

Corso di aggiornamento per i medici delle RSA e delle RSD

La complessità della cura nelle residenze

Anno 2025

Martedì 8 luglio 2025

La RSA: da Istituzione Totale a luogo di vita

Gianbattista Guerrini

gguerrini@fondazionebssolidale.it



Schema dell'intervento

- L'istituzione totale
- La residenza per anziani come istituzione totale?
- Contrastare le dinamiche dell'istituzione totale e promuovere il benessere dei residenti



Schema dell'intervento

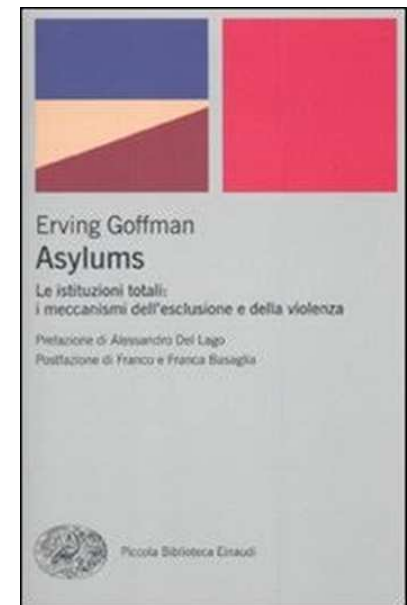
- L'istituzione totale



L'Istituzione Totale

Un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato.

Erving Goffman, Asylums, 1968



Le istituzioni totali nella nostra società possono essere raggruppate – grosso modo – in **cinque categorie**.

Primo, le istituzioni nate a **tutela di incapaci non pericolosi** (*istituti per ciechi, vecchi, orfani o indigenti*).

Secondo, luoghi istituiti a **tutela di coloro che, incapaci di badare a se stessi, rappresentano un pericolo** – anche se **non intenzionale** – per la comunità (*sanatori per tubercolotici, ospedali psichiatrici e lebbrosari*).

Il **terzo** tipo di istituzioni totali serve a proteggere la società da ciò che si rivela come un **pericolo intenzionale** nei suoi confronti, nel qual caso il benessere delle persone segregate non risulta la finalità immediata dell'istituzione che li segrega (*prigioni, penitenziari, campi per prigionieri di guerra, campi di concentramento*).

Quarto, le **istituzioni create al solo scopo di svolgervi una certa attività**, che trovano la loro giustificazione sul piano strumentale (*furberie militari, navi, collegi, campi di lavoro, piantagioni coloniali e grandi fattorie*, queste ultime guardate naturalmente dalla parte di coloro che vivono nello spazio riservato ai servi).

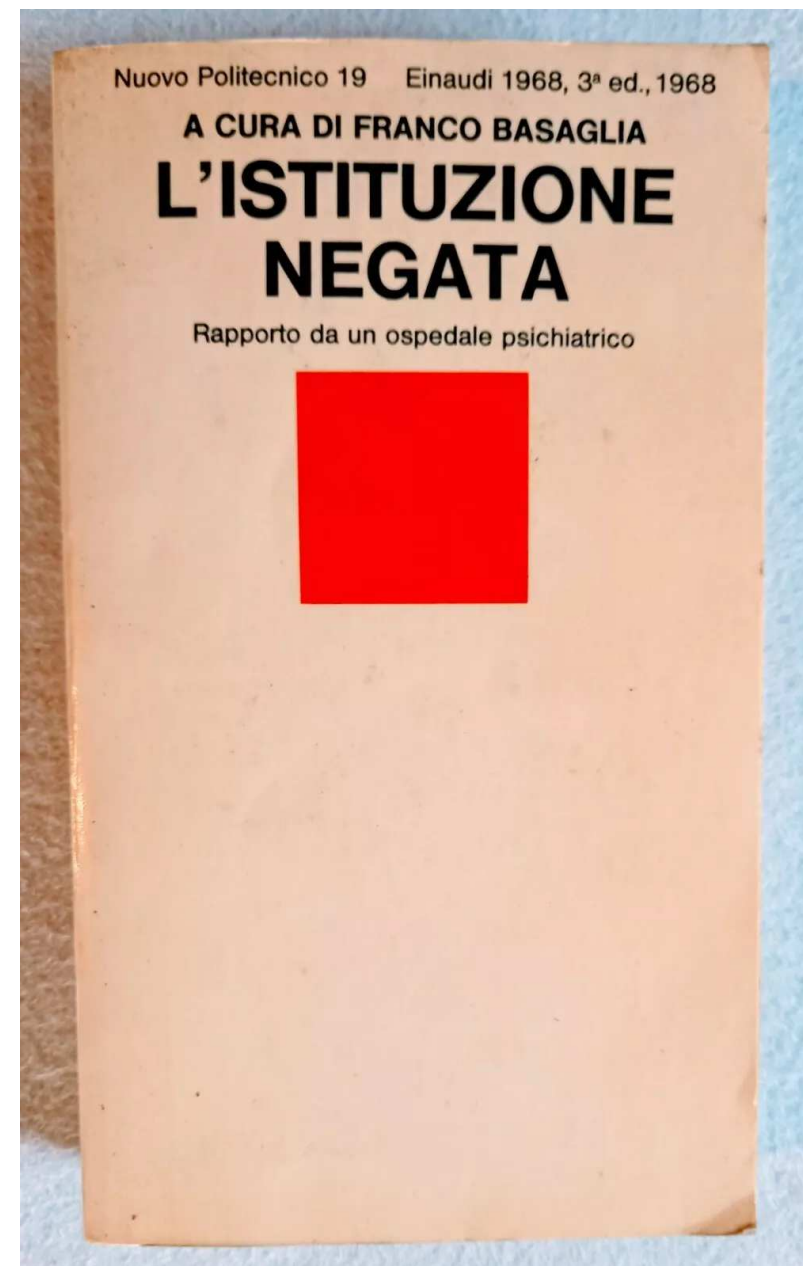
Infine vi sono le organizzazioni definite come "staccate dal mondo" che però hanno anche la funzione di servire come **luoghi di preparazione per religiosi** (*abbazie, monasteri, conventi ed altri tipi di chiostri*).

