

Analisi del modello di vulnerabilità per il processo decisionale nel campo dell'assistenza agli anziani

Lexo Virgil

Universidad Católica Santa María La Antigua, Panama

Email: lexo7@gmail.com

Astratto

Questo articolo analizza la validità della vulnerabilità come modello per il processo decisionale relativo alla situazione personale e socio-familiare dell'anziano bisognoso di cure. L'adeguatezza del modello risponde alla centralità dell'elemento di rischio nel processo decisionale, alla natura della cura e al rispetto dei principi che ispirano i diritti delle persone anziane vulnerabili. Il concetto di vulnerabilità si collega con una nuova concezione in cui la vulnerabilità si basa, non solo sulla perdita di autonomia, ma anche sulla suscettibilità al fallimento dei diritti della dignità e dell'integrità nella vita quotidiana; in linea con una concezione umana esistenzialmente diversificata e vulnerabile. L'incorporazione di questo approccio alla Legge sulla capacità degli anziani e alla regolamentazione dei servizi sociali richiederà la sua considerazione nelle relazioni e nelle diagnosi del Servizio Sociale.

Parole chiave: Vulnerabilità, anziani, processo decisionale, cura.

A. INTRODUZIONE

La vulnerabilità nel campo della gerontologia è affrontata principalmente da due approcci: un primo approccio associato ai diritti umani degli anziani come gruppo che è ripetutamente soggetto a disuguaglianza materiale e discriminazione indiretta; e un secondo approccio legato all'idea di rischio, che considera gli anziani come un gruppo bisognoso di cure e protezione speciali a causa della loro maggiore suscettibilità ai danni derivanti da varie minacce (Avilés, 2016).

Questo secondo approccio trova le sue radici nel concetto e nei modelli di vulnerabilità alla povertà (Chambers, 1989) e ai disastri naturali (Cyr, 2005). Il suo sviluppo successivo cerca di catturare la diversità e la complessità dei rischi contemporanei insieme alla varietà di forme di vulnerabilità, insicurezza e incertezza (Sánchez-González & Egea-Jiménez, 2011). Oggi si può affermare che i gruppi vulnerabili possono essere tanti quanti sono i rischi a cui sono esposti e la loro analisi permette di prevenire o minimizzare i danni attraverso le decisioni più appropriate.

L'approccio della vulnerabilità è applicato nella gerontologia post-anni Novanta (Tappen & Beckerman 1993), sia per analizzare le condizioni sociali di un gruppo che affronta i rischi derivanti dall'invecchiamento, sia a livello micro che meso-sociale degli

anziani, come soggetto che sperimenta la propria vulnerabilità in modo personale e circostanziale (Garrau, 2013). In questo senso, Martín (2011) afferma che è necessario “analizzare la cura e le vulnerabilità da micro prospettive, sapere come le diverse forme di vulnerabilità si manifestano in uomini e donne specifici che hanno i loro problemi specifici”.

B. METODO

La ricerca è stata condotta utilizzando metodi qualitativi. Con questo metodo qualitativo, i ricercatori tentano di rivelare in profondità l'essenza universale dei fenomeni sperimentati personalmente da un gruppo di individui (Estenberg, 2002). I dati sono stati raccolti attraverso diverse tecniche, comprese le tecniche di osservazione e gli studi di documentazione. L'analisi dei dati è stata effettuata attraverso tre processi di analisi, vale a dire la codifica, l'unione di codici emersi in temi, la verifica dei temi attraverso la teoria e le interviste di follow-up e il trarre conclusioni (Creswell, 2010).

C. RISULTATO E DISCUSSIONE

Il concetto di vulnerabilità e le sue componenti nel gruppo degli anziani

La vulnerabilità nel secondo dei suddetti approcci è definita dall'esposizione di una persona, famiglia, gruppo o comunità a uno o più determinati rischi, nonché dalla prevedibile incapacità di reagire per affrontarli (Villa & Rodríguez Vignoli, 2002). In breve, la vulnerabilità si riferisce alla possibilità che un soggetto, un gruppo o una comunità venga colpito dal danno derivato da una minaccia (Cardona, 2001). L'esposizione stessa alla minaccia, l'incidenza del danno, così come la capacità di Anticipazione o risposta sono determinati dalle condizioni strutturali, sociali e personali (Bello Sánchez & González Rego, 2012). In questo modo, la vulnerabilità di chi vi si trova si presenta come un processo multidimensionale in cui convergono tutti gli elementi - fattori interni ed esterni - che danno origine al rischio o alla probabilità di danno in un dato tempo e spazio (Busso, 2001).

