

VALENZE EDUCATIVE DEL RAPPORTO MEDICO E PAZIENTE IN QUARTA ETÀ

Professione

CHIARA MAROCCO MUTTINI

*Professore Associato di Pedagogia Speciale, docente di Igiene Mentale,
Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Torino*

Nei precedenti articoli ho inteso porre l'accento sui fattori disadattanti legati all'invecchiamento, ma anche sulle risorse da promuovere. La società attuale è stata in grado di aggiungere anni alla vita, ma a questo non corrisponde parallelamente una migliorata qualità della vita stessa, né per i molto anziani, né per i familiari che se ne fanno carico.

Sul territorio oggi sono previsti, e attivati in molti casi con efficacia, vari servizi che possono intervenire per la gestione dell'anziano, quando egli abbia bisogno di cure mediche. Anche l'assistenza a chi non è più autosufficiente, per malattia o deficit, può essere demandata a strutture per lungo degenti o essere organizzata in forma di interventi domiciliari.

Rimangono però ancora relativamente scoperte le esigenze di quella parte di popolazione anziana non più autonoma e nello stesso tempo non del tutto inferma: sono i "vecchi-vecchi" ormai numerosi, che hanno bisogno di aiuto ma vogliono sentirsi capaci di autodeterminarsi. Molti anziani sono ancora culturalmente e cognitivamente limitati: forse nel futuro la scolarizzazione più diffusa e protratta porterà a una maggiore efficienza. D'altra parte, però, la prolungata durata della vita esporrà a un rischio di deterioramento psichico che già oggi è in evidente crescita. La demenza è oggetto di studio privilegiato nei laboratori di ricerca, ma finora i benefici che i nuovi farmaci (inibitori reversibili delle acetilcolinesterasi [IACH]) avevano fatto sperare, sembrano aver raggiunto risultati di modesta entità ¹.

Sono considerati potenzialmente più efficaci i programmi di assistenza multidimensionale, in cui il supporto e il *counseling*, rivolti sia al paziente sia ai familiari, si associano alla terapia farmacologica utilizzata in un ruolo principalmente sintomatico. L'intervento "psico-sociale" ² è quello verso cui sono orientati i ricercatori, nell'ottica di considerare la sofferenza dei vari attori sociali coinvolti ³ e di mitigarla attraverso il sostegno mirato alle diverse esigenze che emergono nel tempo.

Questo indirizzo, già sperimentato nella riabilitazione psichiatrica dove la relazione di cura si è avvicinata gradualmente a una concezione educativa della stessa ⁴, trova oggi indicazione in una vasta gamma di situazioni di disagio, facendo emergere la contiguità o continuità tra aree di competenza specialistica e altre che appar-

tengono alla vita della popolazione generale e pertanto giungono in prima istanza all'osservazione del medico generico. L'aumento nella popolazione dei soggetti molto anziani ha ampliato le condizioni di deficit cognitivo e di disabilità di vario livello di gravità, da quelle che nell'opinione comune rappresentano una normale evoluzione della vecchiaia ad altre di patologia manifesta.

La frequenza e molteplicità dei problemi inerenti la quarta età rende necessario che si diffonda non solo competenza a trattare le emergenze ma anche la quotidiana routine. Si profila un lavoro di educazione che, con diverso grado di approfondimento a seconda del ruolo, coinvolge tutti: è un cambiamento culturale prima ancora che un indirizzo di formazione specifica, quest'ultima imprescindibile per chi ricopre una funzione istituzionale.

L'intervento degli operatori è diventato indispensabile per mediare tra bisogni divergenti, non facilmente compatibili. Esso, per essere efficace, non può non contenere una valenza educativa per la quale occorre formazione mirata e non solo una spontaneistica "buona volontà", al di là delle singole competenze professionali specialistiche mediche, psicologiche ecc.

L'intervento educativo può essere inteso in senso lato come una modalità di rapportarsi all'anziano e alla sua famiglia. Oltre alla preparazione ad affrontare gli specifici problemi occorre una sensibilità che tenga conto delle differenze di età e di cultura, per superarle attraverso un atteggiamento empatico e rispettoso dell'identità e dei vissuti emotivi di ognuno.