E. Goffman, 1968





«... accomunando in uno stesso destino, colpa, malattia ed ogni deviazione dalla norma»



Uno degli assetti sociali fondamentali nella società moderna è che **l'uomo tende a dormire, a divertirsi e a lavorare in luoghi diversi**, con compagni diversi, sotto diverse autorità o senza alcuno schema razionale di carattere globale.

Caratteristica principale delle istituzioni totali può essere appunto ritenuta la **rottura delle barriere che abitualmente separano queste tre sfere di vita**.

- **Primo**, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità.
- **Secondo**, ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose.
- **Terzo**, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito ..., dato che il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione.
- **Per ultimo**, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione.

E. Goffman, 1968



La sindrome da istituzionalizzazione: gli *internati*

Nel mondo esterno l'individuo può contare su oggetti che gli danno un sentimento di sé – il suo corpo, le sue azioni immediate, i suoi pensieri, ciò che possiede – il tutto libero da contatti con elementi estranei e contaminanti. Ma nelle istituzioni totali **questi territori appartenenti al sé sono violati**, la frontiera che l'individuo ha fra ciò che è e ciò che lo circonda è invasa e la incorporazione del sé profanata.



La sindrome da istituzionalizzazione: i meccanismi di adattamento

ritiro dalla situazione: l'internato ritira apparentemente l'attenzione da tutto, riducendola ai soli eventi relativi al proprio corpo. La persona ricoverata subisce la progressiva mortificazione del "sé" precedente e la totale perdita dei ruoli pregressi e può solo acquisire il ruolo di ricoverato

linea intransigente: l'internato sfida intenzionalmente l'istituzione rifiutando, apertamente, di cooperare con il personale

conversione: il paziente sembra assumere su di sé il giudizio che in genere lo staff ha di lui, e tenta di recitare il ruolo del perfetto ricoverato

colonizzazione: la realtà dell'istituzione è vissuta dall'internato "come se si trattasse di tutta la realtà" (istituzionalizzazione)

E. Goffman, 1968



La sindrome da istituzionalizzazione: il personale

... le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un **ritmo prestabilito**

... il complesso di attività è imposto dall'alto da un sistema di **regole formali**

... le varie attività sono organizzate secondo un unico **piano razionale**

E. Goffman, 1968

... in ambito istituzionale, col passare del tempo si assiste a una sorta di progressivo affievolirsi della libertà intellettuale e della vivacità di pensiero

Louis Ploton, 2003



Schema dell'intervento

- L'istituzione totale
- La residenza per anziani come istituzione totale?



