le comunità per anziani nella storia hanno avuto intenti diversi; sono nate per dare sostegno, sono evolute nell'assistenza, poi nella cura, ora nell'approccio olistico ma sempre hanno risposto al bisogno della persona accolta.

Nelle Carte dei servizi si deve, per decreto-legge, indicare la mission. Ogni R.S.A. propone la sua come se fosse un tema da svolgere, ma non è così, la mission è una, non è necessario che ogni R.S.A. ne espliciti una diversa. La mission è sempre la stessa: tendere al bene della persona che accogliamo attraverso ogni mezzo a noi a disposizione. Il concetto antropologico dell'uomo che ha valore in ognuna delle sue età (Galli, 1984) deve essere alla base dell'intervento volto a permettere ad ogni persona di essere accolta e sorretta al di là della sua fragilità che si manifesta con malattie terribili che minano il fisico e soprattutto la mente portandola in mondi quasi inaccessibili. Tutte le discipline coinvolte devono asservirsi a questo intento ma è evidente che non è facile ed è per questo che serve chi ne diriga e tuteli la realizzazione.

Quando si parla di lavoro multidisciplinare si elencano le persone che hanno un contatto diretto con l'Ospite ma il gioco di squadra inizia dal coinvolgimento forte di tutti gli operatori e questo tutti non esclude nessuno e certo porta sul campo direttori e coordinatori che è sempre difficile nominare quasi fossero a margine ma che invece operano fortemente nel 'dirigere verso...'

In una mission che vede l'uomo al centro dell'interesse, la Direzione deve necessariamente essere pedagogica e poiché la persona di cui si parla ha fragilità che richiedono cure è fondamentale che essa

sia anche sanitaria. Il Responsabile sanitario è previsto ed è sempre presente, ma il direttore solitamente è un amministrativo (scienze politiche, economia, ...) e il coordinatore è sempre infermieristico. Questa scelta è un grande errore strategico perché viene a mancare quella bipolarità (pedagogia e medicina) che è fondamentale e necessaria. Questa abitudine non è fondata e deve cambiare. La Direzione fa la differenza se è capace di fondere le due discipline in un lavoro comune e continuo in grado di dare basi forti e concrete alla multidisciplinarietà dell'intervento.

La Direzione deve essere pedagogica e sanitaria.

Una sfida che può essere affrontata attraverso un metodo che metta in relazione stretta pedagogia e medicina come ambiti scientifici specifici ma che devono integrarsi per originare una cura umanizzata svolta da operatori capaci di collaborare, progettare con competenza, qualità e professionalità (Zanotti, Furlan, Angeli, 2007). L'integrazione tra pedagogia e medicina non è una novità, è applicata nei confronti dei bambini e degli adolescenti in ospedale per fornir loro sia cure ma soprattutto supporto che li aiuti ad affrontare stress ansia paura e sconforto legati alle malattie e ai deficit che ne conseguono (Caso, 2015). L'interazione tra pedagogia e medicina in contesti psichiatrici è comunemente utilizzata e fonda l'intervento multidisciplinare che coinvolge oltre ai professionisti anche la famiglia. L'approccio integrato favorisce la comprensione dei bisogni del paziente avviando lo sviluppo di progetti più congruenti (Palmieri, Gambacorti Passerini, 2019).

Ancor più evidente e accettata è la collaborazione tra pedagogia e medicina nella gestione della tossicodipendenza sia in istituto che nelle riabilitazioni sociali. In questo contesto il sostegno alla famiglia è dato proprio dall' équipe che comprende il medico, il pedagogo, lo psicologo.

Nei nuclei Alzheimer, in particolare, ma in tutte le R.S.A. serve l'integrazione tra terapia farmacologica e non farmacologica che prevede un approccio di cura fortemente personalizzato basato su progetti che, come spiega Moyra Jones, devono "cercare l'individuo che sta dietro alla malattia" (Gentlecare-2005, pag.159).

La pedagogia spesso viene considerata nell'arcaica accezione di scienza per l'educazione del bambino e, in quest'ottica, si può capire perché non la si consideri nella cura dell'anziano. Ma la pedagogia è ben altra scienza e si occupa di tutte l'età dell'individuo soprattutto in presenza di fragilità; quindi, non c'è motivo perché venga estromessa dalle R.S.A.

