

The relationship between demand and offer in the services for non-self-sufficient elderly people: A research-intervention involving general practitioners, social workers and families

Stefano Pirrotta* , Felice Bisogni**

Abstract

The authors present a research-intervention - conducted with the Emotional Text Analysis (ETA) method - commissioned by local administration - in order to explore the emotions experienced by non self-sufficient elderly people, their family members and the health and social services professionals, within the same territory. Audio-recorded and transcribed interviews were carried out in three different corpuses, then the ETA was applied: a corpus consisting of the interviews of the elderly and their families; one consisting of the interviews of the physicians belonging to general medicine services; one consisting of the interviews of the operators belonging to local social services (residential or semi-residential). Then, the different culture of the providers and the culture of assistance services' users were compared, to identify criteria to project demand-orientated services. The results underline that there is a demand for clinical psychological intervention for the problems of coexistence posed by aging, besides the intervention dealing exclusively with the diagnosis-treatment-rehabilitation of the elderly individual. The elderly and the family members ask to be supported in the development of collusive skills and sharing interests to get out of feelings of helplessness and familist dynamics; physicians and social workers ask to be helped to develop alternative intervention models to the factification and medicalisation of family problems.

Keywords: elderly and families; medicine; social services; research-intervention; ETA Emotional Text Analysis.

* Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy - Clinical Intervention and Analysis of Demand; Psychologist at the Mental Health Department of ASL Roma 2; Founder of the GAP Association. Email: stefano.pirrotta@aslroma2.it

** Psychologist, Psychoterapist, Professor SPS of the Specialization Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychological Intervention and Analysis of the Demand in Psychoanalytic Psychotherapy - Clinical Intervention and Analysis of Demand; Founder of the GAP Association. Email: felice.bisogni@gmail.com

Pirrotta, S., & Bisogni, F., (2023). Il rapporto tra domanda e offerta nei servizi di assistenza ad anziani non-autosufficienti: Una ricerca-intervento con medici di medicina generale, operatori sociali e famiglie [The relationship between demand and offer in the services for non-self-sufficient elderly people: A research-intervention involving general practitioners, social workers and families]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 33-53. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Il rapporto tra domanda e offerta nei servizi di assistenza ad anziani non-autosufficienti: Una ricerca-intervento con medici di medicina generale, operatori sociali e famiglie

*Stefano Pirrotta**, *Felice Bisogni***

Abstract

Gli autori presentano una ricerca-intervento - condotta con la metodologia dell'Analisi Emozionale del Test (AET) - commissionata da un ente regionale al fine di esplorare le emozioni vissute nel rapporto tra anziani non autosufficienti, loro familiari e professionisti di servizi sociosanitari di uno stesso territorio. Sono state realizzate interviste audio-registrate e trascritte in tre diversi corpus sui quali è stata applicata l'AET: un corpus con le interviste di anziani e loro famigliari; uno con le interviste dei medici afferenti a servizi di medicina generale; uno con le interviste di operatori afferenti a servizi sociali territoriali (di tipo domiciliare o semiresidenziale). La ricerca ha messo a confronto la cultura locale degli *erogatori* e quella dei *fruitori* dei servizi di assistenza al fine di costruire ipotesi su come sviluppare interventi orientati alla domanda di anziani e famiglie. I risultati sottolineano come ci sia una domanda di intervento psicologico clinico sui problemi di convivenza posti dall'invecchiamento che affianchi quello che si occupa esclusivamente di diagnosi-cura-riabilitazione dell'individuo anziano. Anziani e famigliari chiedono di essere supportati nello sviluppo di competenze collusive e nella condivisione di "cose terze" per uscire da vissuti di impotenza e da dinamiche familiste; medici e operatori sociali di essere aiutati a sviluppare modelli di intervento alternativi alla fattizzazione e medicalizzazione dei problemi delle famiglie.

Parole chiave: anziani e famiglie; medici; servizi sociali; ricerca-intervento; AET Analisi Emozionale del Test.

* Psicologo, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Clinico e Analisi della Domanda; Dirigente psicologo presso il Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma 2; Fondatore dell'Associazione GAP. E-mail: stefano.pirrotta@aslroma2.it

** Psicologo, Psicoterapeuta, Docente SPS nel Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Clinico e Analisi della Domanda, Fondatore dell'Associazione GAP. E-mail: felice.bisogni@gmail.com

Pirrotta, S., & Bisogni, F., (2023). Il rapporto tra domanda e offerta nei servizi di assistenza ad anziani non-autosufficienti: Una ricerca-intervento con medici di medicina generale, operatori sociali e famiglie [The relationship between demand and offer in the services for non-self-sufficient elderly people: A research-intervention involving general practitioners, social workers and families]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 33-53. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Premessa

Nel 2015 per conto dell'Associazione GAP¹ abbiamo partecipato ad un bando di finanziamento di un Ente Amministrativo Regionale che intendeva favorire lo sviluppo di servizi nel campo dell'assistenza ad anziani non-autosufficienti, promuovendo il lavoro di rete tra di essi. In risposta al bando ideammo il progetto di ricerca-intervento denominato “*Rete Enea: diverse competenze, un'unica assistenza*” che ha coinvolto un gruppo di medici di base, un gruppo di operatori di servizi sociali e un gruppo di anziani e familiari - tutti afferenti allo stesso territorio - con l'obiettivo di analizzare la cultura dei *fruitori* e quella degli *erogatori* di servizi di assistenza agli anziani. Come Associazione GAP volevamo sviluppare un'offerta di servizi psicologici in tale ambito e per questo volevamo conoscere i problemi vissuti dalle famiglie e dalle organizzazioni di servizi nel campo dell'assistenza. L'idea ci venne a partire dallo scambio con un medico di medicina generale che, insieme ad un gruppo di colleghi, era desideroso di sviluppare il proprio lavoro e una riflessione con altri professionisti dei servizi presenti nel territorio circa i problemi vissuti dalle famiglie di anziani non-autosufficienti. Molti dei medici e delle famiglie partecipanti sono state coinvolti grazie al suo contributo².

La ricerca è stata quindi motivata dal desiderio di “conoscere per intervenire” su di una area di domanda che sta crescendo nel nostro paese, quella dell'assistenza agli anziani. Sono infatti circa 2,5 milioni gli anziani non autosufficienti presenti in Italia e secondo l'ISTAT (2017) la percentuale di individui di 65 anni e più crescerà di oltre 10 punti percentuali entro il 2050, arrivando a costituire il 34% della nostra popolazione. La presenza di un anziano non autosufficiente in famiglia diventerà sempre più un'esperienza comune. Oggi in Italia l'80% di persone con disabilità ha più di 65 anni e la maggior parte di esse vive in famiglia, in questa classe di età le persone non-autosufficienti sono il 18,7 %; dopo gli 80 anni, sono il 44 % (Solipaca, 2010). Nel nostro paese la popolazione invecchia con un ritmo maggiore che in ogni altro paese d'Europa; il modello di welfare presente è di tipo ‘mediterraneo’, caratterizzato da prevalenza di spesa pensionistica e contributi monetari alle famiglie rispetto a quella destinata ai servizi (Del Favero, 2010). Il carico dell'assistenza grava sulle famiglie che cercano di gestire la situazione in casa; quando si ricorre all'aiuto esterno ci si rivolge spesso a badanti a cui si delegano tutte le esigenze dell'anziano (Pugliese, 2011). Il ricorso ai servizi pubblici compare eventualmente, e solo in un secondo momento, poiché non li si pensa in grado di dare aiuto (Noci, 2010). Diversi studi hanno mostrato come l'organizzazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti da parte dei propri familiari comporti significativi problemi emozionali (Haley, 2003). In una ricerca che ha analizzato il punto di vista di familiari di anziani non autosufficienti con esperienza di assistenza da parte di un badante (Paniccia, Giovagnoli, & Caputo, 2015), è emerso come la domanda delle famiglie ai servizi sia quella di non essere emarginate con i loro problemi entro il solo contesto familiare, per altro in cambiamento. I risultati sottolineano la necessità di sviluppare competenze psicologico cliniche capaci di intervenire sul rapporto conflittuale e diffidente famiglia/servizi, pubblici e privati, e la necessità di promuovere un'offerta di

¹ L'Associazione di Promozione Sociale GAP, fondata dagli autori nel 2012, realizza servizi psicologici e progetti di ricerca e intervento psicosociale su committenza di organizzazioni sociosanitarie, enti locali, agenzie governative nazionali ed europee. www.apsgap.it.

² Enzo Pirrotta è stato medico di medicina generale e cardiologo molto attivo nello sviluppo delle politiche formative, professionali e organizzative dei servizi di cura primaria. Autore di numerosi articoli, membro della SNAMID - Società Scientifica di Medicina Generale, della SIICP – Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie. Ha contribuito a fondare la Onlus “Il Canguro” che ha riunito medici di medicina generale della Asl Rm-B per promuovere un “salto in avanti” nell'organizzazione del sistema sanitario. Ha inoltre partecipato per anni, con il desiderio di sviluppare servizi di medicina generale più attenti ai problemi emozionali e di convivenza delle famiglie, al progetto di collaborazione tra medici e psicologi, coordinato dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza di Roma (Solano, 2011).

intervento psicologico fondato sulla conoscenza dei problemi posti dall'invecchiamento della popolazione, che affianchi le competenze che si occupano di diagnosi-cura-riabilitazione dell'individuo anziano.

In quest'ottica, in quest'articolo proponiamo una sintesi dei principali risultati della ricerca-intervento "Rete Enea" mettendo a confronto la cultura locale degli erogatori (medici e operatori sociali) e quella dei fruitori dei servizi di assistenza (anziani e famiglie) coinvolti, al fine di condividere con i colleghi letture utili allo sviluppo di interventi psicologico clinici orientati alla domanda di anziani e famiglie e alla domanda delle organizzazioni che se ne occupano. Per i lettori interessati, rimandiamo ad un altro articolo in cui resocontiamo un intervento di consulenza e formazione che ha coinvolto il personale di un Centro semiresidenziale per anziani con demenza, che ha partecipato al progetto di ricerca-intervento "Rete Enea" (Pirrotta & Bisogni, 2019).

Il progetto di ricerca-intervento

Il progetto "Rete Enea" è stato realizzato dagli autori per conto dell'Associazione GAP, un'organizzazione che dal 2012 si occupa di ricerca e intervento psicosociale. Il committente è stato un ente regionale interessato a coinvolgere anziani non autosufficienti, loro familiari e operatori dei servizi socio-sanitari nella costruzione di nuovi modelli di assistenza coerenti con la domanda delle famiglie stesse. La ricerca-intervento è stata proposta come strumento di esplorazione del rapporto tra servizi di assistenza rivolti agli anziani presenti nel territorio di competenza dell'ente committente e famiglie che a tali servizi si rivolgono. Ha permesso di confrontare il punto di vista degli erogatori e dei fruitori dei servizi di assistenza con l'obiettivo di condividere criteri per lo sviluppo di iniziative e servizi orientati ai problemi delle famiglie.

Complessivamente sono state intervistate 90 persone tra anziani e famigliari, medici di base del territorio e operatori impiegati in servizi sociali di assistenza ad anziani non autosufficienti.