L'evoluzione dell'utenza delle residenze per anziani

- Utenza "indifferenziata" (problematiche di ordine socio-economico, abitativo, di emarginazione, sanitario, di dipendenza, ...: la Casa di riposo come *contenitore di problemi irrisolti*)



- Aumento progressivo dei livelli di dipendenza
- Aumento dei bisogni sanitari e delle demenze



La soluzione residenziale quale unica risposta assistenziale e "terapeutica"

Istituzionalizzazione come tutela della società oltre che del «diverso»



Miglioramento delle condizioni socio-economiche e culturali della popolazione

Crescita nella società della cultura «anti-istituzionale»



Sviluppo di nuovi servizi

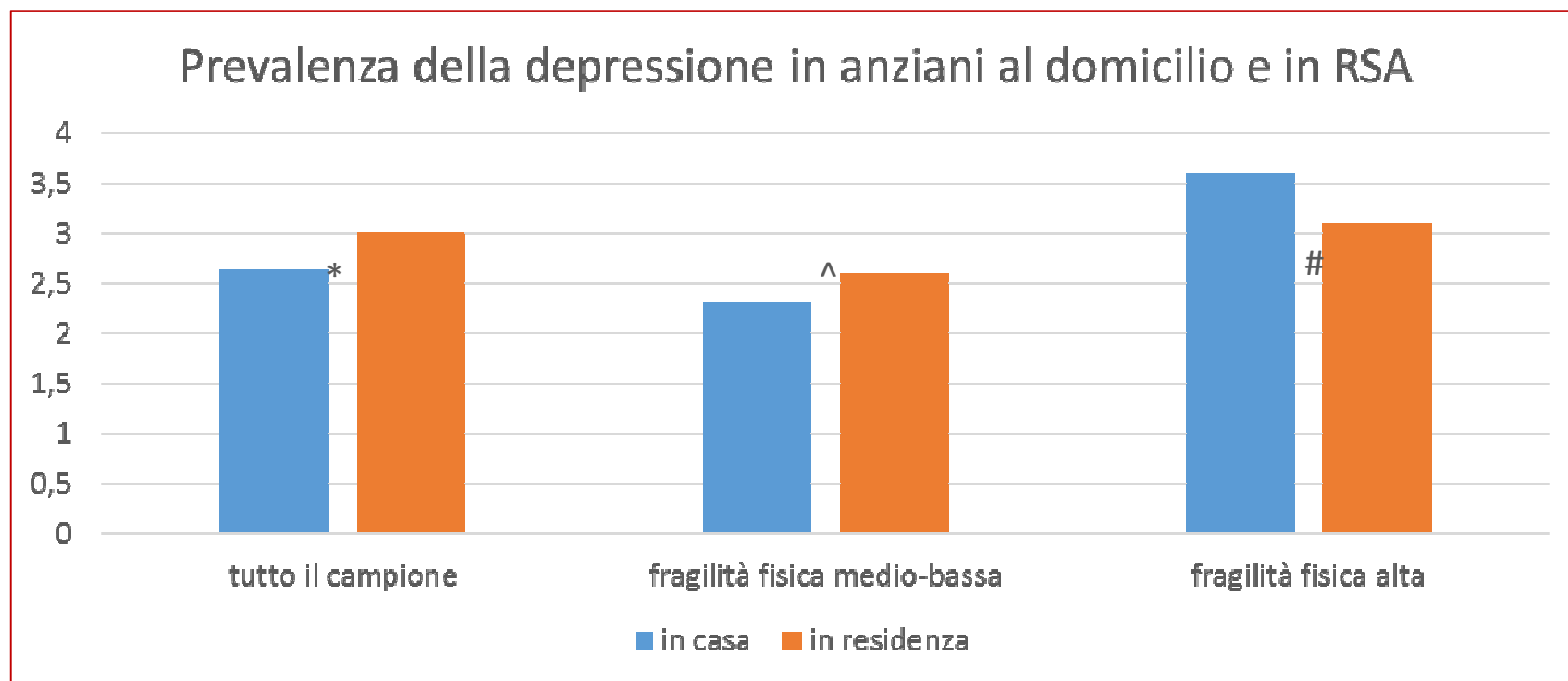
Diffusione nelle residenze per anziani della cultura gerontologica e geriatrica



In una prospettiva storica il peso della malattia e della dipendenza nel determinare il ricorso all'istituzionalizzazione ha ridotto l'impatto traumatico di questo passaggio, favorendo nella persona un miglior **adattamento**.