La Direzione deve essere formata da un pedagogo e da un medico che devono essere l'esempio della collaborazione, della capacità di fondere le proprie competenze, avvantaggiandosi delle diverse conoscenze e capacità. Il lavoro d'equipe che ne discende non può che avere la stessa connotazione perché ne viene richiamata e se ne riflette. Questo è il principio fondamentale. È la base per attuare un lavoro d'equipe multidisciplinare organizzato e ben definito che possa essere strumento congruente con i valori e le finalità di promozione umana e capace di autoalimentarsi, crescere e modificarsi. Discendendo da questa unione, il metodo ha caratteristiche chiare e può declinarsi in indicazioni specifiche e ben delineate che mantengono sempre evidente il principio antropologico di uomo a cui si è fatto riferimento.

Gli interventi multidisciplinari

In R.S.A. l' équipe è obbligatoria per elaborare il P.A.I. (progetto assistenziale individualizzato), acronimo antico e improprio perché è in realtà un progetto per aiutare la persona e che utilizza le capacità e la volontà degli operatori e le risorse dell'anziano e della sua famiglia. L'anziano è una persona e non è passiva solo perché entra in R.S.A. Le persone affette da demenza hanno costruito micro-progettualità stupefacenti per mantenersi autonome e questo desiderio di combattere la malattia dobbiamo sempre considerarlo presente non fosse altro per il rispetto verso la lotta iniziata tanto tempo prima dell'accesso in R.S.A (Franco de Felice, 2008).

Questo obbligo dà l'impressione che l' équipe abbia bisogno di un luogo e un tempo per potersi formare. Il metodo pedagogico sanitario vuole un lavoro multidisciplinare continuo non occasionale. L' équipe non deve essere fatta solo per la costruzione del P.A.I., strumento che subisce controlli minuziosi da parte dell'ATS, ma deve essere fatta per la persona che stiamo aiutando. Tutto il lavoro svolto in R.S.A. dai vari professionisti deve fondersi, sostenersi, indirizzarsi. Non è facile ed è scomodo e quindi si deve lavorare per dimostrarne l'efficacia. Questo avviene nelle criticità, ad esempio gli assistenti da soli non possono gestire un malato con disturbi comportamentali gravi (urlo continuo, *wandering* acceso, richieste continue e irreali), serve la terapia farmacologica unita alla non

farmacologica alla quale tutti sono chiamati a partecipare perché si cerca di capire il bisogno e si fanno tentativi d'intervento con approcci diversificati, avvalendosi anche della famiglia. Questo è il vero lavoro in R.S.A. ed è l'unico modo per mantenere viva l'attenzione e la motivazione. Le riunioni sono importanti ma sono solo promotrici e verificatrici della multidisciplinarietà già in atto.

Le riunioni devono essere fatte sempre:

- per problematiche che derivano dal disturbo comportamentale di un anziano
- per migliorare un'attività (es. pranzo)
- per modificare la quotidianità della comunità (cambio di orari)
- per la costruzione di uno strumento il P.A.I. che descrive ciò che è stato messo in atto per la persona a cui si riferisce
- per rielaborare le criticità sorte e sviluppare da esse migliori prassi.

Questi incontri hanno bisogno di un mediatore che mantenga tutti gli operatori sull'obiettivo fissato che deve essere definito, delimitato e chiaro e che sintetizzi le proposte. La tecnica è sempre il Problem solving che è semplice e utilizzabile per ogni progetto in R.S.A. e deve essere accompagnato dal non giudizio perché colpevolizzare è inutile e sterile.

Si individua il bisogno con l'osservazione attenta e con una tempistica che permetta una valutazione realistica, deve essere effettuata da tutti i professionisti in modo che, all'incontro, tutti abbiano sviluppato una propria idea d'intervento e soprattutto la volontà di miglioramento. Solo in questo modo si può avere la condivisione dell'intento che è fondamentale per la continuità dell'intervento stabilito perché spesso nelle R.S.A. iniziano progetti bellissimi ma non condivisi o realistici che scompaiono ingoiati dall'emergenze, dalla routine.