Analisi emozionale del testo

La ricerca è stata realizzata utilizzando l'Analisi Emozionale del Testo (AET) (Carli & Paniccia, 2002), una metodologia che esplora i modi in cui i gruppi sociali simbolizzano emozionalmente un contesto che condividono. L'AET implica la raccolta di testi prodotti dai partecipanti, in questo caso tramite interviste, quindi la loro trascrizione in un unico testo e una sua successiva analisi tramite la destrutturazione del senso intenzionale del discorso e l'individuazione al suo interno delle "parole dense", ovvero parole con un massimo di polisemia emozionale e un minimo di ambiguità. Una volta individuate le "parole dense", si procede tramite l'analisi statistica dei cluster e delle corrispondenze multiple, da noi effettuata con il software T-lab (Lancia, 2004), ottenendo un piano fattoriale descrittivo della cultura locale in analisi, contenente diversi cluster o raggruppamenti di "parole dense" co-occorrenti tra loro che hanno una ricorsività significativa entro il testo, espressivi della dinamica collusiva propria degli intervistati.

Gruppi intervistati

Sono state realizzate interviste e focus group audio-registrati, trascritti e raccolti entro tre distinti corpus di testo contenenti i discorsi prodotti dai tre diversi gruppi di intervistati: anziani e famigliari; medici di medicina generale; operatori sociali.

Per esplorare la cultura locale degli *erogatori di servizi di medicina generale*, sono state realizzate 25 interviste a medici di base afferenti a 15 differenti studi di medicina generale di uno stesso territorio di Roma. L'età media dei medici intervistati è 60 anni ed il 79% è in servizio da più di 15 anni.

Per esplorare la cultura locale degli *erogatori di servizi sociali*, sono state realizzate 20 interviste a personale del servizio sociale municipale che si occupa di anziani fragili e operatori dei centri diurni per anziani non-autosufficienti attivi entro il territorio interessato dal progetto, che condividono anche esperienze di intervento domiciliare. L'età media degli operatori sociali intervistati è di 51 anni ed il 76% ha un'anzianità di servizio superiore ai 15 anni.

Per esplorare la cultura locale dei *fruitori dei servizi*, sono stati realizzati undici focus group che hanno coinvolto separatamente tra loro 25 anziani e 20 familiari fruitori di servizi di medicina generale o servizi di centro diurno per anziani fragili partner del progetto.

Gli anziani e i famigliari intervistati sono stati reclutati su indicazione dei medici e degli operatori dei centri diurni coinvolti. Il criterio di selezione è stato l'essere un anziano o un famigliare di anziano con diagnosi di disturbo neuro-cognitivo maggiore e l'interesse a partecipare alla ricerca e a parlarci della propria esperienza. Le trascrizioni dei focus group sono stati trattati in un unico corpus, differenziando in fase di analisi con una variabile illustrativa quelli che hanno coinvolto gli anziani da quelli a cui hanno partecipato solo i familiari. Le caratteristiche del gruppo degli intervistati sono riportate nella Tabella 1.

Tabella 1. Ruolo degli intervistati

Erogatori servizi sanitari	Erogatori servizi sociali	Fruitori servizi	
		Anziani	Famigliari
<i>Medici</i>	<i>Assistenti e operatori sociali</i>	<i>25</i>	<i>20</i>
25	20	25	20
25	20	45	
90			

Domanda stimolo

La domanda stimolo è stata la seguente, uguale per tutti e tre i gruppi di intervistati.

“Faccio parte di GAP un'associazione di psicologi che, su committenza della Regione, sta realizzando una ricerca per esplorare il rapporto tra chi eroga e chi fruisce dei servizi di assistenza ad anziani non-autosufficienti. Stiamo per questo intervistando anziani, familiari, operatori sociali e medici di base per capire le questioni con cui si confrontano e che tipo di iniziative può essere utile attivare per sviluppare il rapporto tra famiglie e servizi.

Ci interessa ascoltare la sua esperienza in un'intervista di mezz'ora che sarà registrata perché sarà il testo registrato, anonimo, ad essere analizzato. Tramite alcuni incontri i dati saranno discussi con i partecipanti che lo vorranno. Possiamo iniziare, mi dica quello che le viene in mente”.

Nelle pagine seguenti presentiamo una lettura delle tre culture locali analizzate, seguita da alcune riflessioni conclusive.

La cultura di anziani e familiari

Sono stati intervistati 25 anziani e 20 famigliari di persone anziane con diagnosi di disturbo neuro-cognitivo residenti nel Municipio partner del progetto. Di questi il 60 % usufruiva di servizi di medicina generale insieme al servizio di centro diurno per anziani fragili. Il restante 40% accedeva esclusivamente ai servizi di medicina generale senza usufruire di alcun servizio sociale. L'età media degli anziani intervistati è di 79 anni, mentre l'età media dei familiari è di 60 anni. Le interviste sono state trattate in un unico corpus di testo perché interessava rilevare le simbolizzazioni condivise da anziani e famigliari come fruitori dei servizi di assistenza. Dall'analisi emozionale del testo sono emerse 4 repertori culturali in rapporto tra loro su tre fattori (Fig. 1). Sul primo fattore si contrappongono il cluster 3 e il cluster 2. Sul secondo fattore si contrappongono il cluster 1 e il cluster 4. Mentre sul terzo fattore sono in rapporto su polarità opposte il cluster 1 e il cluster 2.

2	1
4	3

Figura 1. Piano fattoriale e classi di parole dense

Nella tabella (Tab. 2) è riportata la lista per cluster delle parole dense e le variabili illustrative relative sia al gruppo delle interviste degli anziani (*_ruol_anz*) e al gruppo delle interviste dei familiari di anziani (*_ruol_fam*) e sia alla fruizione del servizio centro diurno da parte degli anziani (*_cd_si*).

Tabella 2. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

χ^2	CLUSTER 1	χ^2	CLUSTER 2	χ^2	CLUSTER 3	χ^2	CLUSTER 4
171,81	problema	155,86	centro	408,5	figli	122,43	imparare
167,27	casa	116,53	persona	90,02	moglie	109,56	cura
79,08	uscire	83,4	aiutare	87,15	fratello	97,87	giocare
71,56	lasciare	68,86	trovare	52,81	sposare	61,33	parlare
57,67	vivere	63,55	malattia	46,33	mangiare	49,95	fumare
41,82	bisogno	57,09	dottore	40,44	dormire	47,67	giardino
36,62	h24	55,95	psicologia	37,92	morire	44,09	dimenticare
27,08	abbandonare	52,96	supporto	36,57	mamma	42,25	insieme
26,38	libero	36,48	municipio	35,14	telefono	36,51	somatizzare
25,59	badante	31,94	gruppo	34,77	marito	35,9	gita
23,46	pulire	26,73	amicizia	31,17	maschio	32,1	simpatia
20,33	costringere	24,09	frequentare	28,96	nonni	31,21	riflettere
19,05	persona	22,05	offrire	26,96	femmina	31,21	sigaretta
18,71	autonomo	21,62	cooperativa	26,77	cadere	25,17	ascoltare
	<i>_ruol_fam</i>		<i>_ruol_fam</i>		<i>_ruol_anz</i>		<i>_cd_si</i>

Interpretazione dei cluster

Cluster 3. Figli, moglie, fratello. Il repertorio culturale 3 caratterizza in modo significativo le interviste agli anziani. Le prime co-occorrenze di parole dense etimologicamente rimandano all'allattare, al mungere, al nutrire e all'essere nutriti, evocando una relazione di accudimento e l'appartenenza alla famiglia, contesto vissuto come privilegiato ma anche prescritto di relazioni. Si evocano relazioni di accudimento che ci si attende dai "propri cari" (*figli, moglie*) una sorta di pretesa, fondata sui ruoli familiari, l'essere una famiglia, l'essere *sposati*. Stiamo parlando quindi di una cultura familista.

Le successive co-occorrenze rimandano al vissuto di una quotidianità a rischio di monotonia finalizzata al *mangiare* e al *dormire*, come se il tempo non fosse in altro modo utilizzabile. Sembrano mancare spazi per un uso del tempo produttivo, in cui fare cose divertenti, utili. Si evidenzia il rischio di una chiusura depressiva, la quotidianità sembra deprivata di desideri e obiettivi e scorrere in attesa di *morire*. D'altro lato l'affetto e l'interesse per i propri famigliari sono elementi significativi per gli intervistati che evocano la gratificazione legata al sentirsi dentro un ruolo (*mamma, papà o nonni*) che organizza i loro rapporti. Sembrerebbero dire: "basta poco, basta una *telefonata* con figli e *nipoti* per interrompere la monotonia di una giornata senza nulla da fare". In altri termini stiamo parlando di anziani che sentono di poter vivere solo in rapporto a ruoli familiari e questa è la risorsa ed il limite di questa posizione culturale.

Cluster 2. Centro, persona, aiutare. Il repertorio culturale 2 caratterizza le interviste realizzate con i famigliari di anziani non autosufficienti. Nel repertorio culturale precedente abbiamo visto come per gli anziani l'assistenza venga culturalmente connotata come una questione di cui dovrebbero occuparsi i famigliari. Qui invece si parla del processo di ricerca dei servizi per l'invecchiamento da parte dei famigliari che desiderano non essere lasciati soli con i problemi che vivono. Si evocano relazioni altre ed esterne alla famiglia (*centro, persona*) e una posizione di committenza (*aiuto, trovare*) che sembra possibile a partire dal sentirsi spaventati per l'aver a che fare con una *malattia*. Emerge la medicalizzazione dei problemi, l'idea di avere a che fare con un male che motiva la ricerca e l'affidarsi a professionisti esterni. Si chiama in causa il *dottore*, il medico di base, attribuendogli la competenza ed il potere di intervenire sul problema. Allo stesso tempo si riconosce come i problemi con cui ci si confronta non necessitano solo di interventi medici. Viene chiamata in causa la *psicologia* come disciplina potenzialmente utile entro il contesto dell'assistenza a *supportare*, ovvero tenere su qualcosa che rischia di essere giù. C'è poi il riferimento al *municipio* visto come ente pubblico possessore di risorse ed erogatore di servizi a cui si ritiene di aver diritto di accedere. La parola *municipio* rimanda inoltre ad una comune appartenenza ad un contesto territoriale nell'idea che la non autosufficienza sia una questione pubblica: l'assistenza non riguarda solo la propria famiglia come emerso nel precedente cluster. Con la parola *gruppo* si evoca poi una appartenenza di rapporti extra-famigliari. È questo uno degli obiettivi dell'aiuto che si chiede: supportare gli anziani nella costruzione di *amicizie* e rapporti con persone esterne al proprio nucleo familiare. Emerge la richiesta di interventi che possano offrire un contesto di rapporti in cui far sentire meno solo e "giù di tono" l'anziano e la sua famiglia, svolgendo una funzione diversa rispetto a quella definita dall'intervento sanitario contro la malattia che si occupa esclusivamente di diagnosi-cura-riabilitazione del corpo malato. È questo genere di servizi che i famigliari ricercano a partire - è utile sottolinearlo - dalla medicalizzazione dei problemi.

Cluster 1. Problema, casa, uscire. Il repertorio culturale 1 caratterizza in modo statisticamente significativo le interviste con familiari di anziani che fruiscono esclusivamente dei servizi di medicina generale e non del servizio centro diurno o di altri servizi sociali.