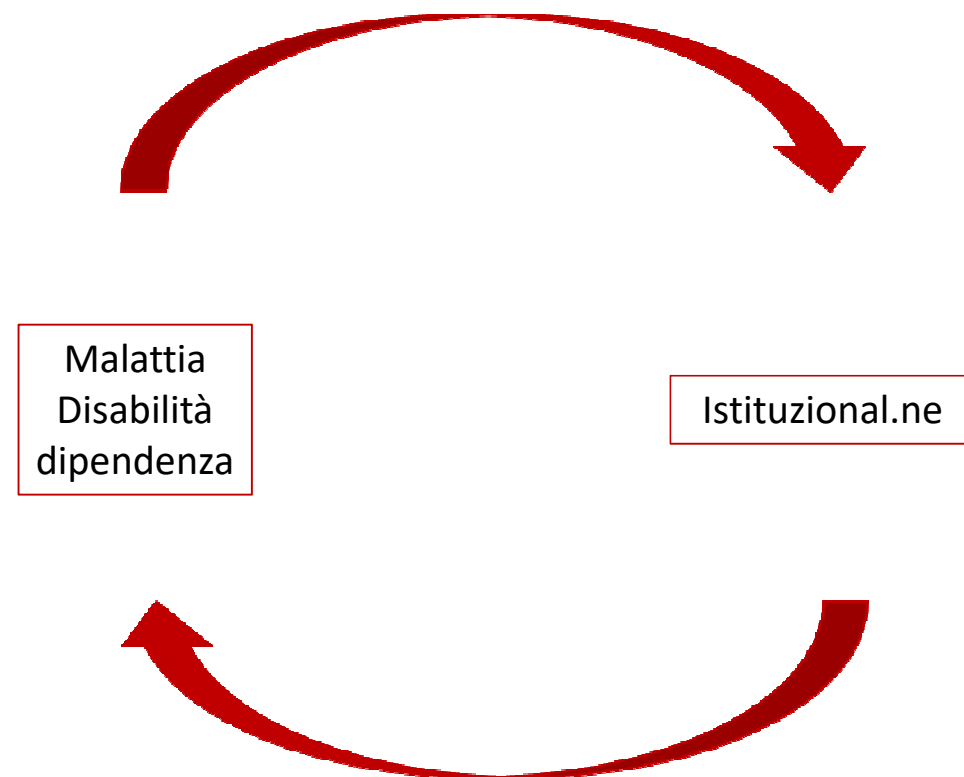
Confronto della prevalenza di depressione fra anziani al domicilio (2.891) o ricoverati in RSA (109) per livelli di fragilità fisica in Lombardia



Antonio Guaita et al, 2006 (modif.)

In una prospettiva storica il peso della malattia e della dipendenza nel determinare il ricorso all'istituzionalizzazione ha ridotto l'impatto traumatico di questo passaggio, favorendo nella persona un miglior **adattamento**.

D'altra parte l'efficacia adattativa della malattia e della dipendenza rischiano di rappresentare un ostacolo al ripristino dell'autonomia (il «**circolo vizioso**» della **dipendenza**).



L'anziano, influenzato dall'ambiente, percepisce se stesso come bisognoso di cura e **si adatta rapidamente al ruolo assegnato di «ricoverato» e di «paziente»**. Ogni difficoltà che incontra, ogni malattia cronica o intercorrente di cui soffre lo conferma in questa visione di se stesso. Si instaura così un circolo vizioso in cui la persona è sempre più centrata sul proprio malessere e sul proprio corpo malato.

Pietro Vigorelli, 2011



L'anziano recupererà il potere che ha perso negli scambi relazionali quotidiani utilizzando l'espedito dei **sintomi**, che si impongono all'interessato (a a coloro che lo circondano), per restituirgli una posizione centrale.

Louis Ploton, 2003

Il rispecchiamento negativo: se chi lo assiste focalizza l'attenzione solo sui deficit anche l'anziano tende a fare la stessa cosa

Pietro Vigorelli, 2011



La RSA come istituzione totale?

- Convivenza obbligata e perdita della privacy
- Tempi, ritmi e regole seguono la “razionalità” organizzativa e non le esigenze/desideri/abitudini degli utenti
- Completa dipendenza della persona ricoverata dal personale di assistenza
- Perdita del potere decisionale del ricoverato: *la persona non è più padrona di nessuna delle scelte che la riguardano (L. Ploton, 2003)*
- Rischio di spersonalizzazione dei rapporti e di categorizzazione delle persone



Oltre l'istituzione totale

- Mortificazione
- Espropriazione
- Reificazione
- Riduzione alla malattia ed alla dipendenza funzionale
- Rigidità organizzativa
- Chiusura alla realtà esterna



- Valorizzazione
- (Ri)affermazione dell'identità personale
- Restituzione di (margini di) autonomia
- Resilienza
- Flessibilità
- Apertura