Nella riunione si ascoltano gli interventi proposti, il fine deve solo essere enunciato perché, se ancora non lo si è condiviso, la riunione è inutile e quindi da chiudere. Gli interventi devono essere sintetici, semplici, deve essere chiaro chi deve farlo, come deve attuarlo e la tempistica. A questi incontri deve partecipare la direzione perché ogni intervento stabilito deve immediatamente essere autorizzato e per farlo la direzione deve partecipare a tutto il processo e non solo essere interpellata per eventuali finanziamenti. Per dirigere bisogna capire, sapere, vedere e progettare; la conoscenza delle dinamiche, della coesione, dell'entusiasmo degli operatori è importante e fondamentale. Ogni cambiamento delle attività coinvolge tutta la comunità e crea la sua storia; pertanto, la multidisciplinarietà è la base della stabilità che non deve essere mummificazione ma adeguamento continuo alle necessità. Ricordiamo che le persone accolte non sono stabili e sono in continuo mutamento, chi lavora in R.S.A. sa che ogni giorno ci sono problematiche da affrontare, che tutti i servizi sono fondamentali e che per ogni cambiamento e bisogna considerare l'impatto delle variazioni. Questo è compito di chi dirige e di chi coordina che devono essere i facilitatori. Solo con una corretta informazione è possibile arginare la polemica e la resistenza al cambiamento che è un ostacolo al rinnovamento.

Tutti i partecipanti all'incontro devono prendersi carico della progettualità decisa così da potenziare il coordinatore che la dirigerà e ne verificherà l'efficacia. Dilungarsi sulla pratica del Problem solving è importante perché l'uso appropriato è necessario per un buon lavoro e per la crescita personale. Troppo poco si parla di progettualità nelle università, negli istituti, nelle scuole, nei corsi eppure è elemento essenziale per chi lavora. Spesso vi è la critica verso le decisioni calate dall'alto, critica giusta perché la verticalizzazione non porta buoni risultati ma questa modalità può essere combattuta solo se le persone si sentono importanti e attive, portando idee e suggerimenti e non solo sterili critiche. Tutte le professionalità coinvolte devono avere l'opportunità di sentirsi protagonisti, parte di un progetto di cui si è stati promotori. La responsabilizzazione è un obiettivo di crescita importante per sviluppare motivazione e autostima ma implica volontà, attinenza all'obiettivo delineato, partecipazione razionale e di cuore (San Luigi Guanella 1842-1915).

Struttura pedagogica della resilienza

Il lavoro multidisciplinare non è un ente astratto ma una metodologia che deve essere applicata da persone e, nonostante l'evidenza della necessità di promuoverla e realizzarla, gli ostacoli sono molteplici. "Entrare nelle professioni che sono dedicate all'uomo richiede, dunque, una particolare predisposizione" (Andreoli, 2018, p.15), non sempre le persone che lavorano nelle R.S.A. hanno sviluppato un'attenzione all'uomo e al suo valore e quindi non è inusuale dover avviare una crescita

umana dell'operatore stesso che può ostacolare i vari progetti. Possiamo riassumere le difficoltà con il termine "resistenza al cambiamento" (Stewart, Joines, 1990) che nella progettualità deve essere sempre considerata. L'équipe è composta da persone con i loro problemi, le loro difficoltà che hanno un approccio al lavoro e relazionale molto differente. Lavorare in équipe è una modalità operativa che presuppone che ogni individuo coinvolto vi si riconosca poiché serve accettazione, partecipazione, coinvolgimento e crescita e non tutti sono disponibili a mettersi in gioco.

Bisogna attivare o inibire le forze che, rispettivamente, possono favorire o ostacolare il lavoro multidisciplinare considerando che, a volte, le motivazioni sono consce (non riconoscimento del valore) ma spesso sono inconscie (paura del nuovo). Frequente è l'immobilità derivante dal confort dato dal rimanere in posizioni scomode, criticate, che sono poco adatte ma che, essendo conosciute e abituali, ancorano al vecchio modo di lavorare settoriale e diffidente.

Ascoltando gli operatori spesso si sente definire mio ambito, mio compito il loro operare; è necessario intervenire perché l'articolo possessivo utilizzato evidenzia la necessità di definire i confini per paura che l'altro invada lo spazio con atteggiamento critico. L'uomo è fatto così; la critica fine a sé stessa è una modalità relazionale molto diffusa. L'agire che porta l'altro a chiudersi va ostacolato (Midgley, 2002).

È con la pratica continua e il rispetto dell'altro che il lavoro multidisciplinare può concretizzarsi. È complesso ma possibile. Il primo aiuto per realizzarlo è proprio l'ispirazione data dalla Direzione pedagogico-sanitaria che crea il 'nucleo esempio', un modello di ruolo in cui le professionalità vengono rispettate e si uniscono e si potenziano per un migliore e più consapevole operare. Non è un corso che può cambiare l'approccio, ma l'esempio e il fortificare le buone prassi, serve una supervisione e una formazione sul campo continua e quotidiana.