Le prime co-occorrenze (*problema, casa, uscire*) sottolineano come la famiglia rappresenti sia il contesto d'appartenenza e rapporti entro cui si trova rifugio e protezione sia le "mura" entro cui ci si sente rinchiusi e soli con i problemi che si vivono. Emerge il desiderio di evasione e l'idea che uscire fuori, *lasciarsi*, sia una necessità e l'unico modo per poter *vivere*. Emerge la rappresentazione della vecchiaia come condizione di continuo *bisogno* di assistenza, *24 su 24*, e la convivenza familiare di fronte a questo bisogno rischia di diventare, tanto per i famigliari quanto per gli anziani, sinonimo di un rapporto reciprocamente obbligante. Sentirsi "costretti" ad assistere ma anche ad essere assistiti fa confrontare con il desiderio di evasione dal rapporto e un conseguente sentimento di colpa entro il vissuto di *abbandono*. Ci si sente in colpa (o di colpevolizzare l'altro) entro una relazione organizzata dalla fantasia *mors tua vita mea*, entro cui si vive il desiderio di *liberarsi* dal gravoso e costretto rapporto di assistenza.

In questa prospettiva si chiama in causa la figura della *badante* nell'attesa che sostituisca la famiglia nell'assistere la persona anziana, sollevando i parenti dall'obbligo di un'assistenza continua. Interessante a

questo proposito come i famigliari definiscano la badante come un intervento *costrretto* ma necessario per loro stessi e per gli anziani. Sottolineiamo come si attribuiscono alla badante compiti pragmatici come la manutenzione dell'igiene della casa e la pulizia ignorando la funzione che essa si trovano a svolgere a livello affettivo.

Cluster 4. Imparare, cura, giocare. Questo ultimo repertorio culturale caratterizza le interviste sia di anziani che di familiari che utilizzano i centri diurni per anziani coinvolti nella ricerca.

Le prime parole evocano una relazione fondata sullo scambio, sul prendere e ricevere (*imparare*) e dare (*cura*) qualcosa all'altro. I centri diurni sembrano rappresentare contesti utili in cui poter partecipare di un modello di assistenza fondato sullo scambio, sull'apprendimento, il *gioco* e la *parola*. Stiamo parlando di un modello di assistenza che, valorizzando le competenze degli anziani e il loro coinvolgimento entro relazione produttive, sembra riuscire a mettere tra parentesi l'apprensione continua per le sofferenze e i bisogni del corpo. Un modello capace di costruire un'alternativa al rischio della depressiva chiusura dentro casa (repertorio culturale 3) e aiutare gli anziani a trovare motivi per i quali vivere.

Qui si guarda all'anziano come una persona viva, con interessi, conoscenze, voglia di imparare cose nuove e che ha desideri e vizi: ad esempio non vuole rinunciare a *fumare* una sigaretta. Anziani ed i famigliari sembrano sostenere la ricerca di gratificazioni che rendano piacevole con-vivere ed esprimono il desiderio di non finire recintati entro contesti di assistenza autoriferiti privi di rapporti con l'esterno e con la comunità locale. Viene a questo proposito sottolineata l'utilità di uscire di casa per passare qualche ora all'aria aperta nei *giardini* o nei parchi della città.

Sembra in questo senso rimanere, nonostante il sopraggiungere di forme di demenza più o meno gravi, la possibilità di desiderare, non cadendo nella tentazione di reagire all'invecchiamento costruendo un sistema di assistenza finalizzato solo alla sussistenza e all'espletamento dei bisogni fisici e pragmatici dell'anziano. Nei centri diurni la demenza sembra non precludere la possibilità di coltivare rapporti produttivi e interessi. Diventa in tal modo possibile *dimenticare* (etimol. uscire fuori di mente), perdere colpi, senza sentirsi reclusi entro il proprio contesto familiare ed entro un vissuto di impotenza mortifera.

Viene inoltre problematizzato e considerato criticamente il rapporto con il corpo che invecchia. Un corpo che - dicono anziani e famigliari - in alcuni casi sembra *somatizzare* problemi come se si riconoscesse la difficoltà di esprimere a parole pensieri e sentimenti.

A questo proposito le persone con le quali si condivide la partecipazione ad un servizio possono diventare tanto per gli anziani quanto per i famigliari una risorsa per *riflettere*. Stiamo parlando di una serie di opportunità interessanti che è possibile cogliere se ci si occupa di costruire servizi che mettano a disposizione spazi ed opportunità d'incontro con altri, alternativi a quello ristretto del proprio contesto familiare che, se deprivato di rapporti con l'esterno, espone al rischio di un isolamento depressivo che può anche portare gli anziani a desiderare la morte. Spazi e contesti condivisibili con altri che se individuati danno la possibilità di coltivare momenti di divertimento appoggiandosi ad attività creative come scrivere poesie, dipingere, lavorare alla messa in scena di spettacoli teatrali. Il divertimento può a nostro avviso rappresentare un'alternativa efficace alla prescrizione a sopravvivere e garantire la sopravvivenza legata alla cura del corpo.

Analisi spazio fattoriale

Sul primo fattore emerge un'interessante contrapposizione: da una parte c'è l'idea che l'assistenza all'anziano sia qualcosa che riguarda il *dentro* della famiglia (cluster 3) contesto privilegiato ma anche obbligato di relazioni; dall'altra si guarda *fuori* a contesti extra-famigliari entro la medicalizzazione dei problemi che si vivono ma anche entro la possibilità di condividere i problemi emozionali e di convivenza su cui fondare il rapporto di committenza con i servizi (cluster 2).

Nel cluster 3 gli anziani parlano di rapporti fondati sui ruoli familiari. L'assistenza viene iscritta entro il vincolo e la pretesa dell'essere famiglia: emerge l'attesa che il ruolo parentale obblighi ad occuparsi dell'anziano, preoccupandosi di garantirne la sopravvivenza e occupandosi dei suoi bisogni inderogabili. L'anzianità sembra identificata con la figura del vecchio morente che non ha più nulla da dare o da chiedere alla vita, una rappresentazione che sollecita l'instaurarsi di rapporti di accudimento e controllo. In tale contesto la quotidianità sembra deprivata di desideri e obiettivi, sembra scorrere in modo impotente in attesa di morire, con il rischio di una chiusura depressiva all'interno della famiglia. L'unico riferimento alla vitalità entro il

cluster è quello connesso a parole come nonni, nipoti e telefonare: laddove si allenta l'obbligo sembra farsi spazio la possibilità di un rapporto piacevole e gratificante.

Nel repertorio culturale 2 invece i famigliari si fanno committenti di servizi e rapporti esterni, che aiutino ad occuparsi dei problemi con cui ci si confronta. Il guardare fuori dalla famiglia sembra possibile a partire dalla simbolizzazione della non autosufficienza come malattia che legittima il rapporto con professionisti del sistema socio-sanitario. Da un lato si guarda alla prospettiva medica, si chiama in causa il dottore; dall'altra si fa riferimento alla psicologia. Se nel cluster 3 c'era il vissuto di una famiglia sola con il problema di accudire l'anziano nel fine-vita, un anziano che può morire e cadere quindi finire a terra o sotto terra; qui si evoca la possibilità supportare, portare su, cercando persone che abbiamo il potere di intervenire sui mali del corpo e della psiche. Emerge la richiesta di un'offerta di servizi che, valorizzando dispositivi d'intervento di gruppo, aiutino a frequentare amici, estranei alla famiglia. Si chiede di essere aiutati e di essere accompagnati non lasciati soli, di condividere. A questo proposito gli intervistati sembrano in cerca di rapporti entro cui non sentirsi impotenti, confrontarsi, parlare ed essere ascoltati, che possano accogliere la loro domanda di scambio. Sul secondo fattore da una parte emerge il vissuto dei familiari di impotenza, colpa e preoccupazione per la perdita di autonomia dell'anziano (repertorio culturale 1) che "costringe" a occuparsi di lui e confronta con la voglia di evadere e "liberarsi" dall'obbligo del rapporto tramite di figure che sostituiscono la famiglia nell'assistenza (come la badante). D'altro lato, sull'altro polo del secondo fattore, emerge il desiderio di anziani e famigliari di sviluppare competenza a stare insieme e convivere (cluster 4), la domanda di interventi - integrativi e non solo sostitutivi - che aiutino a divertirsi come modo di trasgredire modalità di relazione controllanti e mortifere.

Se sul primo fattore nel repertorio 3 c'era la pretesa di un accudimento obbligante, nel repertorio 1 emerge il desiderio di evadere da un rapporto vissuto come costretto. Da un lato si cercano vie di uscita e d'altro lato c'è difficoltà a lasciare, ad allontanarsi. Si vive un conflitto tra lo stare con l'altro e il voler vivere la propria vita. In tale contesto si è presi dalla fantasia di abbandonare: emerge l'emozionalità della colpa. Ciò avviene entro un contesto in cui la non autosufficienza viene trattata quale bisogno pressante, 24 ore su 24. Si chiede l'intervento sostitutivo della badante per essere sostituiti, ripristinare il controllo, fare ordine. La badante è rappresentata come una necessità motivata dal bisogno, è qualcosa a cui ci si sente costretti. Per vivere bisogna liberarsi dal compito dell'assistenza, *tertium non datur*, ma questo genera colpa.

Nel repertorio culturale 4 gli intervistati esprimono una domanda di sviluppo di contesti e relazioni fondati sulla condivisione di "cose terze"³, sull'apprendimento, il gioco e sulla parola. Emergono desideri e si riconoscono risorse che evocano la possibilità di trovare motivi per cui vivere e con-vivere. Emerge una rappresentazione della vecchiaia caratterizzata da vitalità e desiderio di trasgredire: la vecchiaia è anche creatività, possibilità di smarcarsi dagli obblighi rituali della vita sociale. Si evoca il divertimento come obiettivo alternativo al controllo e alla sorveglianza. Sottolineiamo come la domanda divertimento implichi il riconoscimento di una verità non scontata: che si è ancora vivi fino a cinque minuti prima di morire.

Il terzo fattore suggerisce un rapporto significativo tra i repertori culturali 1 e 2. Su questo fattore emerge chiaramente come la dimensione motivazionale che sostiene la domanda di servizi da parte della famiglia sia il desiderio di uscire dal vissuto di isolamento e dall'obbligo all'assistenza entro la medicalizzazione del problema che legittima la richiesta di aiuto ai servizi. Come indicatore di sviluppo la ricerca sottolinea il riconoscimento della difficoltà di condividere entro i rapporti famigliari desideri ed interessi, come principale questione che spinge la famiglia a una ricerca di interlocutori e professionisti esterni. Emerge in tal modo una domanda di servizi a cui si chiede non soltanto di sostituire i familiari nell'assistenza ma anche di aiutare a sviluppare competenze e relazioni soddisfacenti: servizi che accompagnino e sostengano lo sviluppo dei rapporti familiari e il riconoscimento di risorse, desideri e obiettivi attorno a cui organizzare la convivenza - prima che l'assistenza - nel modo più piacevole, vitale e divertente possibile.

La cultura degli operatori sociali

³ Il costrutto di "cosa terza" è inteso quale interesse condiviso, entro la relazione, per una trasformazione produttiva di uno stato del mondo; interesse che permette alla relazione di non implodere entro fantasie agite di impossessarsi dell'altro o di farsi possedere (cfr. Carli & Panizza, 2012).