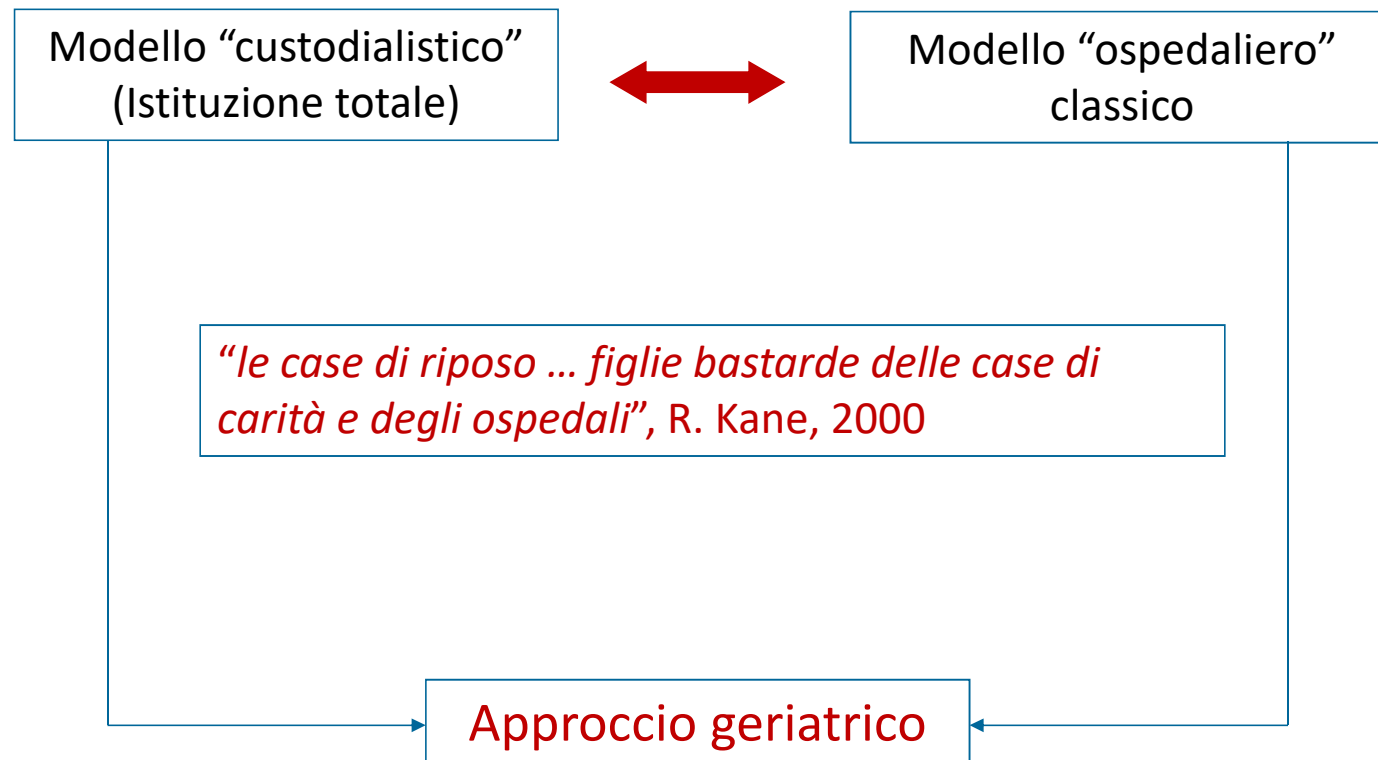


Schema dell'intervento

- L'istituzione totale
- La residenza per anziani come istituzione totale?
- Contrastare le dinamiche dell'istituzione totale e promuovere il benessere dei residenti



I modelli di cura



contenitore di problemi irrisolti

«contenitore di sofferenza»
(M. Trabucchi)



luogo di vita ↔ luogo di cura

Tutela
sanitaria

Comfort
alberghiero

Qualificato
livello
relazionale



- Promuovere l'autonomia possibile (focalizzare l'attenzione sulle capacità, non sui deficit)
- Prevenire e gestire le oscillazioni cliniche e gli scompensi funzionali
- Valorizzare i risultati parziali (*small gains*)
- Mantenere l'equilibrio tra presa in carico del problema clinico e accanimento diagnostico/terapeutico
- Adattare la *Evidence-based medicine* alle condizioni di marcata fragilità degli ospiti delle residenze
- Definire una graduatoria dei problemi anche nel rispetto dei bisogni/aspettative/preferenze dei pazienti (e delle loro famiglie)
- Confrontarsi con l'irreversibilità della perdita psicofisica, senza rinunciare ad avere obiettivi, ma anche **senza perseguire all'infinito prestazioni impossibili** (A. Guaita, 2002)



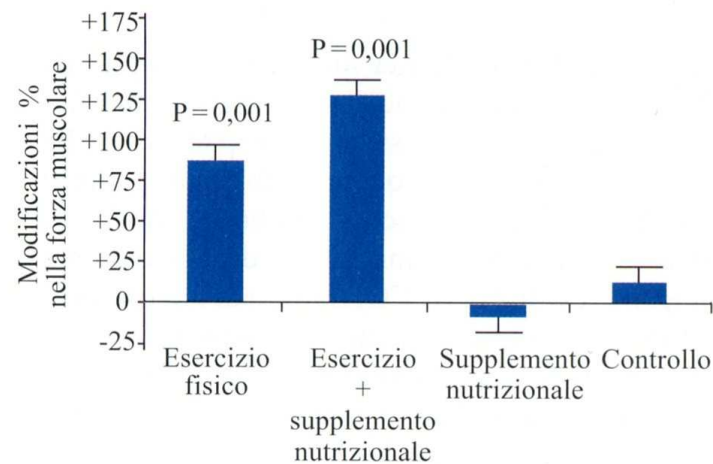
Focalizzare l'intervento sulle capacità, non sui deficit

