

The psychologist in RSA: Development of an intervention competence within the residential and healthcare context of care for the elderly

*Lorenzo Bolli**

Abstract

With this contribution I want to share the developments occurred during my work as a psychologist in a RSA (nursing home), referring to some interventions that I have conducted. It is possible to identify a line of development within their succession, inherent in the construction of the competence to deal with the specific problems encountered in working with the third and fourth age, in the context of organizations that respond to the demand for care and assistance of elderly people in various ways no longer self-sufficient. Building these skills has not been without its challenges. On the contrary, it proceeded from recognizing how even the psychologist's action, coherently with the culture of a context in which the elderly person rarely speaks, may not be aware of his/her existence. The work of the psychologist runs the risk of eluding the elderly, silencing their presence. The alternative lies in admitting the survival and irreducible vitality of his unconscious emotions; this makes possible to discover their expectations when entering the new life condition and staying in the RSA. In this discussion, I propose the hypothesis that the definition of a peculiar identity of the elderly, different from what is foreseen by the evolutionary schemes prescribed by a life cycle psychology, contributes to the construction of a psychological function. Function that identifies specific intervention requests in the residential context of care for the elderly, and which was able to develop within a specialization course in psychoanalytic psychotherapy.

Keywords: psychological function in RSA; dementia; assistance to the elderly; emotional life of the elderly; counseling for the elderly's family.

* Psychologist at RSA "San Luigi Gonzaga", Ladispoli (RM); PsyD student in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychology and Analysis of Demand. Email: lorenzo.bolli@korian.it

Bolli, L. (2023). Lo psicologo in RSA: Sviluppo di una competenza a intervenire entro un contesto residenziale e sanitario di assistenza per anziani [The psychologist in RSA: Development of an intervention competence within the residential and healthcare context of care for the elderly]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 99-110. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Lo psicologo in RSA: Sviluppo di una competenza a intervenire entro un contesto residenziale e sanitario di assistenza per anziani

Lorenzo Bolli*

Abstract

Con questo contributo intendo condividere gli sviluppi avvenuti nel corso del mio lavoro come psicologo in una RSA (casa di riposo), facendo riferimento ad alcuni interventi che ho condotto. È possibile individuare una linea di sviluppo entro il loro susseguirsi, inerente la costruzione della competenza a occuparsi delle problematiche peculiari che si incontrano nel lavoro con la terza e la quarta età, nell'ambito di organizzazioni che rispondono alla domanda di cura e assistenza di persone anziane, a vario titolo non più autosufficienti. La costruzione di queste competenze non è stata scevra da difficoltà. Anzi, è proceduta dal riconoscere come anche l'agire dello psicologo, coerentemente con la cultura di un contesto entro cui la persona anziana prende raramente parola, può non accorgersi dell'esistenza dell'anziano. L'operare dello psicologo corre il rischio di eludere l'anziano, tacitarne la presenza. L'alternativa si trova nell'ammettere la sopravvivenza e l'irriducibile vitalità delle sue emozioni inconscie; questo permette di scoprirne le attese, nell'ingresso nella nuova condizione di vita e nella permanenza in RSA. Avanzo in questa trattazione l'ipotesi che la definizione di una identità peculiare dell'anziano, diversa da quanto previsto dagli schemi evolutivi prescritti da una psicologia del ciclo di vita, contribuisca alla costruzione di una funzione psicologica. Funzione che individua domande di intervento specifiche nel contesto residenziale di assistenza per anziani, e che ha potuto svilupparsi entro un percorso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica.

Parole chiave: funzione psicologica nelle RSA; demenza; assistenza all'anziano; vita emozionale dell'anziano; consulenza ai familiari dell'anziano.

* Psicologo presso RSA "San Luigi Gonzaga", Ladispoli (RM); Specializzando in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Email: lorenzo.bolli@korian.it

Bolli, L. (2023). Lo psicologo in RSA: Sviluppo di una competenza a intervenire entro un contesto residenziale e sanitario di assistenza per anziani [The psychologist in RSA: Development of an intervention competence within the residential and healthcare context of care for the elderly]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 99-110. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Dall'ignoramento all'ascolto dell'anziano

Lavoro in una RSA, Residenza Sanitaria Assistenziale¹, da due anni circa, con il ruolo di psicologo e occupandomi di valutazione delle dimensioni cognitive e affettive del funzionamento psicologico degli ospiti, ai fini della redazione dei piani assistenziali e di cura individuali. A partire da questo ruolo è stato possibile riconoscere richieste provenienti da differenti attori del contesto della RSA: altri ospiti, loro familiari, operatori e figure professionali. È stato così possibile individuare ulteriori problemi e possibili aree di lavoro per la professionalità psicologico-clinica. Guardando agli interventi che ho realizzato e resocontato, individuo un filo conduttore, quello del rapporto tra l'ospite anziano e il contesto dell'istituzione, ovvero i parenti, gli operatori assistenziali e quelli preposti al benessere psico-sociale (segnatamente, il terapeuta occupazionale), gli altri ospiti. La resocontazione di tali lavori è stata da me proposta entro la scuola SPS, in sede di monitoraggio della formazione condivisa assieme al mio gruppo, e dentro la cornice di seminari rivolti ad allievi, specialisti e persone interessate esterne alla scuola, incentrati sulle tematiche dell'anziano e dell'imprendere entro la professione psicoanalitica. In particolare, è nell'ambito di un seminario intorno al tema terza e quarta età, cui ho partecipato con un contributo di gruppo, inerente proposte di intervento rivolte a famiglie che si prendono cura di anziani non più autosufficienti, che è stato possibile istituire uno spazio di confronto privilegiato sulla tematica. Si sono passati in rassegna e prodotti contributi volti a precisare l'identità che si può riconoscere alla persona anziana, in particolare all'anziano come portatore di una possibile domanda che lo psicologo incontra nella professione, al di là delle istanze di senso comune e di una psicologia evolutiva che lo vorrebbe in una fase di inappellabili involuzione e decadimento. In questo senso le esperienze riferite al contesto RSA hanno costituito un contributo utile alla discussione e giocato da stimolo per iniziare a muovere un pensiero intorno allo sviluppo della funzione psicologica entro la realtà dell'anziano istituzionalizzato.

D'altro canto, ho sentito di trattare questo spazio di approfondimento con ambivalenza: lo sentivo utile, ma a un certo punto dei lavori mi sono defilato, giustificandolo con la percezione di una discussione poco interessante e noiosamente incentrata sempre sullo stesso tema. Mi sono ritrovato a dirmi: "mica il lavoro in RSA incontra solo anziani, forse questo seminario non riesce a centrare il mio interesse di lavoro del momento". Oggi mi dico che mi sono sottratto all'implicazione che invece andavo vivendo nei confronti dell'anziano, implicazione che mi faceva vedere gli anziani con cui lavoravo in modo diverso, ma anche sconcertante.

In parallelo a questo sottrarmi, i miei resoconti hanno preso in esame i lavori condotti con i familiari e poi con gli operatori, e la progettazione di iniziative volte alla costruzione e manutenzione dei rapporti tra gli ospiti. A guardare ora alla sequenza dei lavori, mi sembra di aver progressivamente deviato l'oggetto dei miei interventi, dall'anziano alle altre figure, in parallelo prendendo anche il largo dalla discussione sulla terza e quarta età. Penso anche di aver agito la fantasia di non volermi identificare professionalmente con l'intervento rivolto all'anziano, che sentivo ancora qualificato da funzioni di scarso prestigio, dall'impotenza, da un senso di inettitudine. La problematicità legata all'incontro con l'anziano in RSA che sollecita questi vissuti, parla di una cultura, quella del contesto dell'assistenza sanitarizzata, in cui è difficoltoso recuperare quanto l'anziano dice. Questa cultura chiama in causa emozioni difficili, legate al rammarico, al rifiuto, al senso di prigionia e di abbandono, alla perdita di speranza. L'anziano senza speranza, inerte e in attesa della morte: così sembra configurarsi l'utente dei servizi della RSA. L'anziano per cui non c'è più molto da fare. Sentirlo parlare, ascoltare cosa dice, è difficile, dal momento che viola un'attesa, quella del vecchio indementito e mutacico, e sconfirma una fantasia, che l'agire tecnico medico-assistenziale possa rispondere a ogni suo bisogno, dato per conosciuto senza la necessità di ascoltarlo. È una cultura che genera un senso di

¹ In linea con il DPR 14/01/1997, le RSA si definiscono: "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera modulato sulla base del modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome.". Le Residenze Sanitarie Assistenziali nascono formalmente con la legge finanziaria del 1988 (L. 67/1988 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) che prevedeva lo stanziamento di risorse per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali extraospedaliere per anziani non assistibili a domicilio. Decreti successivi hanno contribuito a fornire linee guida organizzative per tali strutture, lasciando però alle regioni il recepimento e l'attuazione di tali norme di indirizzo. Attualmente le RSA garantiscono assistenza sanitaria e sociosanitaria, secondo modelli differenti su base regionale e previo il riconoscimento di specifici requisiti di qualità e compatibilità con la programmazione individuata dalle regioni.

impotenza, minaccioso per gli operatori che incontrano l'anziano in RSA. Mi spiego anche così l'interesse sorto in me per gli altri attori della RSA: erano senz'altro portatori di domande interessanti, ma occuparsi di loro era anche una rassicurante deviazione dalla paura di non sapere che fare con gli anziani ospiti. Da un lato questa deriva mi ha permesso il recupero di dimensioni interessanti per la costruzione della funzione psicologica entro la RSA, quali la manutenzione e revisione del rapporto tra assistiti e operatori curanti, oppure di quello tra i familiari degli ospiti e la struttura, o il recupero di domande di maggiore competenza nel rapporto da parte di chi a vario titolo entra in relazione con l'anziano. Dall'altro vi riconosco una ricerca di sicurezza ed efficacia, rispetto alla difficoltà con cui sentivo di avanzare sul terreno delle problematiche dell'anziano che incontro in RSA.

Oggi i miei vissuti, quindi la mia interpretazione del ruolo psicologico, sono in forte cambiamento. Con il tempo, infatti, gli interventi resocontati sono evoluti e hanno permesso di costruire possibilità di lavorare sui rapporti tra gli ospiti, istituendo degli spazi di dialogo tra gli anziani che convivono nella struttura e con gli operatori curanti, spazi in cui opero con piacere e in cui sento che gli anziani iniziano a poter parlare. Con la fine del silenzio sui vissuti, diventa agibile la proposta di lavorare insieme agli ospiti sullo sviluppo di un pensiero intorno alle problematiche che portano. Si può lavorare con la finalità di costruire interventi capaci sempre più di tenere dentro l'anziano, quale cliente anch'egli dei servizi della RSA, invece di considerarlo solo come individuo sostanzialmente identificato con il suo corpo in decadenza, portatore di bisogni di base noti e ignorarlo come persona capace di desideri. Sento così la possibilità di continuare nella costruzione della mia funzione psicologica in questo contesto, e di riprendere a partecipare alla discussione sul tema, anche con questo contributo.

La fase di inizio del lavoro in RSA corrisponde per me a un vissuto di smarrimento: giungo in quel contesto prima di aver iniziato a frequentare la scuola di specializzazione, e a valle di una formazione specifica in psicologia dell'invecchiamento e della longevità². La peculiarità di questa formazione sta nel porre l'accento sui dettagli della psicologia evolutiva dell'anziano, fornendo categorie di lettura dell'invecchiamento che ne mettono in luce gli effetti sulle diverse aree del funzionamento psichico, esaminati passando in rassegna sia gli eventi neuropsicologici responsabili del progressivo decadere di efficienza della persona, che i comportamenti correlati. Segue l'approfondimento delle aree di valutazione e intervento. La prima area è orientata allo studio della pratica testistica, utile a definire il grado di gravità della compromissione cognitiva e delle aree di funzionamento correlate all'età. La seconda è incentrata su linee guida di analisi e intervento, di stampo cognitivo-comportamentale, sui comportamenti peculiari dell'anziano affetto da demenza, ovvero sulla possibilità di cambiare le azioni della persona bisognosa di cure in modo da contenere fenomeni come aggressività, confusione, vagabondaggi, irrequietezza e simili. In questo caso, l'intervento è prospettato assumendo come variabili manipolabili specifici elementi dell'ambiente fisico e relazionale, in modo da ridurre l'impatto sulla suscettibilità all'agitazione dell'anziano malato. Indicarlo come 'bagaglio tecnico' è forse il modo di definirlo più fedele alle emozioni che provavo circa le competenze con cui sentivo allora di avvicinarmi all'anziano. Con la conseguente aspettativa, che lo psicologo potesse incidere direttamente sulle difficoltà che si incontrano entro il contesto di assistenza. Mi è stato utile accorgermi di come a restare fuori da queste premesse dell'operare psicologico fossero i rapporti: mi ritrovavo a proporre interventi utili, interessanti, divertenti. Eppure, sentivo che non impattavano sulla capacità con cui la persona e gli operatori trattavano le difficoltà connesse all'invecchiamento, l'ingresso in struttura e la permanenza e convivenza in essa. Il mio vissuto era che l'intervento iniziasse e finisse con la presenza dello psicologo, i suoi consigli e indicazioni.

Al tempo stesso mi sembrava di essere chiamato solo quando sorgevano problemi di gestione degli ospiti, sentendomi nella posizione di dover dare risposte esaustive e risolutorie del problema, anche quando questo risultava difficile se non impossibile. A volte la risoluzione riusciva, altre volte mi sembrava un tentativo

² Questa formazione fa riferimento a una teoria e a metodi di intervento in psicologia dell'invecchiamento come individuati nella trattazione di De Beni e Borella (2015), ed è oggetto di master e percorsi formativi sul tema offerti dall'Università di Padova, pubblicizzati anche nelle pagine del servizio di psicologia dell'invecchiamento di ateneo e della SIPI, la Società Italiana Di Psicologia dell'Invecchiamento. A questa tradizione di studi fanno in larga parte riferimento anche numerosi testi sulla formazione del personale di assistenza e dei care-givers (Fumagalli, Cristini, Porro, & Arrigoni, 2020) e di intervento non farmacologico con persone affette da demenza (Falconi, Lodi, Molteni, & Prete, 2019).

disperato di liberare me e gli operatori da un senso di impotenza, un vissuto che tuttora a volte torna nei miei interventi. Ipotizzo che tali emozioni, oltretutto alla cultura condivisa nella RSA, siano in rapporto con il vissuto di condurre un'azione professionale orientata da premesse tecniche, in cui la riuscita si misura solo sul piano dell'efficacia della procedura tecnica, e non su una verifica di utilità riconosciuta entro il rapporto tra psicologo e persone con cui si interviene. Rapporto che nella sua imprevedibilità, variabilità, emozionalità, può diventare un elemento problematico rispetto alla corretta declinazione delle tecniche prescritte, se il fine è trattare la patologia e i suoi correlati comportamentali. Si tratta di un assetto in cui forse possono esserci solo profani ed esperti, pertinenze o impertinenze. Binomi che evocano la medicina, e non a caso siamo in un contesto, quello della residenza sanitaria assistenziale, fortemente medicalizzato. A questo punto è interessante chiedersi come viene identificato il destinatario degli interventi, l'anziano ospite della residenza. Egli diventa, nel contesto istituzionalizzato e in relazione a queste premesse di lavoro psicologico, equivalente ai suoi deficit e difficoltà di adattamento, intese come divergenze da un ideale atteggiamento accondiscendente alle operazioni di assistenza. È possibile osservare questa riduzione della soggettività dell'anziano, per come si declina dopo l'ingresso in RSA, anche a partire da un caso che resoconterò, che tratta dell'ingresso di un anziano in RSA, che si è verificato all'inizio del mio lavoro nella residenza.

Un caso di demenza di moderata gravità in età avanzata

A motivare l'ingresso in RSA di Carlo sono una ridotta autosufficienza e moderati difetti nel pensiero e nella cognizione. Egli giunge in struttura accompagnato dai parenti più prossimi, per una moderata sintomatologia dementigena che rende difficoltosa l'uscita dall'abitazione, ma soprattutto esaspera comportamenti di difficile gestione (liti e smarrimenti in primo luogo) che hanno spesso richiesto l'intervento di parenti e vicini. Facendo domande al fine di una prima conoscenza della situazione dell'assistito, apprendo dagli operatori che hanno eseguito il ricovero che è stata la figlia, che più da vicino segue l'anziano, a manifestare la richiesta di istituzionalizzazione a partire dai bisogni di assistenza, di sorveglianza e di contenimento del padre. Il mio incontro con Carlo ha luogo in occasione della prima valutazione globale, articolata in prove testistiche inerenti funzionalità cognitive e relazionali e del tono dell'umore, con il fine di stilare il piano di assistenza individualizzato entro cui saranno specificati peculiarità, trattamenti e prospettive del caso. Trovo l'uomo impegnato nel disegno di modelli fitomorfi. Apprenderò nel corso del colloquio che Carlo era orafo, sia commerciante che fabbricante, nonché insegnante nell'ambito della gioielleria. Pochi minuti prima, le operatrici preposte a quel nucleo della struttura hanno deciso di impegnarlo con un foglio e dei colori, poiché incerte sul da farsi con un uomo che “sta bene”, che “ci segue perché non ha niente da fare”, che “è tranquillo”. A ben guardare, sembra che questo ospite rappresenti un problema: non c'è il tempo per lui, non ci si può dedicare a lui. Io mi presento come lo psicologo della struttura, domandando, nel mentre della somministrazione della testistica, dettagli sugli eventi che hanno comportato l'ingresso in struttura. Emergono in particolare, in questa fase esplorativa, un vissuto di “messa da parte” agita dai familiari e un desiderio di fuggire le difficoltà che hanno iniziato a connotare anche le più semplici attività del quotidiano. Finiamo per interrogarci su che tipo di vita possiamo immaginare in questa nuova situazione. Le sue parole dicono sia di una speranza di cambiamento e di un'apertura a quelle che potranno essere le nuove condizioni, sia di un rammarico per i margini di autodeterminazione che, in parte a causa della malattia, in parte per il fatto di trovarsi sottoposto a cure e sorveglianza, vanno sempre più riducendosi. Carlo ha una capacità di autonomia che impone di convenire modi per impegnare il tempo; o, per meglio dire, il suo caso sembra richiedere deroghe alle consuete operazioni di assistenza messe in atto dal personale, ma questo suscita, come si deduce dalle parole delle operatrici, incertezza e paura (l'ospite che conserva margini di autonomia, non a caso, è sorvegliato, poiché considerato più a rischio di mettersi in pericolo). Si può ipotizzare che la presenza dello psicologo, se non viene “neutralizzata” entro l'avvicinarsi delle procedure standardizzate di trattamento delle varie patologie connesse all'invecchiamento, possa offrire un'alternativa a un utente che non si presta all'essere prefigurato come condiscendente e bisognoso di ogni cura prevista. In questa ottica presento a Carlo la possibilità di impegnare un po' del suo tempo nell'allestire attività entro cui coinvolgere altri ospiti, con l'obiettivo di sperimentare modi di relazione in cui sia possibile scambiare e dirsi qualcosa sulle questioni che la permanenza in struttura comporta, tentando al contempo di riorganizzare l'esperienza della nuova condizione di non più piena autonomia

Come si evince da questo caso, se l'anziano avesse bisogno solo di cura e assistenza in rapporto a un deficit di autonomie, anche la funzione dello psicologo sembrerebbe potersi esaurire facendo riferimento alle patologie e alle problematiche specifiche dell'età anziana. In altri termini, definire i deficit cui va soggetto l'anziano ne esaurirebbe la definizione dei bisogni, e al tempo stesso identificherebbe la funzione dello psicologo quale tecnico esperto nella conoscenza e trattamento dell'invecchiamento normale e patologico. Se però facciamo riferimento alla situazione resocontata, la problematica che può motivare la chiamata dello psicologo da parte degli operatori nasce da un'altra domanda, che non era stata ascoltata. L'evento critico che mi ha convocato è stato lo scompiglio creato dall'anziano che poneva un problema non identificabile come immediatamente legato a un declino connesso all'età che avanza. Era un problema che creava confusione, perché si chiedeva qualcosa di non pertinente al contesto medico e assistenziale. Non si chiedevano cure, cibo, accudimento, ma qualche altra cosa che evocava sconcerto negli operatori. Si tratta di eventi in cui l'anziano comunica le sue emozioni inconsce, non soggette a decadimento o involuzione³, mentre è impegnato in un'operazione di significazione per la sua nuova condizione di esistenza e convivenza. Di fronte a questo evento potenzialmente disturbante, ancor prima di cogliere quanto l'anziano dice rispetto al contesto e ai rapporti, per gli operatori diviene difensivamente necessario trovare "soluzioni", spesso corrispondenti a come ridurre al silenzio quella confusione. Si risponde difensivamente. Incluso lo psicologo, se si cede al senso di impotenza suscitato dalla fantasia di rispondere alla comunicazione delle emozioni dell'anziano come si risponde ai suoi bisogni, "risolvendole", mentre non si sa bene come fare. Al tempo stesso, se si elaborano le fantasie di "risolvere", si apre una possibilità interessante: parlare con l'anziano, o comunque comunicare con lui se parlare non fosse possibile, dando spazio a vissuti e desideri.

Il caso di Rita, la figlia dell'anziana che rifiutava di mangiare

Parlerò ora di un altro intervento, condotto con Rita, la figlia di un'anziana ospite che soggiorerà per meno di un mese in struttura, e che causerà una certa confusione. L'evento critico da cui partire è la violazione delle attese di intervento assistenziale e sanitario, che in questo caso si realizza con il rifiuto ostinato opposto dall'anziana ad alimentarsi. Entro le scienze dell'invecchiamento, i comportamenti di rifiuto sono solitamente attribuiti al declino cognitivo dell'anziano, all'insorgere di confusione e disorientamento, nonché alla compromissione delle autonomie, tali da pregiudicare la capacità stessa di riconoscere i bisogni fondamentali dell'organismo e di rispondervi, con la conseguenza che l'individuo non è più in grado di provvedere da sé alla propria sopravvivenza. Se consideriamo però che il grado di deterioramento del funzionamento riscontrabile nella compromissione cognitiva non si estende alla vita psichica inconscia, è forse possibile leggere nel rifiuto di alimentarsi una comunicazione sui rapporti sperimentati dalla persona, per cui sentimenti di violenza e costrizione pervadono anche rapporti vissuti precedentemente in altro modo. Questa ipotesi è utile per capire come il comportamento di rifiuto gioca da evento critico rispetto alle attese degli operatori curanti e dei familiari. Se gli uni possono ricorrere a pratiche di medicina di emergenza, eludendo forse il senso di impotenza e intervenendo direttamente sul sintomo correlato alla malattia dementigena, gli altri si ritrovano a sperimentare vissuti di perplessità e smarrimento. Per lo psicologo che si riconosce entro margini di intervento attinenti i rapporti, diventa possibile avanzare proposte di lavoro che non mettono a latere i vissuti e vi riconoscono anzi domande di sviluppo di competenze relazionali, utili alla riorganizzazione in corso che anche la famiglia dell'ospite attraversa. Nella mia esperienza in RSA tale domanda da parte dei familiari non è rara, chiamando in causa direttamente il servizio con modalità agite improntate a diffidenza e minaccia. Lo psicologo vi entra convocato a dare consigli e indicazioni, per ridurre i problemi che si creano nei confronti della struttura e degli operatori. Ma ha la possibilità di intervenire nella

³ La tematica della vita psichica dell'anziano è stata oggetto dell'indagine psicoanalitica già a partire da Freud (1898/1968), solo gradualmente liberandosi da posizioni pessimistiche che individuavano una incompatibilità tra vecchiaia e psicoanalisi. Come sottolinea Balsamo (2019), nonostante l'esistenza di diverse posizioni a favore del trattamento psicoanalitico, permane nella letteratura psicoanalitica un pregiudizio, che fa corrispondere l'età anziana con il termine della vita emozionale, come se da anziani non ci si potesse più confrontare con vissuti inediti, ma solo con problemi reificati. Tale ottica prevede solo trattamenti a scopo palliativo e di contenimento.

manutenzione dei rapporti tra l'organizzazione e i suoi clienti, proponendo di sospendere agiti e permettendo di accedere a modi possibili di stare nel nuovo rapporto.

Torno al caso in esame. Rita viene regolarmente in struttura per assistere sua madre nell'alimentazione. Quest'ultima rifiuta gran parte dei cibi e delle bevande, e la figlia ha deciso di essere presente ai due pasti principali della giornata nell'intento di collaborare con il personale per convincere la madre ad assumere regolarmente la quantità di cibo e liquidi minima necessaria alla sua sopravvivenza. La incontro su segnalazione del reparto di amministrazione: l'addetta alla segreteria mi informa di una parente che già da due giorni si ferma per più tempo di quello necessario alle prassi burocratiche, arriva molto prima degli orari di appuntamento concordati, appare molto afflitta e chiede di parlare con gli operatori sanitari della struttura, incluso lo psicologo, per avere un confronto in merito alla situazione di sua madre. Io mi presento alla donna chiedendole quali aspetti della situazione in atto volesse discutere, e dicendomi disponibile ad ascoltarla per provare a capire insieme qualcosa in più del disagio che prestare assistenza alla madre le sta comportando. Le proporrò perciò di incontrarci la settimana successiva, nella mezz'ora precedente il pranzo, per discutere il modo in cui ha scelto di essere presente accanto alla madre e le difficoltà che questa scelta sembra comportare, mentre seguiremo l'evolversi della situazione della madre. I molti dati della storia della donna che emergeranno negli incontri, in cui le relazioni di accudimento sembrano avere un posto privilegiato, troveranno un filo comune in una modalità peculiare di prestare le cure. Rita la definirà come "fare l'impossibile", in una strenua e incrollabile opera di accudimento. Emergerà la fantasia per cui le cure e la vicinanza avrebbero il potere di tenere in vita l'altro. Riusciamo a dirci che "assistenza" non è qualcosa che si traduce automaticamente nella salvezza dell'altro, né nella sua gratitudine, e che anzi può incorrere talora in un rifiuto. Emerge così un'ipotesi: forse il rifiuto di nutrirsi, da parte della madre, non è solo un correlato comportamentale della malattia, ma una presa di posizione, reattiva a operazioni percepite come violente perché non desiderate e non comprese. Questo sembra aprire alla possibilità di immaginare alternative all'essere presente regolarmente accanto alla madre, in un esercizio che può essere inteso anche come accanimento alle cure e dunque foriero di resistenze. Rita dirà poi di fare molta difficoltà a immaginarsi sola, senza qualcuno di cui prendersi cura, finendo per scordarsi delle molte situazioni in cui ciò è stato invece possibile. Le prospetto la possibilità di continuare il lavoro insieme, provando a capire qualcosa in più di questa difficoltà a pensarci in solitudine. Gli incontri saranno interrotti dal sopraggiungere della morte della madre per complicazioni, cui corrisponderà l'interruzione dei rapporti della figlia con la struttura. Sento un punto particolarmente interessante entro il lavoro resocontato. Mi riferisco alla proposta dell'obiettivo, avanzata a Rita, di istituire uno spazio per i vissuti inerenti il rapporto di assistenza alla madre e l'assetto relazionale sotteso. Questa questione propone infatti un'alternativa all'esclusione dei familiari, che sembra spesso essere l'unica modalità possibile per trattare la loro presenza, avvertita come minacciosa e ingerente. Sembra invece possibile reperire, in una cornice che ammette quella presenza, un interlocutore con una domanda rispetto ai servizi di assistenza. Nel caso di Rita si può pensare che il lavoro potesse aprire allo sviluppo di una competenza rispetto allo stare nel rapporto con la madre e la struttura, recuperando un senso per quei limiti che le operazioni di assistenza necessariamente pongono a chi sta nella posizione di prendersi cura.

Come si vede, la parente chiede un confronto con lo psicologo. Si tratta di un'occasione potenzialmente utile a superare, ma anche eludere, la confusione evocata dai comportamenti del malato, l'anziana che non vuole farsi curare, chiamando in causa diagnosi e suoi correlati. Nelle prime battute dei colloqui con Rita mi viene subito alla mente il burn-out correlato alla funzione di cura e assistenza del parente con demenza. Man mano emergono però fantasie sul rapporto con la madre, come pure attese e connotazioni emozionali della situazione problematica, riferibili sia al rapporto tra madre e figlia sotto un profilo diverso dal generico "esaurimento" di quest'ultima, che al rapporto con la RSA. L'addentrarci nei vissuti, sia nei miei che in quelli di Rita, non ci libera dalla confusione liquidandola; piuttosto cerchiamo un modo per capire cosa sta accadendo, accettando di viverla. Non eludo quindi la complessità proposta dalla situazione impaurente, ma riconosco potenzialità di sviluppo a una domanda di rapporto con l'anziana madre, che, così riconosciuta, individua e recupera anche la relazione con gli operatori curanti come teatro di competenza da sviluppare. Sento importante questo intervento per il cambio di passo che ha proposto anche per il mio stare entro la RSA. Operare nella fantasia di essere singoli professionisti da cui ci si attende l'applicazione di tecniche e l'emettere valutazioni fa sentire soli. Sentirsi al lavoro sulla relazione tra la struttura e questa parente, piuttosto che alle prese con lei sola, e constatare l'utilità dell'intervento anche confrontandomi successivamente con la direzione amministrativa, si è tradotto per me in un maggior senso di appartenenza.

In altri termini, ho potuto lavorare allo sviluppo di servizi entro l'organizzazione sentendome parte, piuttosto che sentire di lavorare con la mia individuale competenza tecnica e nonostante i vincoli posti dal contesto della residenza.

Il caso delle terapisti occupazionali

Riconoscersi al lavoro sullo sviluppo di una funzione psicologica ha significato, e tuttora significa, potermi occupare del mio stare come psicologo entro la RSA. Ora mi impegno a dare un senso alle emozioni che attraversano il mio lavoro evitando di considerarle come l'inevitabile risposta alla difficoltà e complessità del lavoro nella residenza, e trattandole invece come vissuti che parlano della mia partecipazione emozionale a quel contesto.

Tratterò ora di un lavoro condotto con le figure della terapia occupazionale in RSA. All'origine dell'intervento c'è una problematica riscontrata dalla direzione con queste operatrici: si pensava che in quanto psicologo, avrei avuto la capacità di sollecitarne l'impegno lavorativo ritenuto scarso. Vivo questa richiesta di lavorare con dei dipendenti della RSA, diversa dall'occuparsi degli anziani e dei loro familiari, come un ambito più intrigante, interessante, forse più prestigioso.

Presso la RSA in cui lavoro mi occupo della progettazione di parte delle attività che si svolgono in struttura. In una delle occasioni in cui riporto alla direzione lo stato dei lavori in quest'area, il dirigente della struttura avanza una proposta che reputo connessa all'essermi presentato come psicologo con una formazione clinica anche attenta alla competenza organizzativa e progettuale. Il direttore sostiene la necessità di affiancare al lavoro dei terapisti occupazionali il supporto di una figura professionale. La criticità che evidenzia risulta essere una mancanza – da lui riscontrata da diversi anni - di valide proposte di impiego del tempo libero per gli ospiti, che li lascerebbe senza nulla da fare e che attribuisce alla scarsa voglia di lavorare delle figure occupazionali. Questa criticità è condivisa anche dalla direzione sanitaria, cioè dalla caposala e dal medico di struttura. “Proprio non si riesce a farle lavorare queste terapisti” (sono tutte donne) mi dice il direttore. A partire da queste premesse le mie fantasie si moltiplicano: mi pare di essere convocato come un esperto in grado di risolvere magicamente il problema, mi sembra che mi si dia carta bianca purché le faccia “rigare dritto”; ho voglia di darmela a gambe. Al tempo stesso, penso ci sia una domanda di intervento, coerente con la competenza alla quale nel frattempo mi sto formando nella scuola di specializzazione, dove trattiamo la tematica del rapporto tra intervento e contesto, quindi della competenza organizzativa. Rispondo che proverò a riflettere sul problema e ad avanzare una proposta alla direzione e alle terapisti. Decido di approfondire la questione confrontandomi con la caposala, responsabile della direzione sanitaria e di tutte le figure professionali, inclusa la mia e di quelle occupazionali. Ne emerge una storia peculiare: una figura chiave della precedente amministrazione aveva premuto in passato per ottenere una presenza numericamente rilevante - rispetto alla media delle strutture residenziali, nelle quali sono due o tre gli operatori - di terapisti occupazionali, in contrasto con altri attori, critici su tale scelta. L'uscita dalla struttura di questa persona, avvenuta pochi anni prima e la cui presenza legittimava quella delle terapisti, aveva squarciato il velo di silenzio sulla presunta mancanza di impegno lavorativo da parte di queste ultime. In un contesto in cui i carichi lavorativi risultano piuttosto ingenti per ciascun dipendente la mancanza di impegno delle terapisti occupazionali veniva perciò additata criticamente da parte delle altre figure, amministrative e assistenziali.

Propongo alle terapisti una serie di incontri con l'obiettivo di occuparci delle criticità che riscontravano nell'organizzare le attività per gli ospiti, passando insieme in rassegna possibili soluzioni. Sono molto cauto nel dichiarare loro questi intenti, vista la sensazione che la mia proposta possa essere intesa come star mettendo anch'io in dubbio la loro capacità professionale. Al gruppo partecipano quattro terapisti, su un totale di sei presenti nell'organico di struttura. Cerco situazioni da proporre nel gruppo. Un evento mi pare un buon pretesto; come si vedrà, non lo sarà affatto, perché sottovaluto il modo in cui sarò simbolizzato dalle terapisti. Questo è l'evento: con la RSA collaborano dei volontari, le cui attività erano state sospese durante il Covid. La RSA li ricontatta. C'è una riunione tra il loro referente e la direzione sanitaria; chiedo di partecipare in quanto interessato all'organizzazione di future attività. Ne parlo con le terapisti, la cui presenza non era prevista; queste ultime, invece di interessarsi delle attività, mi rimandano immediatamente e in maniera unanime che vi leggono una volontà di escluderle dalle decisioni da parte della direzione. Con mia sorpresa divento perciò oggetto di sospetto: nonostante il mio propormi come interessato a coinvolgerle e

reinsierle nel processo organizzativo, vengo identificato come complice della direzione che non le vede. Mi sento impotente, a rischio di promuovere "ingenuamente" un ennesimo fallimento e in pericolo come "collaborazionista", nonostante le mie "buone intenzioni".

Per uscire dall'impasse propongo di mettere da parte la progettazione di attività, e di tornare sul senso dell'incontrarsi. Quello spazio può essere occasione, dico loro, per comprendere come dare voce alla presenza del terapeuta occupazionale. Sembra alle quattro che su questo si possa convenire. Si era aperta una possibilità di confronto; ma non riesco a tenere la barra dello stare sui vissuti, rimescolo le carte, e torno a proporre aspetti fattuali. In altri termini, torno a pensare che debbo conferire loro un potere decisionale: per essere accettato, perché cessasse il conflitto con me.

Potrei dire che in una prima fase avevo perso di vista la possibilità di approfondire la fase istitutiva. Torno sulla committenza solo in un secondo momento, e finalmente vedo un conflitto tra le terapeute e la RSA. Capisco che il conflitto nasce dal fatto che le terapeute sono viste come "eccentriche" entro un contesto molto sanitarizzato; e che a loro volta si vedono come alquanto fuori luogo. Se però si recupera che sono figure che più di altre possono dedicarsi alla relazione con l'anziano e tra anziani, ambito in genere trascurato dalla cultura sanitaria, la rilevanza della loro funzione può essere recuperata. Al tempo stesso si può recuperare la loro motivazione molto meglio che dando loro "ricompense" sotto forma di potere decisionale, che alimentavano la loro diffidenza.

Quanto emerso negli incontri effettuati ha costituito materia di utile confronto con la direzione. Abbiamo condiviso come il conflitto tra operatrici e RSA sia sintomatico di una cultura poco attenta alle relazioni e centrata sulle tecniche sanitarie. Condividere tale lettura del problema ha permesso anche di costruire una colleganza con le terapeute che, come lo psicologo, sono preposte a occuparsi di rapporti. A questo punto è diventato possibile recuperare l'anziano come cliente delle attività occupazionali. Entro il conflitto dove "le operatrici lavorano poco" l'anziano era invisibile. Ora ci si accorge che dall'anziano può provenire una domanda a fare qualcosa di diverso dalle prassi abitualmente realizzate in ambito occupazionale, che connotano un anziano passivo e senza desideri, solo bisognoso di iniziative di animazione e stimolazione.

Il caso degli ospiti "troppo autonomi"

Se si intende la funzione psicologica come competenza attenta alle domande che intercetta, e l'anziano come portatore di una sua identità specifica e non riducibile al processo involutivo proprio del passaggio alla terza e quarta età, allora diventa possibile cogliere domande nei rapporti con gli ospiti della RSA. Questa ipotesi è scaturita dal riesame dei casi riportati, e consente di riconoscere nella posizione dello psicologo un interessante osservatorio della domanda che origina all'interno delle strutture residenziali e di assistenza per l'anziano. Organizzazioni, queste, in cui sembra insita una difficoltà a costruire rapporti con gli utenti e a pensare interventi efficaci sul piano della convivenza. Il desiderio di stare insieme, esemplificato nel caso che prenderò in esame, attraversa l'esperienza degli anziani abitanti della RSA, e sembrerebbe anche degli operatori, evidenziando la peculiarità di un luogo in cui resiste una voglia di abitare e scambiare. Assunta questa ottica emergono potenziali domande, che per essere riconosciute implicano la possibilità di guardare all'anziano come a un soggetto animato da desideri e non destinato unicamente a una morte silenziosa. Nel corso delle operazioni di valutazione degli ospiti il personale incontrato mi segnala varie difficoltà. Da questi scambi nasce l'idea di istituire un laboratorio di gruppo, come ora racconterò.

La questione principale è rappresentata da un gruppo di ospiti più autonomi, che proprio perciò risultano problematici nei loro comportamenti, ad esempio di maggiore richiesta, persino conflittuale, di attività e libertà. Questo si costituisce come un evento critico, entro una cultura improntata alla cura e all'assistenza nella quale l'anziano utente è previsto silenzioso e condiscendente. Riflettendo criticamente su questa rappresentazione scontata dell'anziano, collusivamente condivisa, sono rintracciabili interessanti possibilità di intervento laddove inizialmente appaiono solo necessità di correzione del comportamento. Margini di intervento che recepiscono in primo luogo una domanda relativa a modi di stare insieme, come quelli che si strutturano in maniera spontanea nei momenti della vita comunitaria liberi da attività programmate. Momenti, è importante notarli, in cui appare possibile mettere da parte regole del gioco proprie del contesto sanitarizzato per iniziare a parlare. Vediamo come si declinano questi elementi in questo caso. Quando inizio il lavoro in RSA, adempio a compiti che mi vengono indicati dalla direzione sanitaria,

segnatamente quelli di valutazione psicologica e saltuariamente di organizzazione di colloqui psicologici con gli ospiti. Però già dopo qualche mese dall'inizio del mio lavoro, negli incontri con il personale emergono interrogativi in merito a una fascia di ospiti diversa da quella consueta e più ampia. Si tratta di persone che vivono in residenza ma il cui "mantenimento", termine che indica l'insieme delle prassi mediche e assistenziali dedicate, non è considerato alto. Sono ospiti che non trascorrono il proprio tempo a letto né necessitano della stretta sorveglianza dei sanitari a causa di condizioni patologiche che ne compromettono l'autonomia o ne minacciano la sopravvivenza. Di frequente non soffrono condizioni dementigene, e giungono in RSA per motivi svariati: la mancanza di posti disponibili in sistemazioni adeguate al momento dello spostamento da precedenti strutture o da ospedali del territorio, la mancanza di un'abitazione, l'impossibilità di provvedere a sé stessi a causa di disagi psichici. A questi ospiti è lasciata libertà di organizzare il loro tempo a piacimento, tuttavia per altri versi sono sottoposti alle medesime limitazioni degli utenti non autosufficienti: divieto di uscita se non con accompagnatore, orari di pasti e attività i medesimi di tutto il resto della struttura, e decisioni di spesa del proprio denaro che devono passare al vaglio dell'amministrazione. Le condizioni di vita sono le stesse per tutti gli ospiti, finalizzate a garantire il mantenimento e ad assicurare tutela e vigilanza; e agli occhi di questa fascia di residenti, meno dipendenti e impegnati dalle cure, come pure dal punto di vista degli operatori, tutto ciò sembra rendere prevedibile e monotona la convivenza. Questa criticità, esperita in maniera trasversale da ospiti e personale ma anche talora dalle famiglie, è all'origine di lamentele per la noia della quotidianità, e si traduce in espressioni di disappunto e nella propensione a creare disordini e grattacapi agli operatori. Inizio a pensare a questa parte di ospiti dal momento che il personale si dice impreparato a rispondere alle lamentele di queste persone, frustrato dalla mancanza di tempo, ma anche di idee potenzialmente utili a render loro più tollerabile la permanenza in struttura. Con questi residenti sembra che la RSA non riesca a costruire un rapporto: le loro richieste paiono fisime, mancano di condizioni patologiche da attenzionare o di quell'atteggiamento arrendevole e collaborante che rende l'anziano malato adatto e disponibile alle cure e all'assistenza. Qualche operatore sostiene che dovrebbero piuttosto essere grati del tetto sulla loro testa fornitogli dalla RSA e della salute di cui godono. Ma questi di ringraziare nemmeno se lo sognano: rispondono picche, si allontanano dalla RSA, rifiutano le terapie, si arrabbiano. Questo atteggiamento fa fallire la proposta collusiva fondante l'assistenza benevola dei sanitari.

Eppure, intorno ai "ribelli" nascono spazi di interazione con gli altri ospiti, e con gli operatori. Nei momenti di pausa e di intervallo gli operatori parlano con interesse con quelle persone; ne viene fuori che, a dispetto dell'appiattimento delle vite cui sembra costringere lo stare in struttura, ospiti e operatori hanno desideri, voglia di dare un senso al tempo che scorre, punti di vista da condividere. C'è una domanda, rivolta al servizio in cui queste persone soggiornano, di essere tenute a mente in una maniera diversa da quella assistenziale per tutti vigente, in quanto portatrici di una diversità rispetto alla gran parte degli ospiti con cui convivono. Non è da escludere, come accennato, che tale vissuto di non riconosciuta differenza trovi spesso la strada dell'agito entro periodiche trasgressioni provocatorie delle norme della struttura, che fa di questi ospiti, sovente, i piantagrane della residenza. Forse si può avanzare loro una proposta. A partire da queste considerazioni rifletto sulla mia funzione di psicologo entro l'organizzazione: dedicarmi alla progettazione di iniziative è stato un modo per scrollarmi di dosso il vissuto di essere un addetto alle valutazioni dalla presenza poco rilevante, che compariva solo negli spazi di compilazione, a lui dedicati, nei piani assistenziali individualizzati. Sento che progettare sostanza una funzione consulenziale, rivolta ai servizi offerti dalla struttura, entro la quale posso riconoscere una mia competenza in via di sviluppo. Si tratta di una competenza a costruire rapporti in cui pensare insieme i problemi che si presentano, entro i quali non sentirmi angosciato per una collaborazione "precaria", ma impegnato nel costruire valore per il servizio che propongo e per l'organizzazione cui partecipo.

Inizio domandando agli ospiti in questione che cosa gli interesserebbe fare, discutere, a cosa piacerebbe loro lavorare. Emerge l'interesse per la cultura, il cinema, i lavori manuali, lo sport. Rifletto su una proposta da avanzare a queste persone: penso a uno spazio dedicato, entro cui siano realizzabili iniziative a partire dalla capacità e dalla voglia di attivarsi, e non centrate sull'incapacità e la necessità di controllo. Penso che un primo obiettivo di tale progetto possa essere istituire uno spazio in cui condividere il lavoro intorno ad un'attività, in modo da farne una cosa terza (Carli & Paniccia, 2017), per proporre un'alternativa alla relazione con la struttura e il personale assestata sulla dipendenza e il controllo. Nel confrontarmi con la direzione sanitaria rispetto a questo possibile obiettivo, emerge un interesse alla sua realizzazione. Mi risponderà la mia responsabile che tali iniziative sono le benvenute, anche richiamandosi a un tempo in cui si

facevano tante attività, tempo mitico che sembra essersi concluso con il Covid e la perdita di motivazione del personale.

Questo progetto istituirà uno spazio laboratoriale incentrato sul cinema, della cui organizzazione mi occupo assieme alle terapisti occupazionali, uniche figure che sembrano potersi dedicare a qualcosa di diverso dalle attività di assistenza e riabilitazione. Un momento successivo sarà quello di reperimento delle risorse. I primi passi hanno richiesto di interfacciarsi in primo luogo con la direzione sanitaria per domandare la disponibilità di personale che monitorasse lo spostamento degli ospiti. In secondo luogo, con la direzione amministrativa, per domandare la disponibilità di spazi, nello specifico un salone che solitamente è adibito agli incontri tra ospiti e familiari, ma che in questo caso potrebbe essere messo a disposizione per le sessioni di incontro del gruppo, e di una TV e un PC portatile. Le risorse necessarie sono anche figure competenti e interessate a condividere il laboratorio. A questo proposito è in vista la riunione con un'associazione di volontari venuti a conoscenza del progetto e interessati a proporre iniziative che solitamente non si realizzano in RSA: incontri a tema di arboricoltura, fotografia, cucina, teatro. Sento interessanti queste proposte, e mi vengono in mente altre associazioni sul territorio cittadino che potrebbero proporre iniziative.

Al contempo mi domando: “Infine, questo fervore di iniziative reggerà?” Apparentemente sono innanzitutto preoccupato del costo economico necessario a mantenere e sviluppare la rete organizzativa e di rapporti. In realtà mi sento un po' mancare la terra sotto i piedi: il progetto prende il largo dalla rassicurante routine assistenziale, dentro cui lo psicologo quasi sparisce di fronte all'entità delle problematiche clinico-mediche; questo progetto impone di presentarsi, farsi avanti con delle proposte e con dei costi per l'organizzazione. Ripensandoci, vivo l'imprendere in questo contesto come una interessante sfida all'irrelevanza. È venuta alla mente un'iniziativa interessante, un cineforum, che assume un senso imprenditivo, di sviluppo di un servizio nuovo. È importante riconoscere in questa proposta la sua natura di pretesto. L'obiettivo è infatti di istituire uno spazio in cui accogliere desideri: quello di stare insieme in primo luogo, e di partecipare alla costruzione di un contesto di convivenza, per recuperare un'alternativa al viverlo come segregante e coercitivo. Il rischio, pensando che si stia realizzando un'attività differente da tutto il resto, è di agire la fantasia da un lato di rendere la RSA un'altra cosa, tramite un cambiamento radicale finalmente interessante, dall'altro di non cambiare nulla, incidendo sui comportamenti degli anziani per renderli più adatti a stare in quel luogo, “tranquillizzandoli”.

In questo intervento potrò riorientarmi quando analizzerò criticamente il vissuto che avevo avuto di essere solo nella realizzazione del progetto, e vedrò la necessità di tornare a considerare la committenza iniziale. Le sensazioni di irrelevanza e precarietà che stavo provando erano strettamente connesse a questo vissuto e a questa necessità. Quando ho compreso come il sentimento di solitudine e di lontananza dalla committenza fossero condivisi anche dagli altri operatori, lavorare intercettando il desiderio degli ospiti anziani mi ha consentito di tessere connessioni e alleanze. Uno sviluppo interessante di questa iniziativa è stato dover infine constatare l'irrealizzabilità di un laboratorio di cinema, sia per motivi tecnici che per la difficoltà di contattare volontari, a causa di un nuovo periodo di chiusura della struttura per casi di Covid. Queste criticità mi hanno portato a incontrare il gruppo degli ospiti che intendevano partecipare, per discutere cosa avremmo potuto fare. Ben presto la discussione si è incentrata sulle problematiche vissute dagli ospiti, connesse all'abitare in struttura. Sono emersi vissuti di insoddisfazione, di incertezza rispetto al futuro e alla possibilità di uscire, conflitti con i familiari e con gli operatori. Si constatava, ascoltando quegli anziani, che sembravano già al lavoro da soli nel cercare di inventarsi modi per stare insieme, anche attingendo ai repertori tradizionali delle occasioni di compagnia vissute nel periodo antecedente all'ingresso in struttura. Emergeva una considerazione: che si potesse pensare uno spazio di incontro in grado di funzionare senza chiamare necessariamente in causa un'attività da fare, e che anzi l'interesse dell'iniziativa potesse proprio consistere nel discutere i problemi vissuti. Infine, che la mia competenza psicologica potesse contribuire in modo utile a quella discussione. Si era al lavoro sulla possibilità di riconoscere nella RSA uno spazio a cui si può appartenere e di cui ci si può occupare, piuttosto che un luogo in cui si capita o in cui si viene messi. Questo era valido sia per noi operatori che per gli ospiti. Ho quindi proposto agli ospiti partecipanti e alla terapeuta occupazionale che conduceva il gruppo insieme a me, che forse stavamo lavorando alla possibilità di convivere entro la RSA; che era difficile, ma che lo si poteva fare a partire dal confronto su come i partecipanti vivano la permanenza in questo luogo e i rapporti che la contraddistinguono. La proposta piace al gruppo, e diventa un appuntamento regolare; il nome del progetto sarà “Gruppo di lavoro sulla costruzione di convivenza in RSA”. Ho sentito questo gruppo al lavoro sul desiderio di stare

insieme. Ho sentito di parteciparvi, di non esserne l'unico responsabile mentre ospiti e terapisti mi interrogano in merito alle questioni organizzative e chiedono confronti su quanto emerge.

Conclusioni

In conclusione, direi che poter sentire la voce degli anziani significhi poter stare entro un rapporto in cui non si silenzia, mentre la si subisce, la paura della confusione e dell'impotenza. Silenziare i vissuti di impotenza è invece reso possibile dalla collusione sulla condivisa istanza culturale orientata a tacitare l'anziano, che, nel caso sia ospite di servizi di assistenza, è così destinato all'inerzia. Questo processo evolutivo, il passare dall'ignoramento della loro voce all'ascolto, nel mio caso è stato possibile grazie al continuo confronto tra esperienze in RSA e loro discussione entro la scuola di specializzazione, come pure dal confronto che così si è aperto con altri operatori, la committenza e gli anziani.

Bibliografia

- Balsamo, M. (2019). Prefazione [Preface]. In R. Corsa, & G. Vandi (Eds.), *Vecchiaia e psicoanalisi* (pp. V-XIII). Gorgonzola: Alpes.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2017). Il cammino delle idee [The path of ideas]. *Quaderni Di Psicologia Clinica*, 1, 3–12. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/669>
- De Beni, R., & Borella, E. (Eds.) (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* [Psychology of aging and longevity]. Bologna: Il Mulino.
- Falconi, M. S., Lodi, L., Molteni, V., & Prete, O. (2019). *Viaggiatori controcorrente: Percorsi di benessere non farmacologico* [Against the tide travellers: Non-pharmacological wellness programs]. Piacenza: Dapero.
- Freud S. (1968). La sessualità nell'etiologia delle nevrosi [Sexuality in the etiology of neuroses]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF* (Vol. 2, pp. 397-417). Torino: Boringhieri (Original work published 1898).
- Fumagalli, M., Cristini, C., Porro, A., & Arrigoni, F. (2020). *Gentilezza e galateo in RSA: La rivoluzione silenziosa* [Kindness and etiquette in RSA: The Silent Revolution]. Rimini: Maggioli.