La pedagogia della resilienza serve a tutelare il progetto di multidisciplinarietà lavorando affinché le persone si adattino positivamente al cambiamento, riconoscano la validità e la motivazione che sono alla base di questo metodo e affrontino questa sfida come occasione di miglioramento.

Chi dirige e organizza deve considerare le relazioni di gruppo ma anche aiutare il singolo; il pedagogo deve strutturare gli incontri di gruppo in modo che si crei una rete di sostegno, che le persone imparino come comunicare tra loro, che le relazioni siano significative e che chi partecipa sia pronto ad offrire ma anche a ricevere aiuto. Mantenere relazioni circolari di apprendimento (Musaio, 2020) origina la crescita ed è il metodo di lavoro pedagogico per eccellenza. È consigliabile non accogliere le critiche verso l'altro ma aiutare gli operatori a gestire il confronto diretto. Questo origina chiarimenti e inibisce le interpretazioni (Berne, 1961); intervenire nelle dinamiche relazionali disfunzionali (competizione, svalutazione, denigrazione, aggressione, manipolazione) è opportuno per aiutare a sviluppare una comunicazione chiara e corretta, creare momenti di parola informali che originino lo stare insieme oltre i compiti lavorativi. Molto utili sono i momenti di transizione tra la fine di un turno e il ritorno a casa in cui si possono fare commenti sul lavoro e le difficoltà del turno, questo è il momento migliore per creare l'alleanza e rafforzare la motivazione e l'autostima.

Conclusioni

L'inserimento degli educatori nelle R.S.A. e il riconoscimento della necessità di formazione specifica è recente, così come lo è il passaggio da animazione ad intervento educativo. L'evidenza dell'autorevolezza della pedagogia nella direzione delle R.S.A. avrà bisogno di tempo, ma l'impegno nell'attuare un adeguato lavoro multidisciplinare è attuabile e possibile e può essere di esempio. Le R.S.A. potrebbero essere Centri di cura dell'anziano e questo cammino è iniziato grazie alla misura dell'R.S.A. aperta (D.G.R. del 17.01.2018, n. 7769) in cui il lavoro multidisciplinare va al domicilio e si apre al coinvolgimento della famiglia. Serve fortemente una pedagogia dell'area anziani che possa essere applicata in tutti i contesti di cura soprattutto quando ancora l'anziano è al domicilio con competenze sufficienti. Nonostante la lentezza di alcuni processi, la realtà cambia velocemente e "i dati del Global Action Plan 2017-2025 dell'OMS indicano che nel 2015 la demenza ha colpito 47 milioni persone in tutto il mondo, una cifra che si prevede aumenterà a 75 milioni entro il 2030 e 132 milioni entro il 2050, con circa 10 milioni di nuovi casi all'anno" (Ministero della Salute, 2024). La demenza purtroppo non ha cura farmacologica e in questa esigenza sociale, economica e sanitaria serve che il trattamento dei disturbi comportamentali sia affidato agli educatori (De Felice, 2017).

Tanto è stato ottenuto per curare con farmaci patologie del corpo e della mente, ma la demenza sfugge da questo controllo ed è la sfida più grande che viviamo in questo secolo. L'approccio non farmacologico ha portato ad un'attenzione massima alla persona e alla valutazione delle sue reazioni ai danni cerebrali che ha evidenziato che il setting, le persone e le attività possono davvero fare la differenza nel dare benessere e aiuto a famiglia e malato.

La pedagogia deve entrare nelle R.S.A. e integrarsi con la Medicina e per osmosi, trasmettere il concetto di integrazione come collante delle varie discipline e deve avere la volontà di estendere il lavoro multidisciplinare oltre le mura delle R.S.A. o far diventare queste comunità domiciliari anche centri ambulatoriali per aiutare chi al domicilio si trova in difficoltà.