L'approccio riabilitativo



Esercizi contro resistenza condotti tre volte alla settimana per otto settimane in donne ultranovantenni ospiti di una NH hanno aumentato la forza muscolare del 113% e la velocità del cammino del 48%.

MA Fiatarone et al, 1994



Effects of physical exercise on physical function in older adults in residential care: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials



Pedro L Valenzuela*, Gonzalo Saco-Ledo*, Javier S Morales*, Daniel Gallardo-Gómez, Félix Morales-Palomo, Susana López-Ortiz, Beatriz Rivas-Baeza, Adrián Castillo-García, David Jiménez-Pavón, Alejandro Santos-Lozano, Borja del Pozo Cruz†, Alejandro Lucía†



Summary

Background Physical exercise is effective at attenuating ageing-related physical decline in general, but evidence of its benefits for older adults in residential care, who often have functional dependency, multimorbidity, and polypharmacy, is inconclusive. We aimed to establish the effects of exercise interventions on the physical function of this population.

Interpretation Exercise interventions are associated with improved physical function in older adults in residential care, and should, therefore, be routinely promoted in long-term care facilities.

Lancet Healthy Longev 2023;
4: e247-56

Published Online
May 11, 2023

L'approccio riabilitativo:

1. Coniugare approccio riabilitativo ed approccio protesico

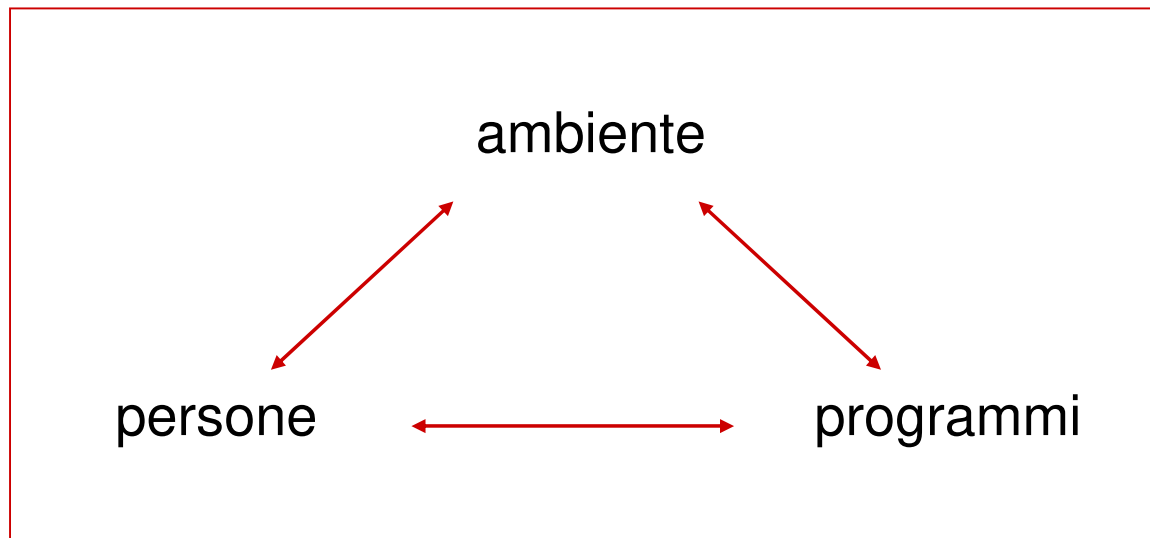


L'approccio protesico (*Gentlecare*)

A "Prosthetic" Approach for Individuals With Dementia?