Per quanto riguarda le interviste agli operatori erogatori dei servizi sociali, sono stati coinvolti *10 assistenti sociali* (coordinatori di centri e servizi sociali) e *10 operatori sociali* (operatori di centro diurno impegnati nel lavoro con gli anziani), a cui è stato proposto di parlare della propria funzione e della domanda di anziani e famiglie.

Dall'analisi emozionale del testo sono emerse 4 repertori culturali in rapporto tra loro su tre fattori (Fig. 2). Sul primo fattore si contrappongono il cluster 3 e il cluster 4. Sul secondo fattore si contrappongono il cluster 2 e il cluster 4. Mentre sul terzo fattore si trova il cluster 1.

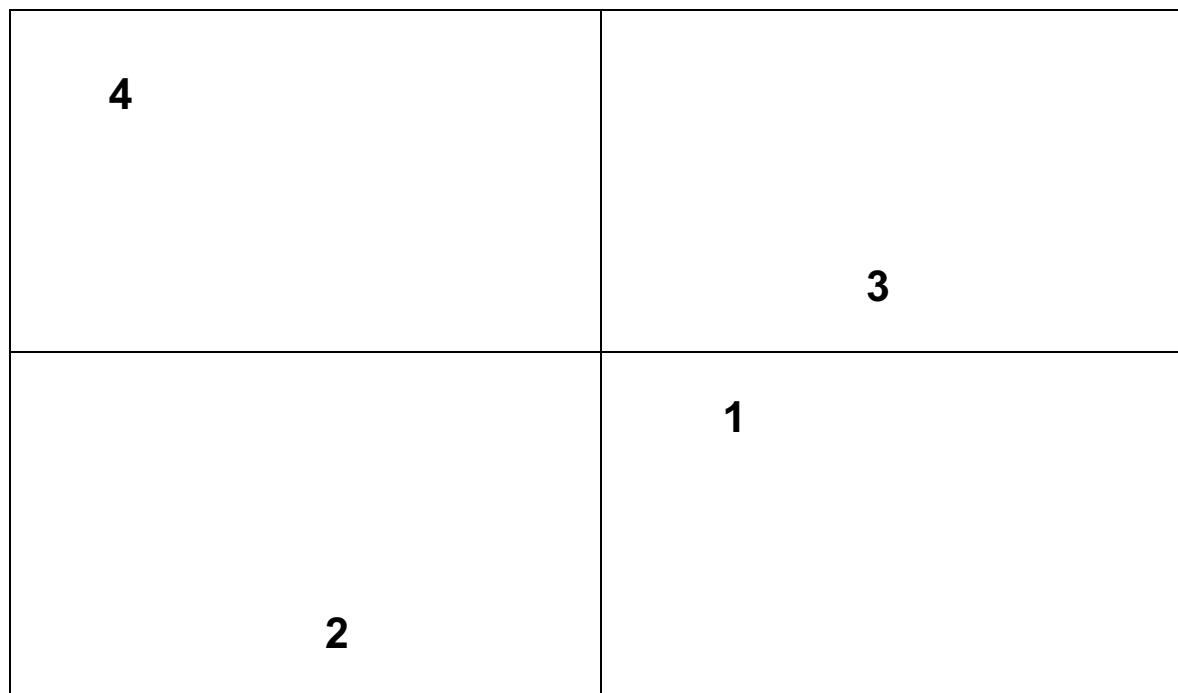


Figura 2. Piano fattoriale e classi di parole dense

Nella tabella (Tab. 3) è riportata la lista per cluster delle parole dense e le variabili illustrative relative sia al gruppo delle interviste agli assistenti sociali (*_ruol_asoc*) e al gruppo delle interviste agli operatori (*_ruol_oper*).

Tabella 3. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

χ^2	CLUSTER 1	χ^2	CLUSTER 2	χ^2	CLUSTER 3	χ^2	CLUSTER 4
135.0	problemi	134.9	figli	54.0	alzheimer	104.0	teatro
83.0	operatore	105.6	casa	54.0	famigliare	87.5	vita
49.1	domiciliare	64.4	accettare	47.1	territorio	60.0	musica
47.3	aiuto	52.4	genitore	36.1	municipio	46.5	insegnamento
42.3	socializzare	51.5	spugna	32.4	progetto	42.8	raccontare
38.3	visita	43.8	affetto	27.0	risorse	38.1	gente
33.6	uscire	43.8	mamma	25.5	valutazione	35.4	adulto
31.5	bisogno	29.3	barbonismo	24.8	badante	33.9	laboratorio
28.7	spesa	27.9	strizzare	24.4	fragile	30.0	deterioramento
28.7	coprire	26.5	comportamento	23.5	collaborazione	25.9	violenza

20.2	limitare	25.9	assorbire	23.1	rete	25.9	atmosfera
18.4	fisico	23.1	accudire	21.7	centro_diurno	25.9	linguaggio
17.2	solitudine	22.6	interessamento	21.4	integrazione	25.6	professionista
16.7	fronteggiare	22.5	marito	20.5	richiesta	23.9	elaborare
15.9	ammin_sostegno	22.5	padre	19.8	casa_di_riposo	22.8	attenzione
15.2	consentire	22.5	capire	16.7	gestire	22.8	scegliere
			_ruol_oper				_ruol_asoc
							_ruol_oper

Interpretazione dei cluster

Cluster 3. Alzheimer, famiglia, territorio. Il repertorio culturale 3 è correlato in modo significativo al testo delle interviste *assistenti sociali* coordinatori di servizi sociali municipali per anziani non-autosufficienti.

Con la prima parola densa, *alzheimer*, si evoca una diagnosi individuale. C'è poi *famiglia e territorio*: è un contesto di rapporti che si confronta con la diagnosi e il problema da individuale diventa collettivo, pubblico. Cruciale a questo proposito il modo in cui è simbolizzato il ruolo del *Municipio* che etimologicamente deriva da *munia* 'doveri, oneri' e *capere* 'prendere, assumere'. Ci si sente di dover assumere l'onere di organizzare un rapporto tra famiglia e territorio, entro una funzione di *progettazione*. Ci si sente di avere *risorse* e un potere di *valutazione* come allocarle e costruire interventi. Ma poi si evoca la *badante* e la prospettiva che l'assistenza sia assunta dai servizi pubblici municipali e territoriali sembra lasciare il campo all'essere delegata alla famiglia, alla sua iniziativa e alle sue risorse. Il progetto di un intervento pubblico sembra fallire. La badante rappresenta in questo senso una risposta privata ed individuale da parte delle famiglie e, allo stesso tempo, la possibilità che esse si facciano committenti di interventi. Entro tale contesto si sottolinea il valore ed al contempo la difficoltà di attivare processi di *collaborazione e rete* con tutti i servizi e le figure coinvolte nell'assistenza. Si evidenzia infatti con le parole che seguono un problema di *integrazione* degli interventi che rischiano di essere attivati in modo scisso e non coordinato tra loro, a prescindere dalla definizione di obiettivi condivisi. Sembra mancare infatti una lettura dei problemi e delle *richieste* con cui ci si confronta, alternativa alla diagnosi inscritta entro la medicalizzazione e valori, come la tutela dell'*anziano fragile*, perché bisognoso per definizione. Nel repertorio si evoca il problema di integrazione tra servizi che perseguono finalità tra loro molto diverse. Le case di riposo, ad esempio, rappresentano un dispositivo di assistenza cui delegare totalmente la presa in carico dell'invecchiamento con scarsi rapporti con il loro contesto di vita. A tali servizi gli intervistati contrappongono gli interventi di comunità che, da dentro la propria cultura professionale, prediligono e valorizzano.

Cluster 4. Teatro, vita, musica. Il repertorio culturale 4 è correlato in modo significativo al testo delle interviste fatte agli *operatori che lavorano nei centri diurni* per anziani fragili.

Le prime parole rimandano all'esperienza del lavoro nei centri, organizzato intorno ad attività laboratoriali riabilitative. Il *teatro* come la *musica* rimandano ad arti espressive che sembrano utilizzate come mezzo per intrattenere e mantenere gli anziani in *vita*, farli esprimere e partecipare a prodotti, ma anche per convivere con loro entro i centri. Si evoca la possibilità di partecipare a una relazione volta allo scambio e al prodotto. Seguono *insegnare e raccontare*, la prima evoca un potere asimmetrico nella relazione in cui c'è qualcuno che imprime un segno nell'altro; la seconda rimanda ad un processo più dialettico e meno direttivo, ci si racconta all'altro e con l'altro. Chi lavora nei centri diurni sembra sentirsi alle prese con un conflitto tra il sentirsi o meno entro una posizione di potere sull'altro. I propri utenti sono rappresentati con ambivalenza: da una parte come *gente* (da radice indeu. gan con il senso di produrre, generare) adulta che ha da insegnare e da raccontare, interlocutori saggi ed interessanti ognuno con una propria peculiare soggettività. Stiamo parlando di anziani visti sia come persone capaci di intendere, di volere e di produrre e lavorare, sia come ripetitivi, monotoni, con poche risorse, che si confrontano con il problema del *decadimento* fisico e mentale per la vecchiaia. In altre parole sembra che gli anziani siano simbolizzati alternativamente come vecchi morenti da intrattenere, mantenere vitali e in vita e come adulti produttivi con cui stare in una relazione di scambio, apprendimento e di lavoro, entro rappresentazioni ambivalenti. Tale ambivalenza sembra inscritta entro una cultura della riabilitazione in cui l'attività laboratoriale è vista come strumento per scongiurare e rallentare l'inesorabile deterioramento fisico ed intellettuale degli anziani. Entro questa cultura il rischio è che la quotidianità

laboratoriale diventi una ritualità monotona finalizzata al contenimento di deficit che confronta gli operatori con l'impotenza nel contenere un deterioramento inarrestabile.

Gli operatori parlano infatti entro questo repertorio culturale del rischio di vivere emozioni *violente* ed aggressive. Parlare di violenza, a nostro avviso, è un modo per dire che si sente il rischio di invischiarsi entro rapporti di potere prescritti, improduttivi e privi di obiettivi. Un rischio connesso all'*ambiente* ovvero al contesto relazione a cui si partecipa in cui sembra che si reciti, come nel teatro, una parte. Si palesa in tal modo il desiderio di uscire dall'agito di una routine quotidiana lavorativa che rischia altrimenti di risultare prescritta e teatralizzata. Il *linguaggio* in questo senso è un mezzo per parlarsi e per costruire un rapporto vero, non violento ed emozionalmente produttivo con gli utenti ed i colleghi e per costruire un'assistenza soddisfacente. Emerge una domanda di *professionalizzazione* degli interventi che viene connessa alla possibilità di elaborare la propria esperienza lavorativa. Si tratta di una prospettiva a nostro avviso interessante: *l'elaborazione* delle emozioni vissute entro il proprio lavoro può permettere di costruire interventi professionalmente fondati. Ciò è possibile qualora si valorizzi l'esperienza di chi lavora nei centri diurni come punto di partenza per sviluppare modelli d'assistenza efficaci e soddisfacenti per chi li realizza come per chi li fruisce. Stiamo parlando di una prospettiva di sviluppo che sembra contrapporsi alla tendenza a pensare che il fine dell'assistenza sia mantenere un'attenzione continua sugli utenti al fine di scongiurare il deterioramento del corpo e mantenerli in vita a tutti i costi. A questo proposito viene sottolineata dagli intervistati l'importanza di *scegliere* che posizione assumere entro il proprio lavoro: se porsi entro un assetto di potere o viceversa coinvolgere gli anziani nel processo di costruzione di situazioni piacevoli e divertenti. Scegliere rappresenta in questo senso una risorsa utile a sottrarsi alla ritualizzazione ripetitiva degli interventi, all'obbligo di assistere ed essere assistiti, alla prescrizione al sopravvivere, che emerge anche entro l'analisi della cultura dei clienti dei servizi d'assistenza: anziani e famigliari. La possibilità di scegliere rappresenta un'alternativa all'adempimento delle finalità senza obiettivi dell'intervento assistenziale e riabilitativo. Stiamo parlando di una prospettiva che fa della costruzione di competenza a comunicare e a colludere un punto cruciale per la qualità dei servizi di assistenza offerti.