Questa natura multidimensionale e cumulativa richiede di prendere in considerazione non solo le componenti della vulnerabilità (minaccia, grado di esposizione, possibilità di generare danno, entità del danno e capacità di far fronte), ma anche le relazioni che si instaurano tra di esse. La virtualità dell'approccio di vulnerabilità sta proprio nella possibilità di agire a ciascuno di questi livelli: sull'esistenza stessa della minaccia, sull'esposizione della persona, casa o comunità, sulla sua capacità di far fronte e sull'eventualità di danno (Reghezza, 2006).

La vulnerabilità assume diverse forme: quindi, la debolezza o fragilità interna dell'individuo, la sua indifesa di fronte all'ambiente, l'impotenza istituzionale o l'incapacità e insicurezza quando si tratta di sfruttare le opportunità e pensare a strategie per migliorare il benessere (Busso, 2001). Nel caso degli anziani, la loro

vulnerabilità dipende da un ampio spettro di fattori quali la salute fisica e mentale, le capacità cognitive, le reti sociali e il supporto, le risorse materiali, l'alloggio, la conoscenza e l'esperienza, la disponibilità dei servizi sociali, la personalità e le aspettative individuali e motivazioni personali. Tra queste, si segnalano come le condizioni di vulnerabilità più rilevanti: il deterioramento della salute - compreso il deterioramento della memoria -, le limitazioni alla mobilità e alla capacità di svolgere attività, il dolore e l'insicurezza (Fananas, 2002).

L'approccio incorpora l'aspetto soggettivo della vulnerabilità, ovvero la sensazione di insicurezza che deriva dalle condizioni di vecchiaia e che ha un forte impatto sul benessere percepito dell'anziano. La vulnerabilità va oltre la specifica percezione delle minacce e diventa un sentimento permanente nella vita dell'anziano, legato a sentimenti di fragilità, indifesa e insicurezza personale che si mantengono nel tempo e che possono incidere anche sull'identità personale. Questa sensazione nasce dall'incertezza legata al concetto di rischio stesso, dall'incertezza che la minaccia si realizzerà finalmente o che si verificherà il danno -, nonché dalla percezione di un'eventuale incapacità di controllare il proprio destino. Nel caso degli anziani vulnerabili, a questo stato psicologico alla base della nozione stessa di vulnerabilità si aggiunge quello che risulta dall'impatto di eventi stressanti imprevisti, come la perdita di altre persone significative, cadute e incidenti domestici, e ricoveri ospedalieri. L'anziano vulnerabile è più esposto a eventi critici, ha meno riserve fisiche (fragilità) e funzionali (dipendenza) per rispondere a una crisi o a un trauma (resilienza), e questi di solito sono punti di svolta in relazione alla fiducia e alla sicurezza nella vita. situazione personale futura (Ipsos Mori, 2014).

Il patrimonio relazionale degli anziani per far fronte alla vulnerabilità

Lo studio della vulnerabilità comprende l'analisi della gestione delle risorse e delle strategie utilizzate da comunità, famiglie e individui per fronteggiare gli effetti del rischio. I gruppi vulnerabili inseriti in Essa opera le proprie strategie secondo la propria situazione particolare e le proprie convinzioni. Il gruppo degli anziani affronta i rischi derivanti dalla vecchiaia ricorrendo ai beni personali, alle strategie familiari e comunitarie di assistenza informale, nonché ai servizi organizzati pubblici o privati. Moreno sottolinea in riferimento ai beni informali che, sebbene alcuni di essi spesso dipendano dal volontariato e siano in definitiva fonte di disuguaglianza, sono caratterizzati da un'immediatezza e flessibilità che costituisce un grande sollievo per chi li utilizza (Adelantado, 2013).