Si chiede tanto ai pedagogisti che devono sviluppare uno sguardo attivo verso questa marginalità e c'è bisogno di percorsi universitari che li guidino a sviluppare le competenze, la progettualità e l'assunzione di un ruolo. Come l'infanzia tutti attraverseranno l'anzianità e questi 20 anni di vita devono essere capiti, conosciuti, scandagliati, visti, utilizzando metodologie e tecniche per affrontare le criticità che vi si incontreranno. Serve la pedagogia per affrontare con serenità lo scadere del tempo a disposizione dell'umano e per mantenere, anche nella incapacità fisica e mentale, il legame e l'interazione tra i membri della famiglia. Deve affrontare le riflessioni sul senso della vita degli Ospiti, dare l'aiuto a mantenere un amore per il proprio corpo che decade, per sopportare il dolore, scovare la gioia del tempo, della musica, dell'arte, della natura, dell'amore e della preghiera. I pedagogisti hanno, in potenza, tutta la conoscenza per poter affrontare bene questi aspetti e fare la differenza nella Cura. Se entrano in R.S.A. senza aver ben chiaro il loro ruolo e la loro competenza si troveranno in una marginalità professionale negativa e inutile, invece devono essere promotori del lavoro multidisciplinare e aiutare a mantenere la chiarezza del fine del loro lavoro. Devono avere conoscenza anche del sanitario perché, seppur mantenendo il proprio ambito e il proprio agire, devono capire e conoscere il linguaggio e le competenze dell'altro. Il pedagogo deve conoscere le dinamiche familiari per poter intervenire e sostenere in modo professionale. Deve essere pronto a lavorare sull'alleanza, sul senso di colpa, deve supportare, deve aiutare il familiare ad essere risorsa e mai ostacolo. Deve conoscere ogni specifica dinamica dell'aging. Troppi studenti vogliono applicarsi in un unico settore con una considerazione sbagliata del loro ruolo. L'essere pedagogo non si conclude nel fare un intervento ma è l'aver uno sguardo sul bisogno, aperto e ampio e non ristretto ad un'area di competenza. È una missione poiché è una scienza che si mette a disposizione dell'uomo anche per un cambiamento culturale che deve avere la forza di essere inclusivo. Sarebbe preoccupante se la pedagogia non ponesse tutta la sua attenzione all'area anziani che sarà prevalente tra poco. Se non si preparerà a farlo come scienza sarà molto difficile proteggere un'umanità così problematica.

Quando le istituzioni impongono dei requisiti, tutte le strutture contrattualizzate, che cioè ricevono contributi, si adeguano velocemente. Nei tavoli di lavoro, dove si progettano gli interventi nei confronti dell'anziano è necessario che si faccia attenzione ad includere tutte le professionalità coinvolte includendo necessariamente il pedagogo. Tali tavoli difficilmente lo includono mentre la parte sanitaria è ben rappresentata. Questo è un nodo critico. Henry L. Gantt usa questo termine quando parla di gestione di progetti ed è proprio così perché è importante che la multidisciplinarietà abbia basi forti e le trova nella pedagogia che deve essere riconosciuta come necessaria dove si progetta l'intervento legislativo in modo da dare indicazioni alla cura complete e giuste.

L'ultima relazione dell'Istat evidenzia un cambiamento demografico in progressione in cui la popolazione anziana supererà di molto quella adulta con ripercussioni economiche e sociali che devono essere considerate al più presto. L'età anziana va suddivisa in tante parti e l'intervento progettuale deve essere protesico, deve cioè creare servizi che sostengano il bisogno che gradatamente diventa più necessario.

Ci sarà l'anziano ancora inserito nel mondo produttivo poiché si ipotizza la mancanza di forza lavoro, l'anziano in grado di autogestirsi ma necessitante di supporto poiché spesso è la paura e la solitudine che porta l'anziano in ambulatorio o in ospedale. Si dovrà lavorare molto con chi è a casa per farlo restare in una condizione di cura e supporto sociale; la progettualità si avvarrà della tecnologia ma questa dovrà essere controllata poiché se si interviene con una sanitarizzazione tecnologica serve supervisionare ancor di più che l'anziano sia considerato persona e non problema. La pedagogia deve studiare questi aspetti per elaborare strategie d'intervento che gli educatori possano attuare con competenza.

La pandemia, che si è dimenticata troppo in fretta, ha visto nell'emergenza persone che hanno dovuto fare scelte necessarie e tremende per dare l'ultimo respiratore disponibile a chi ne aveva bisogno. L'anziano era l'ultimo. È stato giusto così perché gli stessi anziani in R.S.A. non volevano venir prima degli altri 'io ho vissuto ormai', 'prima le donne e i bambini, frasi da cinema ma frasi vere.

Alla pandemia non eravamo minimamente preparati ma a quello che sarà la necessità della popolazione che invecchia, dei giovani che saranno 'quegli anziani da assistere' bisogna essere culturalmente e organizzativamente preparati per non trovarsi in emergenza e fare scelte umanamente sbagliate, per non essere in condizioni di dover scegliere chi aiutare.