Cluster 2. Figli, casa, piacere. Ci muoviamo ancora entro un repertorio correlato alle interviste degli *operatori sociali*. Con la prima co-occorrenza viene chiamato in causa il contesto familiare di appartenenza degli anziani: ci sono i *figli* e la *casa* con cui fare i conti, non si è soli con l'anziano. Segue la parola *accettare* (etimologicamente prendere, ricevere qualcosa) che rimanda ad una dimensione di accoglienza: si accetta qualcosa che viene offerto. Entro questa sequenza gli operatori sembrano parlare della dinamica collusiva che vivono nel proprio lavoro che li porta a sentire di dover accogliere gli anziani (o essere accolti nella loro casa) sostituendosi ai figli assenti o in difficoltà a stare nel rapporto con i propri *genitori*. Gli operatori da dentro questa posizione sostitutiva esprimono un vissuto di forte impotenza e un rischio di passivizzazione paragonandosi a delle *spugne*, una metafora che fa venire in mente l'assenza di categorie interpretative e che evidenzia la tendenza a viverci entro un rapporto sacrificale con l'anziano, entro cui si assorbe tutto non si filtra nulla. Stiamo parlando di operatori a rischio di essere messi "knock out" dalla dinamica salvifica che vede l'anziano come vittima da salvare. Il tutto avviene entro una relazione entro cui le esperienze lavorative si organizzano attorno all'*affetto*. L'operatore sembra sentirsi investito di un ruolo affettivo in cui è richiesto amore, pazienza e accudimento (come una *mamma*). D'altra parte ci si confronta con persone simbolizzate come vagabonde e sporche (*barbonismo*), realtà emozionalmente dure che gli operatori, restando nella metafora della spugna, dicono di voler *strizzare* via. In altre parole si evoca prima il valore della disponibilità ad accogliere ma poi emozionalmente ci si sente assorbiti e ci si confronta con il desiderio di liberarsi.

Stiamo parlando quindi di un repertorio culturale che evoca la confusione emozionale che si sperimenta nella relazione con l'anziano e la sua famiglia se si assume una funzione sostitutiva entro cui l'esperienza lavorativa è organizzata attorno all'*affetto*. Un *affetto* che se da una parte rimanda al desiderio di implicarsi nella relazione con l'anziano, dall'altra apre alla confusione emozionale di un ruolo che sembra essere descritto come privo di metodi professionali ed obiettivi definibili. Questo fa confrontare gli operatori con la sensazione di *assorbire* ed essere assorbiti di emozioni fortemente confusive che fanno fallire l'attesa di potersi gratificare nell'*accudire* "vecchietti fragili" e tutto sommato affettuosi. Sottolineiamo a questo punto come emerge in questo repertorio culturale, in modo analogo al cluster 4, una rappresentazione ambivalente e per certi versi confusiva degli anziani vissuti dagli intervistati come adulti (genitori, mariti, padri) e al contempo come *bambini*.

Cluster 1. Problema, operatore, domicilio. Entro questo repertorio culturale gli assistenti sociali e gli operatori intervistati si interrogano sui *problemi* (etimol. ostacoli, impedimenti che si incontrano) sui quali sono chiamati

ad intervenire. La parola *operatore* rimanda ad un ruolo a potere basso; *domicilio* rimanda il contesto di rapporti da dove nasce la richiesta di *aiuto*. È la *domus*, il luogo dove si abita, dove il cittadino esercita i suoi interessi e il suo potere, il contesto-committente rispetto cui ed entro cui si è chiamati ad intervenire.

La *socializzazione* è citata come una delle finalità dell'intervento: si evoca come obiettivo il far *visita* agli anziani, per farli *uscire* dal rischio di emarginazione.

Si evocano due prospettive di intervento: una volta ad accompagnare gli anziani nello sviluppo dei loro rapporti; l'altra volta quasi a sostituirsi ad essi nell'occuparsi di problemi fattuali che richiedono risposte pragmatiche, come fare la *spesa* all'utente impossibilitato a farla da solo, nell'attesa di dover *coprire* i suoi bisogni (coprire etimol. rimanda a dimensioni di protezione, difesa, prendersi cura ma anche di sopraffazione, chiusura, occultamento). Coprire i bisogni dell'anziano evoca l'assumersi un potere nella relazione sapendo cosa è meglio per l'altro: viene in mente la mamma che dice al bambino "copriti che fa freddo".

Emerge in tal modo il problema di quali obiettivi perseguire entro l'intervento d'assistenza, che sembrano connessi al riconoscimento di limiti e difficoltà che si colgono nel *fisico* e nelle relazioni. La parola *solitudine* è qui usata come sinonimo di isolamento, un isolamento vissuto dagli anziani a casa ma anche dagli operatori che vi lavorano, che rischia di rendere la vecchiaia così come l'assistenza un'esperienza sofferta, insoddisfacente, tanto per gli anziani quanto per gli operatori. Una solitudine rappresentata come una minaccia da *fronteggiare*.

Si delinea così un contesto in cui l'operatore tanto quanto l'anziano si confronta con un vissuto di impasse legato alla sensazione di non avere nessuno con cui confrontarsi. La solitudine propria e altrui intesa come problema emozionale rappresenta dunque il fattore che mette più in *crisi* gli operatori. Una crisi vissuta da dentro l'agito di una *prestazione* assistenziale volta a sostituirsi alla persona anziana-deficitaria nello svolgimento di funzioni essenziali.

Analisi spazio fattoriale

Su un primo fattore emerge come sia la diagnosi e a legittimare l'intervento sull'anziano. Per gli *assistenti sociali intervistati* la propria funzione è quella di accogliere la richiesta, diagnosticare il problema e attivare i servizi per l'anziano. Qui la richiesta parte dei famigliari non è analizzata, ma valutata nella sua legittimità; l'anziano (simbolizzato come fragile, da tutelare) diviene *utente-destinatario* e non richiedente l'intervento. Non c'è esplorazione della domanda: è il mandato sociale e la diagnosi a definire problemi e risposte. La funzione è quella di valutare, attivare ed inviare: l'esecuzione dell'intervento compete ad altri. Inoltre si evoca la possibilità di attivare risorse pubbliche e si dice che l'assistenza vada affrontata innanzitutto dalla collettività e non dalla famiglia, ma contemporaneamente emerge come la principale responsabilità resti alla famiglia.

Per gli *operatori impegnati nel lavoro con l'anziano*, invece, la propria funzione è volta a intrattenere/riabilitare l'anziano per mantenerlo produttivo e vitale. La famiglia non è vista come interlocutore-cliente, si è soli dentro il rapporto con l'anziano-diagnosticato finalizzato a obiettivi riabilitativi. L'anziano, ambivalentemente, è vissuto come persona-adulta con le sue risorse e la sua vita, ma anche come persona-deficitaria, il cui deterioramento mette in crisi il perseguimento degli obiettivi pre-definiti che i servizi si pongono. Tale crisi confronta con il fallimento delle attese trasformative e la relazione diventa mortifera, violenta, routinaria.

Sul secondo fattore emerge, come sviluppo, il desiderio degli operatori di istituire momenti di scambio per riflettere sul proprio lavoro e formarsi in competenze professionali utili a pensare contesto e domanda posta dall'utenza, come alternativa all'agito di una funzione assistenziale e riabilitativa valoriale ed onnipotente, che confronta con emozioni depressive e reattive. Emerge inoltre come – se si adempie al mandato e non si guarda alla domanda - il proprio ruolo sia vissuto come isomorfo a quello dei familiari, sentendosi chiamati a sostituirli entro una relazione di accudimento e controllo di un anziano simbolizzato come *bambino a cui badare*. Entro questa posizione emozionale ci si sente di eseguire un compito a basso potere e competenza, vivendosi come delle "spugne" che si riempiono per contenere e si svuotano per strizzare via le emozioni provate nel rapporto con l'altro, in assenza di modelli per pensarle, facendosi in modo onnipotente, contenitori dei bisogni dell'altro, e vivendo di contro emozioni di impotenza e aggressività.

Sul terzo fattore, in rapporto alla diagnosi, emerge la fattizzazione dei problemi e l'esecuzione di prestazioni entro cui si sostituisce la persona anziana-deficitaria nello svolgimento di funzioni essenziali come fare la

spesa, pulire, amministrare la casa, ecc. Ci si confonde con l'anziano e con la sua solitudine e si segnala un problema di assenza di modelli per attivare funzioni d'intervento efficaci e soddisfacenti.

La cultura dei medici di base

Dall'analisi emozionale del testo delle interviste a 25 medici di base sono emersi 4 repertori culturali in rapporto tra loro su tre fattori (Fig. 3).

Sul fattore 1 si contrappongono il cluster 1 e 4. Sul fattore 2 c'è il cluster 2 contrapposto al 4. Sul fattore 3 c'è il cluster 3.

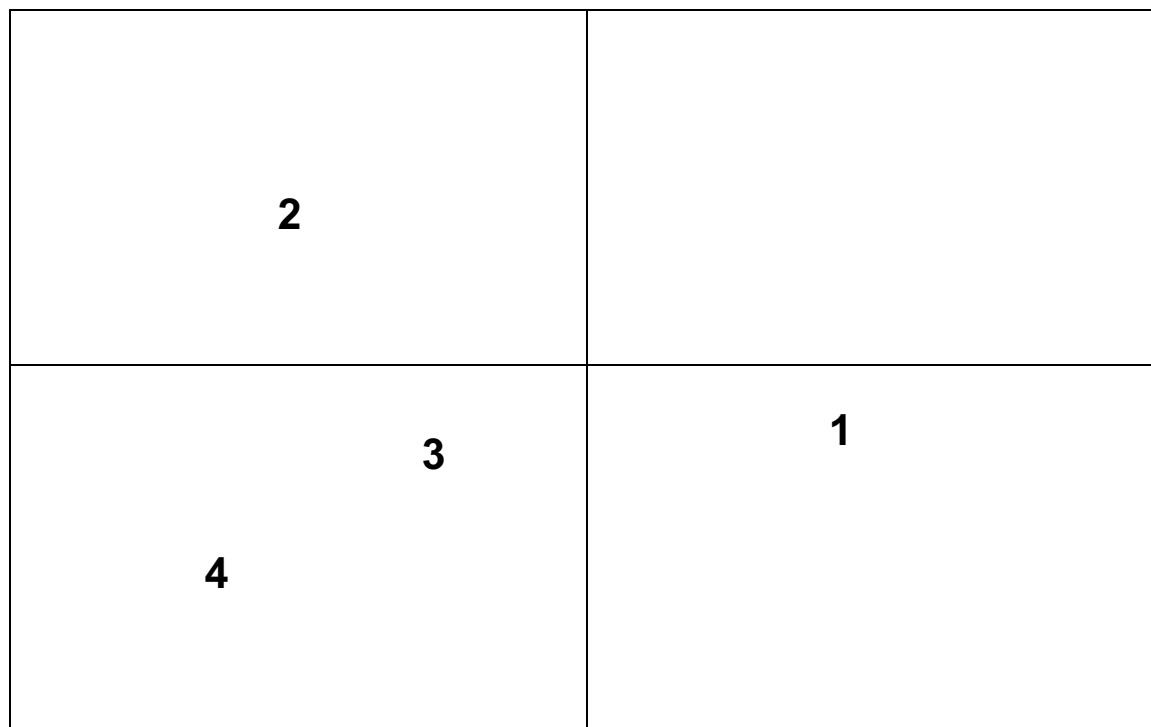


Figura 3. Piano fattoriale e classi di parole dense

Nella tabella (Tab. 4) è riportata la lista per cluster delle parole dense.