L'approccio mette quindi in evidenza la natura relazionale dell'affrontare le difficoltà durante l'invecchiamento. Ciò suppone il superamento di una concezione liberale del concetto di autonomia, che aveva concentrato la sua attenzione sulla garanzia di libertà, indipendenza e spazio vitale libero da interferenze esterne

(Rodríguez, 2012) che, allo stesso tempo, era rimasta all'oscuro della influenza del contesto nella situazione di vulnerabilità.

Il modello di vulnerabilità si basa su una vulnerabilità antropologica – “intesa come condizione di fragilità inerente e intrinseca all'essere umano, a causa del suo essere biologico e psichico” -, che può essere modulata dalle circostanze personali o dal contesto stesso o dalla dimensione sociale, che hanno ripercussioni sulla suscettibilità al danno e sul raggiungimento di una maggiore autonomia e qualità della vita (Fananas, 2002). Sebbene l'approccio ammetta che l'essere umano sia essenzialmente vulnerabile e interdipendente, riconosce che ci sono persone con maggiore fragilità, indifesa e vulnerabilità. Viene così incorporato il concetto di autonomia relazionale come mezzo per raggiungere la persona, obiettivo condiviso anche con altri principi come la dignità o l'integrità, in linea con la concezione del soggetto vulnerabile come quella di una persona con "un altro modo di essere nel mondo". La dignità non è più concepita come un attributo inerente alla condizione di autonomia e razionalità, come un diritto umano elaborato sulla capacità di ragionare, sentire o comunicare ed è predicato della persona che "è" (Bermejo, 2014).

Vulnerabilità, processo decisionale condiviso e assistenza quotidiana

Nell'approccio della vulnerabilità, l'anziano bisognoso di cure non è più soggetto a classificazioni dicotomiche o categorizzate di capacità o disabilità, o di autonomia o dipendenza, ed è ora considerato come una persona con condizioni e in un contesto che lo rende vulnerabile a una diminuzione del loro benessere. Questa concezione viene trasferita concretamente nel campo delle decisioni relative agli anziani, in cui quelle relative alla cura occupano un posto centrale.

Le decisioni sull'assistenza durante l'invecchiamento hanno un impatto diretto sulla vita della persona anziana, incorporano elementi emotivi e valutativi e fanno riferimento ad aspetti vicini, comprensibili e in un certo senso gestibili (Salthouse, 1996). Sotto questo prisma, è coerente che le decisioni sulla cura - nel senso di prendersi cura e prendersi cura di (Tronto, 1998) - siano prese sulla base della teoria naturalistica del processo decisionale e come parte di un processo interattivo e condiviso tra i diversi agenti coinvolti (mente condivisa). Le decisioni riguardanti la cura incorporano componenti emotive, intuizioni o elementi critici (intera mente) che insieme alle conoscenze professionali fanno parte di una conoscenza condivisa. Per quanto riguarda il processo, si tratta di un processo di costante comunicazione e negoziazione in cui emergono valori personali, si riflettono sui compiti e sui rischi della vita quotidiana personale e domestica e vengono discussi e concordati gli aspetti relativi al controllo e al controllo. indipendenza. Questo non è altro che un riflesso della logica che gli anziani seguono nelle loro decisioni su rischi e difficoltà, che si basa su strategie di normalizzazione e adattamento continuo (Craig & Higgs, 2012).

Di fronte a un modello di relazione contrattuale, che ha come elemento centrale il consenso informato e che ricerca la non ingerenza nella vita e nei diritti della persona anziana, le decisioni condivise vengono prese nell'ottica della relazione di aiuto centrata sulla persona (Delgado Rodríguez, 2012). Viene riconosciuta l'autonomia relazionale dell'anziano e viene promosso il suo autogoverno, a partire dalla sua interdipendenza dal contesto socio-familiare quotidiano nell'affrontare le condizioni di vulnerabilità (Agrela Romero, 2010) e tenendo conto del fatto che le persone significative sono coloro con cui vengono regolarmente consultate e riflesse le decisioni rilevanti. (Mula Ponce, 2019).