L'anziano si giova di un approccio in cui viene riconosciuto il suo status per potenziare le risorse residue. Ho notato invece ripetutamente negli operatori atteggiamenti che vorrebbero essere di malintesa familiarità, che risultano di fatto svalutanti: dare del tu, chiamare per nome o con vezzeggiativi tipo "nonnina", sono iniziative inadeguate perché non tengono conto di un diverso stile che contraddistingueva nel passato i rapporti interpersonali. L'anziano viene messo in questo modo in una posizione di passività e di inferiorità, invece di stimolarne le risorse residue e tra queste i ruoli sociali significativi ⁵. Far riferimento con rispetto alla cultura, quindi nel concreto a ricordi, abitudini, lingua e modo di esprimersi, rinforza la coesione della personalità oltre

a favorire la collaborazione. L'incontro con l'anziano può essere fruttuoso solo se egli viene messo nella condizione di riconoscere la competenza e di fidarsi di chi si avvicina a lui, e ciò non può avvenire se l'altro esibisce come una superiorità la differenza culturale di cui è portatore anche solo per un fattore generazionale.

Nell'accostarsi all'anziano è fondamentale far riferimento, nella scelta di attività da proporre, alla sua esperienza di vita e al suo orizzonte culturale. La persona molto anziana è oggi spesso ancora poco acculturata o in parte deteriorata: la relazione, però, può essere stabilita solo a partire dal rispetto e dalla valorizzazione della persona. È stato osservato che i risultati che gli operatori raggiungono con gli anziani sono correlati all'immagine dell'anziano che l'operatore ha e gli trasmette⁶: la spinta verso l'adattamento e l'integrazione di competenze è favorita se gli operatori sono convinti che l'anziano possiede ancora risorse, mentre chi non vede prospettive favorevoli confermerà la visione pessimistica che l'anziano ha di sé, con caduta del senso dell'esistenza.

Si è diffusa oggi la metodica psicoeducativa del racconto di vita come forma di intervento specialistico⁷, che trova un'applicazione privilegiata per l'anziano. Se egli mantiene una buona o almeno discreta efficienza psichica, e quindi è in grado di osservare il suo passato con lucidità e senso critico, può essere molto importante la spinta che deriva da un approccio educativo basato sulle tecniche del racconto di vita, in funzione potenziante della propria autostima.

Secondo la prospettiva costruttivista, il senso della vita presente e del futuro deriva dall'elaborazione di un sistema di costrutti riferiti all'interpretazione delle esperienze del proprio passato. Nell'anziano la serie di eventi riguarda quattro aree principali di cambiamento, relative a) al corpo, b) al sé, c) alle relazioni con altri, d) al ruolo sociale. Col procedere dell'età i cambiamenti corrispondono in prevalenza a eventi di perdita che invalidano i costrutti già consolidati e disconfermano le aspettative: l'intervento consiste nel potenziare i costrutti che favoriscono cambiamenti adattativi⁸. Perciò è importante che l'operatore sappia riconoscere quali aspetti della storia raccontata dall'anziano possono aiutarlo e quali no, così da limitare i contenuti frustranti a favore di quelli potenzianti, che favoriscono l'identità, la stima di sé, il senso di appartenenza, competenza, controllo. Anche le famiglie sono coinvolte: possono aiutare l'anziano attraverso dei costrutti condivisi, mentre un approccio rifiutante o ostile accentuerà i vissuti di perdita da parte dell'anziano.

Il contributo dell'educazione da parte di tutti gli operatori deve oggi orientarsi sulla linea del metodo biografico, anche quando non si rilevi né la necessità né l'opportunità di un *setting* specifico. Improntando lo stile relazionale in questa direzione, ne derivano effetti positivi di conferma dell'identità, di promozione e condivisione di esperienze tra anziano e famiglia⁹, di valorizzazione delle risorse di ognuno in direzione dell'accrescimento e affinamento delle potenzialità residue.

Bibliografia

- ¹ AIFA. *Alzheimer e inibitori delle colinesterasi: c'è qualcosa di nuovo?* Bollettino di Informazione sui Farmaci 2006;13:19-25.
- ² Brodaty H, Green A, Koschera A. *Meta-analysis of psycho-social interventions for caregivers of people with dementia.* J Am Geriatr Soc 2003;51:657-64.
- ³ Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. *A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease.* JAMA 1996;276:1725-31.
- ⁴ Gaspari P. *Aver cura.* Milano: Guerrini Scientifica 2002.
- ⁵ Bobbio N. *De senectute.* Torino: Einaudi 1996.
- ⁶ Moser F, Pezzati R, Luban Plotza B. *Un'età da abitare.* Torino: Bollati Boringhieri 2002.
- ⁷ Demetrio D. *Pedagogia della memoria.* Roma: Meltemi 1998.
- ⁸ Viney L. *L'uso delle storie di vita nel lavoro con l'anziano.* Trento: Erikson 1994.
- ⁹ Demetrio D. *Album di famiglia.* Roma: Meltemi 2002.