Tabella 4. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

χ^2	CLUSTER 1	χ^2	CLUSTER 2	χ^2	CLUSTER 3	χ^2	CLUSTER 4
120.7	progettare	91.6	vita	91.0	solitudine	143.1	casa
115.0	giovane	61.1	psicologico	85.5	risposta	101.1	struttura
96.2	perdere	48.6	problema	54.4	figli	82.1	bisognoso
70.2	burocrazia	47.9	malattia	54.3	signor	78.9	medicazione
64.3	regione	43.2	capire	42.7	lavorare	72.2	ospedale
60.7	tempo	42.9	famiglia	37.4	contatto	52.8	municipio
44.9	ricetta	40.2	quartiere	29.6	ecografia	41.8	gestire

43.5	ruolo	39.1	patologia	27.3	consulenza	37.6	domiciliare
35.1	soldi	33.0	oncologico	24.5	miglioramento	36.4	valutazione
29.7	gente	26.7	attenzione	23.9	collegli	35.0	ASL
29.5	lavorare	24.9	difficoltà	23.6	organizzare	29.3	CAD
29.2	risorse	20.7	ansia	23.6	elettrocardiogramma	27.6	percorso
25.5	utile	20.1	accompagnare	22.9	impossibilità	27.5	infermiere
23.2	computer	18.5	persona	21.7	telefonare	25.1	necessità
22.0	Italia	18.5	seguire	21.7	ortopedico	25.1	inviare
21.3	tagli	18.3	dinamiche	20.4	compagnia	23.2	flebo
21.3	fiducia	17.8	muovere	20.4	colpa	22.4	parenti

Interpretazione dei cluster

Cluster 1. Progettare, giovane, perdere. Nel repertorio culturale 1 emerge un vissuto di impotenza dei medici intervistati e di disillusione circa la possibilità di implicarsi in un lavoro di progettazione di servizi di assistenza per gli anziani voluto dall'ente regionale. È come se ci avessero detto che *progettare* è una questione che compete i *giovani* e loro non lo sono più (ricordiamo che l'età media dei medici intervistati è 60 anni). Si evoca un senso di sconfitta. Il lavoro del medico di base viene infatti presentato come un lavoro in cui si è *perso*, smarrito qualcosa, un lavoro oggi *burocratizzato*, diverso da quello di inizio carriera. I motivi di ciò sono imputati in gran parte all'organizzazione del sistema sanitario (*regione*) che sembra porre limiti e regole che ostacolano e che fanno perdere *tempo* più che facilitare un esercizio della professione soddisfacente. Ci si sente di aver subito cambiamenti organizzativi e di mandato che hanno comportato una limitazione di potere e libertà nel proprio *ruolo*. Le *ricette* rappresentano un terreno di contesa: da un lato i vertici sanitari, per controllare i costi e il numero delle prestazioni, introducono le ricette elettroniche a cui è imputato di far perdere tempo ed energie, più che facilitare il lavoro; dall'altro ci sono i pazienti con i loro problemi che non possono essere ricondotti ai limiti economici: “la salute viene prima dei conti della sanità”. Ci si trova quindi al centro di un conflitto che fa interrogare circa il proprio ruolo, vissuto oggi come stravolto rispetto al passato⁴. Ci si lamenta dell'introduzione entro la relazione medico-paziente di una eccessiva attenzione ai costi (*soldi*) volta a tutelare l'economicità delle prestazioni sanitarie; un aspetto un tempo del tutto secondario entro la propria prassi. Un lavoro in cui il tempo a disposizione sembra essere insufficiente per occuparsi della marea di *gente* che quotidianamente viene allo studio. Gli intervistati si sentono aggrediti dal *taglio* dei costi della sanità, costretti a svolgere un lavoro alienante quasi da ufficio, lamentando di passare più tempo al *computer* che nell'intervento clinico in prossimità del paziente. Emerge il vissuto di un medico stanco, che si lamenta di irrisolvibili problemi tipici del contesto *italiano* ed in difficoltà nell'individuare *risorse utili* ad intervenire sui problemi posti dall'utenza, in particolare a quelli legati all'invecchiamento. Un medico che sente forte il rischio di perdita del rapporto privilegiato e fiduciario con i propri pazienti.

In questo senso, in relazione alla proposta che gli abbiamo fatto di partecipare ad una progettazione di nuove iniziative in rete con altri interlocutori dei servizi e alla regione, emerge disillusione e diffidenza. I medici coinvolti sembrano confrontarsi con la frustrazione di un sistema sanitario in cui la burocrazia, la preoccupazione per i costi e le prassi ambulatoriali sembrano contribuire ad alienare e spersonalizzare la relazione medico-paziente, far confrontare con insoddisfazione e impotenza e dalla sensazione che non si abbia la possibilità di potersi mai *fermare*. In questo senso i medici evidenziano la crisi delle loro attese sul proprio

⁴ Come sostiene Carli (2013, p. 58):

Un tempo la “la relazione medico – paziente era il nucleo fondante di ogni atto sanitario: il sistema sanitario veniva messo al servizio di quella relazione, consentendo il perseguimento delle condizioni ottimali per l'espletamento della tecnicità medica”. Oggi “alla dipendenza del paziente dal medico si è sostituito un conflitto profondo tra sistema sanitario (visto come insieme organizzativo ben più complesso della figura e della funzione del singolo medico) da un lato, pazienti e familiari, opinione pubblica, cittadini, organizzazioni sociali e politiche dall'altro. Termini come “malasanità”, “malpractice”; denunce, rese pubbliche nei confronti del sistema sanitario, per “incuria”, “maltrattamenti”, “induzione di dolore inutile”, “atteggiamenti sgarbati”, “violazione della privacy”, “indisponibilità a fornire informazioni” non erano pensabili quando alla base dell'atto sanitario stava la diade medico – paziente, quale luogo insostituibile e esclusivo della prassi medica”.

ruolo e pongono un problema utile se si riesce ad uscire da una dinamica di lamentele: quale il ruolo del medico di base oggi entro il sistema sanitario?

Cluster 4. Casa, struttura, bisogno. Se nel cluster precedente si esprime un vissuto generale di impotenza e di diffidenza verso il progetto, nel repertorio culturale 4 ci si pone dentro il tema della ricerca e il problema di organizzare percorsi di cura e presa in carico dell'anziano non-autosufficiente.

La prima parola che si incontra è *casa* che rimanda al sistema di rapporti familiari che i medici incontrano nel proprio lavoro. C'è poi *struttura* con cui si segnala un problema: la necessità di spazi altri da quello domiciliare. La casa è vissuta come luogo non adatto per l'anziano *bisognoso* di *medicazioni*, ciò pone il problema di organizzare una presa in carico del corpo malato affidata a strutture residenziali e ospedaliere. Su questo si tira in ballo l'amministrazione locale, il *Municipio* ed i servizi sociali nell'attesa che siano loro a intervenire per la costruzione di un progetto d'assistenza. Come medici ci si confronta con il problema del *domicilio* e della *gestione* dei percorsi di cura e degli obiettivi perseguiti dalle diverse parti in gioco. Ai medici sembra spettare in particolare una funzione di *valutazione* nell'attesa che l'intervento sia realizzato da altri. Emerge infatti più avanti la questione dell'*invio* ovvero l'attesa che dopo la valutazione e la diagnosi del problema si attivino interventi e specialisti diversi dal medico stesso: il Municipio referente dei servizi sociali, la *ASL* referente sia per le strutture residenziali ed ospedaliere, che per il *C.A.D.* (Centro Assistenza Domiciliare). Il modello organizzativo che si evoca entro questa sequenza di parole è quello del "care manager" entro cui il medico valuta, gestisce e prescrive ad altri tecnici gli interventi previsti nel percorso di cura. Ci sono poi anche i *parenti* vissuti come impreparati ad occuparsi della malattia e della cura degli anziani, in difficoltà nell'interpretare alcune funzione assistenziali che i medici auspicerebbero.

In altri termini entro questa area si guarda al problema di come gestire il percorso di cura degli anziani con problemi sanitari in un contesto caratterizzato dall'impreparazione della famiglia. Si evoca il problema di attivare e gestire interventi e prestazioni tecniche e specialistiche che hanno come obiettivo quello di occuparsi del corpo del malato più che del sistema di relazioni entro cui il malato vive, sostituendosi ai parenti inadeguati ed in difficoltà ad occuparsi dei suoi bisogni. I medici di base in conclusione evocano in questo repertorio una funzione di regia, di valutazione, monitoraggio e raccordo di diverse figure professionali e della famiglia dell'anziano con problemi sanitari entro la gestione di un percorso di cura che rischia di funzionare come un incastro di prestazioni tra loro scisse. Interventi orientati alla cura del corpo dell'anziano. Non c'è traccia di parole che evocano i problemi di convivenza e l'esperienza soggettiva che l'anziano e la famiglia portano al medico.

Cluster 2. Vita, psicologia, problema. Se nel cluster precedente si guarda ai bisogni sanitari del corpo malato dell'anziano e al come organizzare le medicazioni, entro questo repertorio culturale si guarda al loro contesto di *vita* e alla loro esperienza *psicologica* soggettiva, il mondo emozionale con cui si rivolgono al medico. Il *problema*, sembrano dire gli intervistati, è il rapporto tra il 'sentirsi malati' e il 'continuare a vivere' dei propri assistiti che si confrontano con una alterazione progressiva degli organi, dello stato di salute, che suscita preoccupazione. Con la parola *capire* i medici intervistati evocano una funzione importante, ovvero quella di far diventare la malattia cosa terza entro la relazione con il paziente. Su questo citiamo Carli e Paniccia:

L'individuazione della "malattia", che il medico sa porre come oggetto da combattere, in una sorta di alleanza tra medico e "persona" malata, è ciò che possiamo definire come cosa terza nella relazione tra medico e malato. L'alleanza nel fare piani per combattere la cosa terza-nemico, è centrale [...]. È ciò che un tempo avveniva al letto del malato, con la visita domiciliare. Il medico era completamente dedito al malato stesso; questo rapporto d'alleanza, orientato al dialogo e al confronto col malato, creava una relazione collusiva, rassicurante, sul possibile intervento medico nei confronti del "male altro". Oggi non è più così. L'ambulatorio non solo è problematico per il dover andare dal medico, ma anche per il doverlo condividere con molte altre persone, vedendosi confusi in una promiscuità che rende improbabile quell'alleanza rassicurante e foriera di presa in carico (Carli et al., 2016, p. 41).