A livello pratico, il processo decisionale condiviso consente di decidere con l'anziano vulnerabile che lo autorizza, la continuità della sua partecipazione alle attività quotidiane che comportano rischi, o l'incorporazione, se del caso, di cambiamenti, aggiustamenti e adattamenti necessari. Si tratta di elevare le aspettative di ciò che è possibile ai massimi livelli, al fine di promuovere l'empowerment e la soddisfazione della persona anziana, promuovendo al contempo la corresponsabilità di coloro che partecipano al processo decisionale (Ipsos Mori, 2014) .

Discussione: l'applicabilità del modello al processo decisionale relativo agli anziani vulnerabili con difficoltà cognitive

Il processo decisionale condiviso può essere messo in discussione quando la persona anziana vulnerabile ha capacità cognitive compromesse e la sua partecipazione al processo decisionale è quindi messa in discussione ab initio. La considerazione delle opinioni, delle emozioni e dei desideri di questa persona e la partecipazione di parenti o stretti collaboratori ha un posto nel principio deontologico del servizio sociale per la promozione integrale della persona, ma il suo adattamento comporta una maggiore difficoltà nell'attuale regolamentazione dei servizi sociali . Si può affermare che la disciplina dei servizi sociali poggia ancora su un concetto razionale di autonomia, di natura conoscitiva, che sottolinea il consenso informato tipico del diritto civile tradizionale. Contrariamente a quanto accade nell'ambiente anglosassone, dove il focus della vulnerabilità è alla base del sistema giuridico protettivo degli anziani (ABA, 2005) - Possibilità che è anche oggetto di analisi negli ultimi anni nel diritto civile francese (Flohimont, 2018) -, nell'ordinamento giuridico spagnolo, permane ancora un approccio basato sull'autonomia e sul consenso individuale. L'autonoma disciplina dei servizi sociali, approvata nel primo decennio del nuovo millennio, recepisce espressamente nei propri articoli come principio normativo l'autonomia degli utenti sul proprio progetto di vita, nonché il loro diritto al consenso, alle dimissioni o alle decisioni esente dagli interventi sociali, fatta salva la vigente normativa civile, nei casi di incapaci o presunti incapaci.

La ricezione della Convenzione sui diritti umani delle persone con disabilità, del 13 dicembre 2006, ha operato nell'ordinamento civile con le ultime riforme relative alla modifica della capacità (Legge 26/2015, del 28 luglio, che modifica il bambino e sistema di tutela degli adolescenti), pone le basi per un cambiamento nella disciplina dei servizi sociali che superi la tradizionale dicotomia tra capacità e disabilità. L'instaurazione del sistema di supporto necessario alla promozione del processo decisionale da parte della persona con disabilità, anche anziana, e la crescente differenziazione degli ambiti della persona rispetto alle finalità.

Dalla valutazione della loro capacità, consentono di prevedere un'area di sviluppo del lavoro sociale. La considerazione delle competenze per una vita indipendente come area specifica di valutazione nei processi di modifica della capacità (Istruzione n. 3/2010 della Procura dello Stato) collocherà l'assistente sociale come un agente chiave nella determinazione della capacità dell'anziano vulnerabile persona con deterioramento cognitivo (Rueda, 2012), nonché la promozione della propria autonomia, anche in senso relazionale. In questi casi, poi, è necessario ricostruire qualunque fossero la propria volontà, le proprie preferenze e i propri valori, conciliandoli, per quanto possibile, con la gestione del rischio che attualmente configura la propria vulnerabilità.

C. CONCLUSIONE

Come si è detto finora, la cura degli anziani vulnerabili è caratterizzata dalla confluenza di aspetti socio-sanitari, con risvolti socio-familiari, in cui è presente uno stato di incertezza psicologica e la cui attuale risoluzione dipende dall'avvio di patrimonio, in gran parte informale. È luogo comune che il servizio sociale abbia come uno dei suoi elementi distintivi la libertà e l'individualità considerata nel contesto sociale della persona. Il rispetto della volontà libera dell'anziano e la promozione della sua rete di sostegno, tenendo conto delle sue opinioni, fanno parte dei principi e dei fondamenti della disciplina.

Se il modello di vulnerabilità è utile a professionisti, anziani e altri soggetti significativi per identificare il rischio e le risorse disponibili e definire strategie congiunte per la loro gestione; Quando l'anziano ha facoltà cognitive compromesse, le decisioni in merito alla sua cura richiedono anche un'assistenza sociale finalizzata all'individuazione e all'analisi degli elementi sociali che consentono di valutare la capacità di questa persona di comprendere, assumere e gestire la propria vulnerabilità.

I rischi che derivano dal contesto, la necessità di ricevere cure e la comprensione da parte dell'anziano della propria situazione costituiscono elementi valutativi che devono rientrare nelle diagnosi e nelle relazioni sociali emesse a tal fine dalla disciplina del servizio sociale. Allo stesso modo, si dovrà considerare il processo decisionale

condiviso se si vuole far valere il diritto della persona anziana, anche con difficoltà cognitive, a partecipare alle decisioni che la riguardano.

RIFERIMENTI

1. ABA. American Bar Association. Commission on Law and Aging & American Psychological Association. (2005). Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Lawyers. Washington, DC: ABA. American Bar Association & American Psychological Association. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/diminished-capacity.pdf>
2. Adelantado, J. (2013). La Europa asocial: crisis y Estado del bienestar. *Serviço Social & Sociedade*, (116), 793-798.
3. Agrela-Romero, B., Martín-Palomo, M. T. y Langa-Rosado, D. (2010). Modelos de provisión de cuidados: género, familias y migraciones. Nuevos retos y configuraciones para las políticas. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 9-17. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2010.17.1>
4. Avilés, M. D. C. B. (2016). Vulnerabilidad, derechos humanos y empresas | Vulnerability, human rights and business. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, (34), 1-16.
5. Bello Sánchez, W. y González Rego, R. A. (2012). Vulnerabilidad de las personas de la tercera edad ante el riesgo de envejecimiento en Cuba. En C. Ejea Jiménez, D. Sánchez González y J. I. Soledad Suescún, *Vulnerabilidad Social. Posicionamientos y ángulos desde geografías diferentes* (201-215). Granada: Eirene.
6. Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para latinoamérica a inicios del siglo XXI. Seminario Internacional «Las Diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe», 20 y 21 de junio. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEAPAL.
7. Chambers, R. (1989). Editorial introduction: vulnerability, coping and policy.
8. Craig, G. M. & Higgs, P. (2012). Risk owners and risk managers: Dealing with the complexity of feeding children with neurodevelopmental disability. *Negotiating and communicating health risk. Health, Risk & Society*, 14 (7-8), 627-637. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.717610>
9. Creswel, J. W. (2010). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles: University of Nebraska–Lincoln.
10. Cyr, J. F. S. (2005). At risk: Natural hazards, people's vulnerability, and disasters. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, 2(2).
11. Delgado Rodríguez, J. (2012). Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional. *Revista de Enfermería*, 6 (1), 35-42.
12. Esterberg, K. (2002) *Qualitative methods in social research*. Boston; McGraw Hill.

12. Fañanás, L. (2002, January). Bases genéticas de la vulnerabilidad a la depresión. In *ANALES del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 25, pp. 21-42).
13. Flohimont, V. (2018). Le droit ne stigmatise-t-il pas les individus en voulant accueillir la vulnérabilité à tout prix?
14. Garrau, M. (2013). Regards croisés sur la vulnérabilité.«Anthropologie conjonctive» et épistémologie du dialogue. *Tracés. Revue de sciences humaines*, (13), 141-166.
15. Ipsos Mori. (2014). Understanding the lives of older people living with frailty. A qualitative investigation. London: Age UK. Martín, M. T. (2011). Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía.
16. Reghezza, M. (2006). *Réflexions autour de la vulnérabilité métropolitaine: la métropole parisienne face au risque de crue centennale* (Doctoral dissertation).
17. Salthouse, T. (1996). Commentary: A Cognitive Psychologist's Perspective on the Assessment of Cognitive Competency. En M. Smyer, W. K. Schaie & M. B. Kapp. New York: Springer Publishing Company.
18. Sánchez-González, D., & Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 17(69), 151-185.
19. Tappen, R. M., & Beckerman, A. (1993). A vulnerable population: multiproblem older adults in acute care. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(11), 38-42.
20. Tronto, J. C. (1998). An Ethic of care. *Generations*. 22 (3), 15-20.