Antonio Guaita, MD
Marc Jones, BBA

402 JAMA, January 26, 2011—Vol 305, No. 4



il **modello di assistenza protesico**, dopo aver valutato capacità e definito i bisogni del malato, organizza "il microambiente (persone, programmi e spazio fisico) in una **protesi di assistenza volta a compensare i deficit del paziente**, a favorire le funzioni esistenti o residue e a migliorare al massimo la qualità della vita"

Moyra Jones, 1999



L'approccio riabilitativo:

1. Coniugare approccio riabilitativo ed approccio protesico
2. Autonomia funzionale, autonomia psicologica, autonomia relazionale



Un atteggiamento oppositivo può essere considerato come «l'ultima espressione dell'autonomia di chi si trova in una situazione in cui l'autonomia, quando si esprime, viene ignorata e ostacolata»

Pietro Vigorelli, 2011

“L'approccio riabilitativo costituisce ... una modalità persecutoria che può solo alimentare i sintomi o selezionare una popolazione di soggetti passivi, con l'eccezione di alcuni che si rifugiano nella guarigione”

Louis Ploton, 2003



... ampliare “l’area della capacità di scelta”

... restituire alla persona “il controllo della sua dipendenza”

... stimolare “l’interesse del paziente, il suo desiderio, la sua fiducia in sé, il senso del proprio valore”

L. Ploton, 2003



Aiutare la persona ricoverata a mantenere la continuità con la sua storia personale, **a mantenere «brandelli» della sua identità**, a ritrovare pezzi di significato della vita (M. Trabucchi), a riconoscere **orizzonti di senso**.

Ricerca modalità di assistenza e di aiuto che considerino riconoscimento e rispetto come fattori che offrono a chi è dipendente la possibilità di percepirsi come soggetto a pieno titolo, come attore della propria vita anziché come oggetto di compassione caritatevole, o come destinatario di prestazioni assistenziali.

A. Censi, 2008



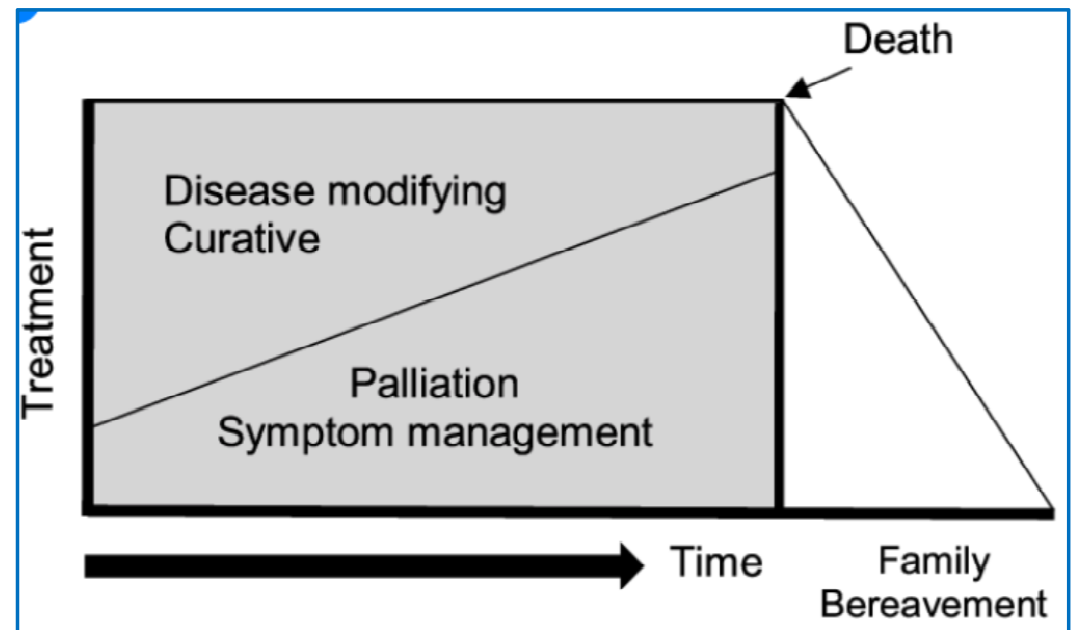
L'approccio riabilitativo:

1. Coniugare approccio riabilitativo ed approccio protesico
2. Autonomia funzionale, autonomia psicologica, autonomia relazionale
3. C'è un limite alla pratica riabilitativa?



Accettare i limiti dell'approccio riabilitativo

- Small gains
- Costruire nuovi equilibri
- Confrontarsi con l'irreversibilità della perdita psicofisica, senza rinunciare ad avere obiettivi, ma anche senza perseguire all'infinito prestazioni impossibili
- Coniugare sempre approccio terapeutico/riabilitativo ed approccio palliativo



Focalizzare l'intervento sulle capacità, non sui deficit

- Capacità funzionali
- Funzioni cognitive



Focalizzare l'intervento sulle capacità, non sui deficit

- Capacità funzionali
- Funzioni cognitive
- **Competenze comunicative**



Le parole sono dotate di un immenso potere: sono in grado di aiutare, di indicare un cammino, di recare la speranza, o la disperazione, nel cuore dei malati che, nel momento in cui scendono nella voragine della sofferenza, hanno un infinito bisogno di dare voce alle loro emozioni e al loro dolore, che è dolore del corpo, e dolore dell'anima.

Ma le parole, certo, non bastano: se i pazienti hanno la sensazione che non si sia avuto il tempo di ascoltarli, di comprenderli, di prendere coscienza delle loro sofferenze, penseranno che non tutto sia stato fatto per essere loro di aiuto.

Eugenio Borgna, 1914

La comunicazione

- Verbale
 - Paraverbale
 - Non verbale
-
- La comunicazione (il colloquio) con la persona affetta da demenza



Focalizzare l'intervento sulle capacità, non sui deficit

- Capacità funzionali
- Funzioni cognitive
- Competenze comunicative
- **Competenze emotive**



Sentimenti, emozioni, affetti esercitano un'importante influenza sulle capacità di adattamento e sul processo di invecchiamento. **L'esigenza di vivere la propria emotività, la necessità di amare e di sentirsi amati trascendono l'età.** Le ricerche evidenziano il desiderio e l'aspettativa degli anziani di essere circondati da affetti e di sperimentare la continuità di relazioni positive.

Marcello Cesa-Bianchi e Carlo Cristini, 2009



La realtà dell'altro non è in ciò che ti rivela ma in quel che non può rivelarti. Perciò, se vuoi capirlo, non ascoltare le parole che dice, ma quelle che non dice.

G.K. Gibran

La memoria si perde, l'affetto rimane.
Italo Simeone



La relazione / le relazioni



Noi non siamo esistenze chiuse e pietrificate dalla biologia, ma esistenze immerse nelle relazioni con gli altri; e le relazioni interpersonali e sociali condizionano il nostro modo di essere in ogni età della vita.

Eugenio Borgna, 2014

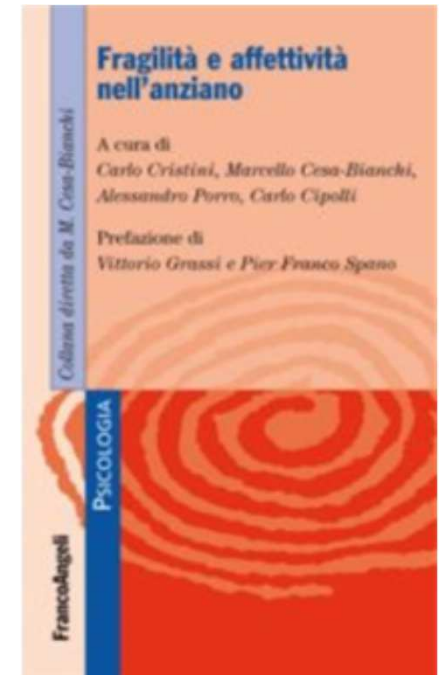
Eugenio Borgna
La fragilità che è in noi



Ci sono emozioni forti ed emozioni deboli, virtù forti e virtù deboli, e sono fragili alcune delle emozioni più significative della vita. Sono fragili la tristezza e la timidezza, la speranza e l'inquietudine, la gioia e il dolore dell'anima. E in cosa consiste la loro fragilità?

Pensare alla **relazionalità come dimensione cruciale della qualità** di un servizio socio-sanitario significa guardare all'anziano come «soggetto in relazione» ovvero pensare l'anziano congiuntamente all'insieme dei legami e dei rapporti in cui egli è inserito, siano essi riferiti alla sua situazione familiare, intergenerazionale o comunitaria. E ancora significa pensare al lavoro assistenziale e alla sua organizzazione non considerando unicamente le singole prestazioni ma anche gli elementi legati al senso che l'intervento assume per l'utente e la comunità in cui è inserito.

Silvano Corli e Giancarlo Tamanza, 2015



Utilizzare la relazione come strumento terapeutico



La sterilità in chiave igienica minaccia costantemente di tramutarsi in **sterilità relazionale**.

La medicina e l'assistenza rischiano di trasformarsi in pura manutenzione tecnica e ingegneristica. Il paziente viene curato ma non guarito perché di lui viene trascurato, negato o ridotto a puro fatto biologico **il bisogno di rapporto, e di incontro**.

Silvano Corli, 2014



E' necessario fondare la nostra azione, a qualsiasi livello si intervenga, attribuendo priorità assoluta a tutto ciò che

- nel nostro modo di parlare,
- nel nostro modo di toccare,
- nel nostro modo di agire e reagire,
- nelle nostre scelte pratiche,
- nel modo di organizzare la nostra azione

possa in primo luogo e innanzitutto **risvegliare il piacere di vivere in coloro che si affidano a noi**, accettando le nostre cure.

L. Ploton, 2003

Trasmettere ai pazienti **il nostro piacere di prendersi cura di loro**

L. Nahon, 2003