La parola *capire* segna quindi il problema che vive il medico nella relazione con il paziente che non riguarda solo lui ma anche i suoi contesti di vita: la *famiglia* ed il *quartiere*. Stiamo parlando di contesti di appartenenza e convivenza che si confrontano con *patologie* gravi come quelle di tipo *oncologico*, su cui non è possibile perseguire l'obiettivo della guarigione. Si evidenzia il problema della cura, ma anche quello del prendersi cura

delle emozioni e delle relazioni: con *attenzione* e *ansia* si evoca il volger l'animo, il prendersi cura delle emozioni dei propri assistiti. È in questo senso che collusivamente si guarda agli intervistatori psicologi e alla psicologia intesa come disciplina deputata ad occuparsi del mondo emozionale degli anziani e della loro famiglia. Allo psicologo il medico sembra chiedere di essere *accompagnato* e aiutato a capire come fare ma anche a *far capire* al malato ed alla famiglia la situazione. Si evoca lo stare insieme - non da soli - in situazioni in cui anche il medico si confronta con il problema dei vissuti - suoi e dei suoi assistiti - e spera di trovare nello psicologo uno specialista dell'intervento su questi aspetti.

I medici a questo proposito sembrano chiedere alla psicologia di essere aiutati a capire come rapportarsi ai problemi psicosociali che le famiglie esprimono nel rapporto con loro in situazioni in cui non possono risolvere i problemi sanitari dei propri pazienti entro la guarigione e si sentono impreparati a rapportarsi ai "problemi di vita" dei propri assistiti. Questo sembra un punto centrale: l'aver a che fare con le malattie croniche ed oncologiche che non si curano pone il medico di fronte ai limiti dell'intervento ortopedico. La cura può trasformarsi in un prendersi cura della *persona* entro il suo contesto di vita: ma con quali strumenti e categorie di intervento?

Cluster 3. Solitudine, risposta, figli. Al centro del repertorio culturale 3 viene posto il tema della *solitudine* che riguarda l'anziano ed i suoi figli quanto il medico stesso. Solitudine che sembra associata al motivo delle richieste a cui il medico si sente chiamato a dare *risposta*. Solitudine che il medico sembra condividere con i suoi assistiti. Parliamo dunque di un vissuto collusivo tra medico e famiglie. D'altra parte si evocano relazioni affettive e differenze generazionali (*figli, signori*): non si è soli ma insieme a confrontarsi con l'età che avanza e il cambiamento negli assetti relazionali.

Segue la parola *contatto*, che rimanda al toccarsi, contagiarsi, all'entrare in rapporto, e poi *ecografia* e *consulenza*, che evocano strumenti e assetti professionali che orientano lo stare in relazione. Si entra in relazione con l'altro con i metodi del mestiere, entro una posizione legittimata dall'autorità ed autorevolezza del proprio sapere tecnico; non ci si sente disorientati nell'esercizio della propria professione. D'altra parte la relazione non è esauribile solo nell'esecuzione di prestazioni tecniche ed esami diagnostici, ci si confronta con una variabilità: c'è l'estraneità dell'altro con la sua soggettività e il contatto con l'altro confronta con il rischio di contagiarsi. Si evoca la minacciosità della relazione con l'altro ed emerge il desiderio di scambio con altri *colleghi* che lavorano nei servizi, una domanda di sviluppo di collaborazioni: si cerca la consulenza di altri professionisti. Si evoca la possibilità di organizzare tale prospettiva ma anche la difficoltà nel farlo (*migliorare vs impossibile*). Si evoca l'importanza di potenziare lo sviluppo di rapporti e questo vale sia per il medico quando quanto per i propri assistiti. Con la parola *compagnia* (e poi *aggregazione*) si traccia la finalità da perseguire. I medici di base esprimono una domanda di aggregazione, collaborazione, aiuto a sentirsi meno soli: una domanda che sembra speculare a quella che ricevono dalle famiglie. Ma c'è la parola *colpa* che segnala ancora una volta la difficoltà di organizzare e sviluppare relazioni e un'attribuzione delle cause a qualcuno. Per esempio la colpa dei figli che lasciano soli gli anziani; la colpa dei colleghi anche loro assenti o non rispondenti come si vorrebbe; la propria colpa di non poter essere abbastanza presenti come le famiglie richiederebbero.

Interpretazione dei cluster

Sul primo fattore si contrappone, da una parte, l'impotenza dei medici intervistati per le attuali condizioni di lavoro entro cui ci si sente fuori dalla possibilità di avere tempo ed energie per implicarsi nella progettazione di servizi di assistenza per gli anziani voluto dall'ente regionale. D'altra parte ci si pone dentro il problema di organizzare percorsi di cura in cui si possa adempiere ai "bisogni del corpo malato" dell'anziano non-autosufficiente.

Nel cluster 1 il lavoro del medico di base viene infatti presentato come stravolto rispetto al passato. Ci si lamenta dell'introduzione entro la relazione medico-paziente di una eccessiva attenzione ai costi e della burocrazia; il tempo a disposizione sembra essere insufficiente per occuparsi della marea di gente che quotidianamente viene allo studio. Ci si confronta con un vissuto frustrante di squalificazione del proprio ruolo e spersonalizzazione della relazione medico-paziente.

Nel cluster 4 si guarda al problema dei bisogni del corpo malato e alla necessità di organizzare una presa in carico utile a fornire le medicazioni necessarie. Si evoca la possibilità di andare a casa, ma anche la necessità

di spazi altri da quello domiciliare nella gestione delle cure. A casa ci sono infatti i parenti vissuti come impreparati ad occuparsi della malattia e della cura degli anziani. La funzione che si evoca è di valutazione e gestione del caso (case manager) nell'attesa che l'assistenza sia realizzata da altri (strutture, assistenti domiciliari, infermieri). Si evoca il problema di attivare e gestire interventi e prestazioni tecniche e specialistiche orientati alla cura del "corpo del malato" più che allo sviluppo del sistema di relazioni entro cui il malato vive, sostituendosi ai parenti inadeguati ed in difficoltà ad occuparsi dei suoi bisogni. Non c'è riferimento ai problemi emozionali e di convivenza che appaiono sul secondo fattore.

Sul secondo fattore infatti il cluster 4 si contrappone al cluster 2. Qui emerge, da una parte, una contrapposizione tra guardare alla propria funzione come tesa a organizzare interventi per rispondere ai bisogni sanitari del corpo malato dell'anziano, sentendosi nel potere di valutare, gestire ed inviare, cioè di assumere una funzione di "management" del caso; dall'altra c'è il riferimento ai problemi di convivenza e l'esperienza soggettiva che l'anziano e la famiglia portano al medico su cui si sente di avere poco potere, categorie interpretative e di intervento.

Nel repertorio culturale 2 si guarda al contesto di vita e alla soggettività dei propri assistiti, al problema di aiutarli ad organizzare emozionalmente il rapporto tra il 'sentirsi malati' e il 'continuare a vivere'. Con la parola *capire* si evoca in questo cluster una funzione importante del medico, ovvero quella di far diventare la malattia cosa terza entro la relazione con il paziente, la creazione di un rapporto d'alleanza, orientato al dialogo e al confronto col malato, per creare una relazione collusiva, rassicurante, sul possibile intervento nei confronti del "male altro". D'altra parte emerge la difficoltà di attivare questa funzione in ambulatorio dove la presenza di tanti pazienti e la loro "promiscuità" rende improbabile quell'alleanza rassicurante e foriera di presa in carico (Carli, Paniccia & altri, 2016). È in questo senso che collusivamente si guarda agli intervistatori psicologi e alla psicologia intesa come disciplina deputata ad occuparsi del mondo emozionale degli anziani e della loro famiglia. Allo psicologo il medico sembra chiedere di essere aiutato a rapportarsi all'emozionalità dell'altro, ma anche ad essere sollevato ed esonerato da questo problema. Si evoca lo stare insieme e non da soli in situazioni in cui anche il medico si confronta con il problema dei vissuti - suoi e dei suoi assistiti - e spera di trovare nello psicologo uno specialista dell'intervento su questi aspetti.

Sul terzo fattore c'è il cluster 3 in cui emerge come centrale il vissuto collusivo di solitudine che riguarda l'anziano ed i suoi figli quanto il medico stesso. Solitudine che sembra associata al motivo delle richieste a cui il medico si sente chiamato a dare risposta. La relazione con l'altro espone il medico al desiderio di implicarsi nel rapporto ma anche al rischio di contagiarsi. Da una parte ci si sente orientati, si sa cosa fare nell'esercizio della propria professione. D'altra parte la relazione non è esauribile solo nell'esecuzione di prestazioni tecniche, ci si confronta con la variabilità, l'estraneità della relazione emozionata con l'altro: il contatto confronta con il rischio di contagiarsi.

Emerge il desiderio di scambio con altri colleghi che lavorano nei servizi, una domanda di sviluppo di collaborazioni che sembra speculare a quella delle famiglie, ma anche la difficoltà di organizzare tale prospettiva. L'altro non aderisce alle proprie attese ed emerge una dinamica di colpevolizzazione che segnala la difficoltà di sviluppare relazioni di scambio.

Conclusioni

Per concludere troviamo utile partire da alcune questioni interessanti emergenti dalle interviste con anziani e famigliari, i clienti dei servizi di cura e di assistenza.

La ricerca ha messo in luce come culturalmente anziani e famigliari condividano l'idea che l'assistenza sia in primis qualcosa che riguardi il *dentro* della famiglia. Ci si rivolge ai servizi solo a partire dalla medicalizzazione dei problemi ed entro il desiderio dei famigliari di uscire dall'obbligo dell'assistenza richiedendo servizi come la badante per essere sostituiti nella cura dei bisogni degli anziani. Il guardare fuori dalla famiglia è possibile perché la malattia legittima e orienta l'incontro con i professionisti del sistema socio-sanitario, nell'attesa che intervengano sui mali del corpo e della psiche. In questa prospettiva si guarda alla psicologia come disciplina che possa "supportare", tenere su ovvero in vita, le emozioni delle famiglie che si sentono nell'impotenza. Emerge inoltre la domanda di servizi che aiutino a non sentirsi soli, a condividere, a frequentare amici ed estranei alla famiglia. Una domanda che riguarda la richiesta di sviluppo delle relazioni non solo extra ma anche intra-famigliari.

Gli anziani intervistati parlano infatti di rapporti con familiari: figli, mogli, fratelli. Un primo dato è questo: non dicono di essere soli o isolati ma che vivono problemi entro i rapporti che hanno. Rapporti, come abbiamo visto, spesso caratterizzati da una cultura familista, da modalità di relazioni prescritte dall'obbligo che comporta per gli anziani quanto per i familiari una emozionalità depressiva, assenza di desideri e la difficoltà di vivere una convivenza soddisfacente. È la crisi di convivenza intra-famigliare che motiva quindi la domanda verso i servizi entro richieste legittimate dalla medicalizzazione e fattualizzazione dei problemi.