Bibliografia

- Amadini, M., Bruzzone, D., Musaio, M., Triani, P., Zini, P. (2023). *Pedagogia generale. Temi fondamentali dell'educazione*. Vita e Pensiero.
- Andreoli, V., (2018). *L'operatore del benessere. La via per vivere il meglio possibile*. Marsilio editore.
- Berne, E. (1961). *Analisi transazionale in psicoterapia*. Astrolabio.
- Bormolini, G., Manera, S., Testoni, I. (2020). *Morire durante la pandemia*. Edizioni Messaggero.
- Broggi, R., & Frabetti, A. (2013). *L'ospizio di carità a Firenze: la costruzione di una struttura assistenziale moderna nell'Ottocento*. Edifir.
- Caso R. (2015). *Bambini in ospedale. Per una pedagogia della cura*. Edizioni Anicia.
- De Felice, F. (2008). *Il trattamento psicologico delle demenze*. FrancoAngeli.
- Ferrucci, R., Demartini, M.R.R., Ruggiero, F., Nistico, V., Priori, A. (2021). *Durante un'epidemia. Aspetti psicologici e psicopatologici legati alla pandemia di Covid-19*. Erikson.
- Figlie di Santa Maria della Carità e altri autori, (2003). *Con fede amore e competenza; profilo dell'operatore guanelliano*. Editrice Nuove frontiere.
- D.G.R. 7435 del 14.12.2001 Regione Lombardia.
- Fiocchetti, S., & Diotallevi, C. (2010). *L'ospizio di carità a Bologna (1847-1859): politiche assistenziali e istituzionali nell'Ottocento*. Bononia University Press.
- Galli, N. (1984). *Pedagogia dello sviluppo umano*. La Scuola.
- Jones, M. (2005) *Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Carocci.
- Longoni, B., Musto, A., Picchioni, E. (2012). *Fatica e bellezza del prendersi cura*. Maggioli Editore.
- Mariani, V. (2013). *Lavorare in team. Manuale per i servizi alla persona*. Elledici.
- Malagutti, D. (2018). *Fare squadra. Psicologia dei gruppi di lavoro*. Il Mulino.
- Mazzucchelli F. (2019). *Essere anziani oggi*. Franco Angeli.
- Messina, C.S., Barbaro Paparo, S. (2008). *Medicina occidentale e medicina tradizionale cinese. Profili Storico-Filosofici. Ipotesi a confronto*. Aracne.
- Midgley, D. (2002). *Counselling ed Analisi Transazionale Nuove strategie*. Centro Scientifico editore.
- Morton, I. (2004). *La persona con demenza*. Erikson.
- Musaio, M. (2021). *Persone anziane e cura: riflessioni pedagogiche e narrazioni nel tempo della pandemia*. Studium edizioni.
- Musaio, M. (2020). *Dalla distanza alla relazione Pedagogia e relazione d'aiuto nell'emergenza*. Mimesis edizioni
- Musaio M. (2010). *Pedagogia della persona educabile: l'educazione tra interiorità e relazione*. Vita e pensiero.
- Newell, A. & Simon, H. (1972). *Human problem solving*. Prentice Hall.
- Goleman, D. (1996). *Intelligenza Emotiva*. Rizzoli.
- Legge 67 del 11 marzo 1988. *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*.

- Legge 205 del 27 dicembre 2017. *Legge di Bilancio. Misure in tema di società partecipate, operanti nel settore del trasporto pubblico locale.*
- Palmieri, C., Gambacorti Passerini, M. B. (2019). *Il lavoro educativo in salute mentale. Una sfida pedagogica.* Edizione Guerini Scientifica.
- Pescarolo, A. (2020). *Il lavoro delle donne nell'Italia contemporanea.* Viella Libreria Editrice.
- Rakel, D. (2017). *Medicina Integrativa.* Elsevier Science - Health Science.
- Scarcella, C., Guerrini, G., Ramponi, J.P., Trabucchi, M. (2014). *Manuale d'igiene e organizzazione delle residenze sanitarie assistenziali.* Maggiori editore.
- Smuts, J.C. (1926). *Holism and evolution.* Macmillan Ltd.
- Stewart, I., Joines, V. (1990). *L'analisi Transizionale.* Garzanti.
- Venza, V. (2007). *Dinamiche di gruppo e tecniche di gruppo nel lavoro educativo e formativo.* Franco Angeli.
- Viafora, C., Zanotti, R., Furlan, E. (2007). *L'etica della cura.* Franco Angeli.
- Vigorelli, P. (2011). *L'approccio capacitante.* Franco Angeli.