Dalla ricerca emerge come siano in particolare i familiari degli anziani a cercare interlocutori esterni e a mettere in discussione l'idea che l'assistenza spetti a loro. Ci si rivolge in primis al dottore, al medico a cui affidarsi e confidare il problema che si vive. Nel farlo si raccontano *fatti* per cui si richiedono interventi e si parla dei *vissuti* relativi alle proprie relazioni che cambiano. Si vorrebbe essere accompagnati, ovvero trovare relazioni entro cui condividere i problemi, qualcuno che possa intervenire, che aiuti a capire cosa fare, ad orientarsi a stare in rapporto con i problemi che si vivono.

Arriviamo così a prendere in considerazione un altro dato interessante: gli anziani ed i familiari intervistati chiedono di organizzare un'offerta di servizi fondata su dispositivi di gruppo e sulla costruzione di occasioni di incontro che permettano di vivere rapporti produttivi e fare amicizia. Sembrano essere clienti competenti nel definire un modello di assistenza fondato "sull'apprendimento, il gioco, la parola, il divertimento" e non solo sulla cura del corpo e l'espletamento dei bisogni sanitari. In altri termini emerge il desiderio di sviluppare competenze collusive a stare insieme e convivere e la domanda di interventi - integrativi e non solo sostitutivi - che aiutino a divertirsi come modo di trasgredire modalità di relazione controllanti e mortifere. Servizi che aiutino ad allentare la prescrittività dell'obbligo e del controllo sull'anziano e motivino la ricerca di esperienze piacevoli da condividere, riconoscendo una verità non scontata: che si è ancora vivi fino a cinque minuti prima di morire.

Vediamo come a tale domanda si rapportano le culture degli erogatori di servizi.

La ricerca che ha analizzato la cultura locale dei medici ha messo in luce un generale vissuto di impotenza degli stessi, che si sentono delegittimati e vedono messo in crisi il proprio ruolo, deprivati della relazione medico-paziente per una eccessiva burocratizzazione del lavoro.

I problemi che anziani non autosufficienti e famiglie portano allo studio medico rischiano di aumentare questo senso di impotenza. Se si guarda al "corpo malato" dell'anziano ci si confronta infatti con malattie croniche e oncologiche, l'alterazione progressiva degli organi per la vecchiaia, rispetto cui la guarigione non è perseguibile. Entro questa prospettiva il medico di medicina generale sente di poter assumere una funzione di valutazione e gestione del caso (case manager) nell'attesa che l'assistenza sia realizzata da altri (strutture, assistenti domiciliari, infermieri). L'idea di assumere questo ruolo di raccordo e regia incontra però due ordini di problemi: da una parte la difficoltà di attivare e coordinare interventi gestiti da altri servizi e professionisti da dentro un vissuto di isolamento e di scarsa collaborazione e conoscenza del territorio; dall'altra si fa i conti con il fatto che non c'è solo un "corpo malato" da curare ma si incontra un mal-essere di un sistema familiare, che non si sa come trattare. Come abbiamo visto, anziani e famiglie si rivolgono al dottore entro la medicalizzazione dei problemi ma motivati dalla crisi di convivenza che vivono. I medici quindi incontrano la soggettività dell'anziano e dei suoi parenti che si "fanno malati" portando problemi di convivenza su cui mancano categorie interpretative e d'intervento.

La ricerca evidenzia come i medici desiderino implicarsi nella relazione emozionata con i propri assistiti, riconoscendo l'importanza di aiutarli ad organizzare emozionalmente un rapporto tra il 'sentirsi malati' e il 'continuare a vivere'. La funzione emozionale del medico è centrale: far diventare la malattia 'cosa terza', istituendo un rapporto d'alleanza orientato al dialogo e al confronto col malato, per creare una relazione collusiva, rassicurante. D'altra parte emerge la difficoltà di attivare questa funzione in ambulatorio dove la presenza di tanti pazienti rende improbabile quell'alleanza rassicurante e foriera di presa in carico (Carli, Paniccia & altri, 2016).

È in questo senso che collusivamente si guarda alla psicologia intesa come disciplina altra deputata ad occuparsi del mondo emozionale degli anziani e della loro famiglia. Allo psicologo il medico sembra chiedere di essere accompagnato e aiutato a rapportarsi all'emozionalità delle famiglie, ma anche ad essere sollevato ed esonerato da questo problema che fa sentire "soli". La relazione con i propri pazienti espone il medico al desiderio di implicarsi nel rapporto ma anche al rischio di contagiarsi: la relazione non è esauribile nell'esecuzione di prestazioni tecniche, ci si confronta con la variabilità, l'estraneità e la polisemia del mondo emozionale dell'altro.

A partire dal riconoscimento di un vissuto di solitudine, la ricerca sottolinea il desiderio dei medici di attivare uno scambio con altri colleghi e professionisti dei servizi, una domanda di sviluppo di collaborazioni seppur nella difficoltà di organizzarla: ci si aspetta che sia qualcun'altro a prendere l'iniziativa.

Per quanto riguarda la cultura degli operatori sociali, dalla ricerca emerge come gli assistenti sociali che lavorano nei servizi municipali entro un ruolo di accoglienza e coordinamento rischino di colludere con le famiglie sulla medicalizzazione dei problemi e la fattizzazione dei bisogni dell'anziano. In assenza di modelli per analizzare la domanda, è il mandato sociale e la diagnosi a definire problemi e risposte. La funzione che si assume è quella di valutazione: l'esecuzione dell'intervento compete ad altri. Si fa riferimento a valori, come la centralità dell'intervento pubblico, si dice che l'assistenza vada affrontata innanzitutto dalla collettività e non dalla famiglia, ma contemporaneamente emerge come la principale responsabilità resti alle famiglie stesse. Per quanto riguarda gli operatori sociali impegnati nel lavoro di assistenza con l'anziano, invece, emerge la criticità della cultura della riabilitazione finalizzata a mantenere l'individuo-anziano produttivo e vitale. Gli operatori si confrontano con il fallimento delle attese trasformative e con il rischio che la relazione di assistenza diventi mortifera, violenta, routinaria. Emerge inoltre come, senza un'analisi della domanda posta dalle famiglie, che come abbiamo visto chiedono una mano a sviluppare la convivenza intra ed extra-famigliare, si agisca un intervento sostitutivo. Ci si sente infatti chiamati a sostituire i famigliari entro una relazione di accudimento che infantilizza l'anziano, simbolizzandolo come bambino a cui badare; entro questa posizione ci si sente di eseguire un compito a basso potere e competenza, facendosi in modo onnipotente, contenitori dei bisogni dell'altro, e vivendo di contro emozioni di impotenza e aggressività. Ci si sostituisce inoltre alla persona anziana-deficitaria nello svolgimento di funzioni essenziali che non riesce più a svolgere in quanto deficitario: ci si confonde con l'anziano e con la sua solitudine e si segnala un problema di assenza di modelli per attivare funzioni d'intervento efficaci e soddisfacenti.

In ordine a tali problemi emerge il desiderio degli operatori di istituire momenti di scambio per riflettere sul proprio lavoro e formarsi in competenze professionali utili a pensare contesto e domanda posta dall'utenza, come alternativa all'agito di una funzione assistenziale e riabilitativa valoriale ed onnipotente, che confronta con emozioni depressive e reattive. Alla psicologia si chiede di essere aiutati a costruire modelli di intervento a non sentirsi soli dentro il rapporto con l'anziano e a guardare la famiglia come interlocutore-cliente.

Come autori possiamo dire che abbiamo intercettato questa tipologia di domanda. Abbiamo infatti condotto un intervento di consulenza rivolto all'équipe di un servizio semiresidenziale per anziani con diagnosi di disturbo neuro-cognitivo. L'intervento è stato commissionato da una cooperativa sociale al fine di supportare l'équipe del servizio da essa gestito, nello sviluppo di competenza a trattare la domanda di anziani e famiglie. Rimandiamo i lettori interessati all'articolo che resoconta questo intervento (Pirrotta & Bisogni, 2019) e concludiamo sottolineando come la competenza psicologico clinica possa accompagnare le organizzazioni sociosanitarie a pensare il contesto di domanda di anziani e famiglie sviluppando categorie di lettura dei problemi che incontrano e metodi di lavoro orientati al cliente.

Bibliografia

- Carli, R. (2013). Psicologia clinica e Ospedale: Introduzione al tema [Clinical Psychology and Hospital: Introduction to the theme]. *Quaderni Di Psicologia Clinica*, 1, 55-62. Retrieved from <https://quadernidipsicologiaclinica.com/index.php/quaderni/article/view/320/483>
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [The Emotional Text Analysis: A psychological tool to read texts and speeches]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda* [Analysis of the demand]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2012). Convivere [Living together]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 184-200. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc/article/view/124>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Caputo, A., Dolcetti, F., Finore, E., & Giovagnoli, F. (2016). La relazione che organizza il contesto sanitario: Domanda dell'utenza e risposta dei servizi sanitari, nel territorio e nell'ospedale [The relationship which organizes the healthcare context: Users' demand and response]

of healthcare services, in the territory and the hospital] *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 7-44. doi:10.14645/RPC.2016.1.608

- Del Favero, A. L. (2010). *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia* [Technical report on not self-sufficiency in Italy]. Retrieved from <https://www.amministrazioneincammino.luiss.it/wp-content/uploads/2010/08/RapportosullanonautosufficienzainItalia27072010.pdf>
- Haley, W. E. (2003). Family caregivers of elderly patients with cancer: Understanding and minimizing the burden of care. *The journal of supportive oncology*, 1(4 Suppl 2), 25-29. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15346997/>
- ISTAT (2017). *Demografia in cifre* [Demographics in numbers]. Retrieved from www.demo.istat.it.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi* [Tools for text analysis]. Roma: Franco Angeli.
- Noci, E. (2010). Il sostegno alle famiglie che curano nell'ottica della sussidiarietà [Support for families that care from the view of subsidiarity]. *La Rivista di Servizio Sociale*, 50(1), 25-45. Retrieved from <http://www.rivistadiserviziosociale.it/it/articoli.aspx?a=37>
- Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (2014). L'assistenza domiciliare per anziani. Il caso dell'Italia: La badante [In-home elder care. The case of Italy: The badante]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 60-83. doi: 10.14645/RPC.2014.2.506
- Pirrotta, S., & Bisogni, F. (2019). L'intervento per lo sviluppo organizzativo dei servizi sociosanitari: Una consulenza a un centro diurno per anziani non autosufficienti. *Quaderni Di Psicologia Clinica*, 7(2), 28-40. Retrieved from <https://www.quadernidipsicologiaclinica.com/>
- Pugliese, E. (2011). *La terza età* [The third Age]. Bologna: Il Mulino.
- Solano, L. (2015). *Dal Sintomo alla persona: Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base* [From the symptom to the person: Doctor and psychologist together for basic assistance]. Roma: Franco Angeli.
- Solipaca, A. (2010). *La disabilità in Italia: Il quadro della statistica ufficiale* [Disability in Italy: Overview of official statistics]. Roma: ISTAT. Retrieved from http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf
- Solipaca, A. (Ed.). (2010). *La disabilità in Italia: Il quadro della statistica ufficiale* [Disability in Italy: Overview of official statistics]. Roma: ISTAT. Retrieved from http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf