

Wie in SPITEX 2/1976, S. 24/25, angekündigt, stellen wir Ihnen heute die am 11. August 1976 eingeweihte Abteilung Geriatrie-Rehabilitation im Zieglerspital Bern vor. Der folgende Artikel von Dr. Ch. Chappuis, Chefarzt der erwähnten Abteilung, bildet gleichzeitig die Fortsetzung unserer Reihe von Beiträgen über geplante oder verwirklichte Modell-Beispiele im Bereich der spitalexternen Krankenpflege und Gesundheitspflege und der Zusammenarbeit mit dem spitalinternen Bereich.

DIE ABTEILUNG GERIATRIE-REHABILITATION

IM ZIEGLERSPITAL BERN

Die Realisation der Abteilung Geriatrie-Rehabilitation im Zieglerspital wird bereits in einem Gutachten der Herren Prof. B. Steinmann und Direktor Dr. F. Kohler, Inselspital, Bern, aus dem Jahre 1962 sehr genau definiert. Es ist dort zu lesen: "Es gehört heute zur Behandlung des Chronischkranken, dass die neben der Krankheit bestehenden Leistungsreserven ausgeschöpft und in angepasster Weise durch Uebung erhöht werden. Man nennt diese aktivierende Behandlung, bei der der Patient unter Aufsicht seine geistige und körperliche Leistungsfähigkeit verbessert, Rehabilitation." "Die moderne Behandlung der Chronischkranken erfordert somit vom Arzt und vom Pflegepersonal eine Umstellung im medizinischen Denken". Es wird festgehalten, dass die rehabilitative Betreuung Betagter speziell geschultes Personal und spezielle Einrichtungen braucht, sich aber gleichzeitig auf die Infrastruktur eines gut ausgebauten Akutspitals abstützen können muss.

Im Laufe der Jahre hat sich ein Wandel in der Geriatrie vollzogen. Sie ist heute dynamisch, einerseits aus der Erkenntnis heraus, dass nicht alle Betagten in Altersinstitutionen untergebracht werden sollen und können. Andererseits ist Altsein heutzutage nicht mehr geprägt von einer ausschliesslich biologischen Problematik, wie dies bis Ende des 19. Jahrhunderts der Fall war, sondern von einer psychologischen und neuerdings hauptsächlich sozialen. Alter ist soziales Schicksal geworden.

Nach Analyse der jetzigen Situation in der Geriatrie und Gerontologie und nach Berücksichtigung der Altersbetreuung im Raume Bern mit ihren unzähligen leistungsstarken Institutionen wurde definiert, wie sich die neue Abteilung Geriatrie-Rehabilitation in die Betreuung Betagter einfügen soll. Es wurden Zielformulierungen erarbeitet, die die Grundlagen für kurz-, mittel- und langfristige Planung darstellen.

Zielsetzungen

1. Abklärung, Therapie und Rehabilitation von akut erkrankten Betagten oder kontinuierlich betreuungsbedürftigen Patienten mit akuten Komplikationen. Speziell werden dabei berücksichtigt:
 - die besondere Pathophysiologie der Erkrankungen des älteren Menschen
 - die altersbedingte Krankheitssymptomatologie
 - die altersbedingte Problematik der Diagnosestellung
 - die Polymorbidität im Alter
 - die psychischen und psychologischen Probleme des älteren Menschen
 - die Stellung des älteren Menschen in der Gesellschaft
 - die Therapie und die therapeutischen Konsequenzen beim älteren Menschen
 - die Aufgabe der Nachsorge
 - Ethik und religiöse Fragen.

Der Patient soll durch die oben erwähnten Massnahmen wenn immer möglich nach Hause entlassen werden können. Nur wenn sich dies auch mit Hilfsmitteln nicht verwirklichen lässt, kommt die Entlassung in eine Altersinstitution in Betracht.

2. Dienstleistungen an Dritte in Form von Beratungstätigkeit (Konsilien) durch das ganze Mitarbeiterteam für praktizierende Aerzte, alle Altersinstitutionen im Rahmen eines sozialgeriatrischen Dienstes, andere Spitalabteilungen.
3. Aus- und Weiterbildung von in geriatrischer Betreuung Tätigen, wie diplomierte Krankenschwestern AKP, Krankenpflegerinnen FA SRK, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Hauspflegen und Haushilfen, Aerzten mit Interesse für Geriatrie und Rehabilitation.
4. Veröffentlichung der im Laufe der Zeit gesammelten Erfahrungen mit Schwerpunkt im Bereiche der praktischen Medizin.
5. Oeffentlichkeitsarbeit.

Die Abteilung Geriatrie-Rehabilitation soll den praktizierenden Aerzten als funktionstüchtiger Dienstleistungsbetrieb für die Betreuung betagter Patienten zur Verfügung stehen. Aus diesem Grunde wird das Hauptgewicht auf Zuweisungen der Hausärzte gelegt. Sie sind es, die den Patienten nach der angestrebten Entlassung wieder in ihre Betreuung übernehmen. Unter dem Gesichtspunkt und mit dem Ziel der Rehabilitation werden auch Patienten aus Altersinstitutionen und anderen Spitalabteilungen übernommen.

Le sujet d'actualité - Soggetti d'attualità - Das aktuelle Thema -

Es war genau zu definieren, welche Aufgaben und Ziele man nicht übernehmen bzw. erfüllen kann. Dies erfolgte aus Gründen des ökonomischen und sinnvollen Einsatzes der zur Verfügung stehenden Mittel. Die Abteilung Geriatrie-Rehabilitation mit ihren 76 Betten ist nicht:

- ein Ort der Platzierung entsprechend eines Pflegeheimes
- ein Ort der Versorgung von Patienten, die andere Institutionen "abschieben wollen"
- ein Ort für Patienten aus dem Spezialgebiet der ORL, Dermatologie, Ophthalmologie, Gynäkologie, Chirurgie, Urologie
- ein Ort zur Betreuung psychiatrischer Patienten oder zur Betreuung von Patienten, die einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung bedürfen.

Zum bisher gesagten seien einige Kommentare angebracht: Bei der ersten Zielsetzung wird bewusst der Begriff "chronisch-krank" nicht gebraucht. Auf unserer Abteilung existiert er nicht, da er sowohl beim Patienten wie auch bei allen Personen, die mit ihm in Kontakt kommen, ja auch in der Öffentlichkeit, mit einer ausgesprochen negativen Wertung verbunden ist: Der "Chronisch-krank" wird als passives, entmündigtes Pflegeobjekt angesehen, als hoffnungsloser Fall, der keine Besserung und keinen Fortschritt erwarten lässt, der das Pflegepersonal in diesem Sinne nie honoriert und der nur Leistungen von seiner Umwelt verlangt. Der "Chronisch-krank" verstopft die Betten, z.B. in Akutspitälern, er ist im Weg, niemand will ihn. "Chronisch-krank" wird so zum Vorurteil, gegen das unseres Erachtens zu Unrecht nichts unternommen wird.

Für uns sind solche Patienten kontinuierlich Betreuungsbedürftige. Bei der kontinuierlichen Betreuung wird Wert gelegt auf die Kontinuität. Der Patient soll nie plötzlich einfach verstossen werden oder dieses Gefühl erhalten. Er soll sich von seiner Umgebung an- und aufgenommen fühlen, er soll in die Gesellschaft integriert bleiben und sich in seiner sozialen Umwelt zurechtfinden. So ist die Ausgangslage für das Meistern seines eigenen Lebensweges besser. Der Weg zu sich selbst ist für den Patienten leichter, wenn der Weg zur Umwelt nicht abgeschnitten ist.

Der Begriff der Betreuung wird geprägt durch die Treue zum Patienten, also zum Mitmenschen; diese Betreuung wollen wir als ein verantwortungsbewusstes Begleiten auf dem Lebensabschnitt verstanden wissen. Für die Treue werden wir als Betreuer honoriert, wenn wir uns von der Vorstellung lösen, dass uns die Patienten technisch messbare Fortschritte als Belohnung unserer Bemühungen geben müssten. Der ältere Mensch kann hier seine Persönlichkeitswerte in die Waagschale werfen. Wir müssen ihr Gewicht kennen, abschätzen und schätzen lernen, im Sinne der Bereicherung für uns selbst.

Hinsichtlich aller im medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich zu treffenden Massnahmen soll bei uns eine Equipenarbeit erbracht werden. Krankenschwester, Pflegerin, Therapeutin, Sozialberaterin und Arzt, aber auch Personen der Spitalexternen

Betreuung wie Gemeinde- und Gesundheitsschwester, Haushilfe und Hauspflege, Hausarzt und Angehörige arbeiten zusammen mit dem Patienten, und nie ohne ihn, auf nahe und ferne Ziele hin. Das Spital darf nicht möglichst fern von der spitalexternen Alltagswirklichkeit sein. Prozedere für seinen Patienten festlegen. Es soll seine Türen nach aussen öffnen. Damit kann es offen werden für das, was z.B. der Hausarzt an Erfahrungen mit seinem zur Zeit hospitalisierten Patienten mitbringt. So findet ein dauerndes gegenseitiges "postgraduate-Training" statt, das für alle Teile anregend ist. Der Hausarzt und die spitalexternen Betreuer können an den Rehabilitations-Besprechungen für ihre Patienten aktiv teilnehmen, sie werden dazu speziell eingeladen.

Die Spitalentlassung muss auf lange Sicht vorbereitet werden. Der oftmals begründete Vorwand, die Umwelt könne nicht die Verantwortung für den Betagten nach der Spitalentlassung übernehmen, resultiert aus einer Unsicherheit und Angst im Verhalten dem Patienten gegenüber. Wir versuchen dieser Angst zu begegnen, indem wir Angehörige in die Betreuung des Patienten mit einschliessen, dies bereits während des Spitalaufenthaltes. Wir zeigen den Angehörigen, wozu der Patient fähig ist, und mit welchen oftmals einfachen Mitteln man ihn bei seinen Aktivitäten unterstützen und positiv motivieren kann.

Gelegentlich wird es sich als notwendig erweisen, die Entlassung schrittweise vorzunehmen. Der Patient wird einige Male tagsüber zu Hause sein, später während zweier oder dreier Tage, und erst anschliessend wird der definitive Schritt in die eigene Welt zurück möglich werden.

Zwei weitere "Brücken", die die Rückkehr des Patienten leichter und eventuell früher ermöglichen, sind das Tagesspital und die Nachsorgeabteilung. Beide sollen in einer nächsten Phase in noch bestehenden Bauten aus den Jahren 1951 und 1968 auf dem Areal des Zieglerspitals verwirklicht werden. Das Tagesspital mit 40 Plätzen entspricht einer geriatrischen Tagesklinik, wie sie z.B. in Basel und Genf schon mehrere Jahre existieren. Durch die Aufnahme eines Patienten ins Tagesspital kann unter Umständen auch eine stationäre Hospitalisation umgangen werden.

Auf der Nachsorgeabteilung mit 44 Betten soll der Rehabilitationsstand des Patienten gehalten werden können, bis die für ihn notwendigen Massnahmen für die Entlassung getroffen, allfällig benötigte Hilfen oder die entsprechende Altersinstitution gefunden sind.

Tagesspital und Nachsorgeabteilung ermöglichen es, die 76 Betten der jetzt eröffneten Abteilung Geriatrie-Rehabilitation in dem Sinne zu entlasten, dass sie rascher weiteren rehabilitationsbedürftigen Patienten zur Verfügung gestellt werden können.

Ist der Eintritt in eine Altersinstitution vorgesehen, so soll der Betagte auch hier die Möglichkeit haben, die Oertlichkeiten seiner künftigen Bleibe vorerst kennenzulernen und mit seinen

dortigen Betreuern persönlichen Kontakt aufzunehmen. Ohne eingehende und ausgedehnte Vorabklärung der Situation stimmen folgende Äusserungen immer wieder nachdenklich: "Für den Patienten ist es sowieso das beste, in ein Alters- bzw. Pflegeheim einzutreten. Da es ab morgen dort einen freien Platz hat, muss er einfach einsehen, dass er diese Gelegenheit benützen muss. Er wird es anfänglich wohl schwierig haben, aber er muss sich damit abfinden." Auch wir selbst könnten uns mit solchen Beschlüssen über uns nicht "einfach" abfinden und sie nicht "einfach" einsehen. Was wird hier vom älteren Menschen verlangt ?

In der Oeffentlichkeitsarbeit befassen wir uns mit der Sensibilisierung der Bürger im mittleren aktiven Lebensalter für die Fragen von Gerontologie und Geriatrie, mit der Vorbereitung auf das Alter, mit dem Sinn und Ziel des Alters, mit der Verantwortung der Generationen füreinander, auch der älteren für die jüngere, mit der Reintegration des Betagten in die Gesellschaft.

Die dargelegten Zielsetzungen können ohne personelle und materielle Mittel nicht verwirklicht werden. Wir dürfen uns glücklich schätzen, für unsere Ziele begeisterte Mitarbeiter zu haben: Krankenpflegerin FA SRK, diplomierte Krankenschwester, Arzt, wie auch Ergotherapeutin, Physiotherapeutin und Sozialberaterin arbeiten möglichst lange auf der gleichen Station zusammen. Der Patient, durch die Hospitalisation ohnehin in einer Ausnahmesituation, oftmals verunsichert und verängstigt, muss seine konstanten Bezugspersonen in der Betreuungs-Equipe haben. So kann ein echtes und tragendes Vertrauensverhältnis entstehen, das zum besten Motivationsmoment für Patient und Betreuer wird.

Die Abteilung Geriatrie-Rehabilitation ist in 4 Stationen zu 16 und eine Station zu 12 Betten unterteilt. Sie verfügt über 8 Vierer-, 16 Zweier- und 12 Einzlerzimmer. Alle Zimmer sind mit den entsprechenden Nebenräumen sehr zweckmässig eingerichtet. Es stehen im weiteren eine modern eingerichtete Physiotherapie und eine Ergotherapie, die auch der chirurgischen und medizinischen Abteilung des Hauses dienen, zur Verfügung.

Auf unserer neuen Abteilung Geriatrie-Rehabilitation herrscht nicht Fatalismus angesichts des Alters unserer Patienten. Geriatriische Betreuung ist jung, sie will dynamisch sein und bleiben, sie ist voll von Chancen: Die Verwirklichung einer "personalen Medizin".

Dr. Ch. Chappuis, Chefarzt
Geriatrie - Rehabilitation

Come annunciato nel SPITEX no. 2/76, pag. 24/25, vi presentiamo oggi la "Sezione di riabilitazione geriatrica" del Zieglerspital a Berna, inauguratasi l' 11 agosto 1976.

L'articolo che segue, del Dott. Ch. Chappuis, primario di quella Sezione, costituisce inoltre la continuazione del nostro ciclo in cui presentiamo esempi-modelli, progettati o realizzati, nel campo delle cure extraospedaliere e di salute pubblica.

LA SEZIONE DI RIABILITAZIONE

GERIATRICA NEL ZIEGLERSPITAL BERNA

La realizzazione della Sezione di riabilitazione geriatrica venne già chiaramente definita in una perizia dei Signori prof. Dott. B. Steinmann e direttore Dott. F. Kohler, Inselspital Berna, nell' anno 1962. Ivi si legge: "La terapia del malato cronico richiede oggi che vengano sfruttate e adeguatamente aumentate con esercizi, le riserve di energie esistenti accanto alla malattia stessa. Questa terapia attivante, in cui il malato, sotto sorveglianza, migliora le sue possibilità fisiche e spirituali, viene chiamata riabilitazione". "La cura moderna dei malati cronici richiede perciò, sia da parte del medico, sia da quella del personale infermieristico, un cambiamento di concetto nel campo medico". Si precisa che per la riabilitazione di persone anziane è indispensabile personale appositamente formato; e che il reparto attrezzato adeguatamente, deve potersi appoggiare sulle infrastrutture di un ospedale per casi acuti ben funzionante.

Nel corso degli anni passati la geriatria è notevolmente mutata. Oggi essa è dinamica: da un lato perché si è visto che non tutte le persone devono o possono essere sistemate in istituti per anziani, dall'altro perché oggi l'età anziana non è più dominata dalla sola problematica biologica (come lo fu fino alla fine dell' ottocento), bensì implica una problematica psicologica e, oggi-giorno prevalentemente sociale. L'anzianità è diventata destino sociale.

In base alle analisi della situazione odierna in geriatria e gerontologia, e tenendo conto della situazione della regione bernese, dotata di molteplici forti istituzioni, venne stabilito in qual modo un reparto di riabilitazione geriatrica abbia a essere integrato nelle cure di persone anziane.

Gli obiettivi elaborati servono di base per una pianificazione a breve, media e lunga scadenza.

Obiettivi

1. accertamento, terapia e riabilitazione di persone anziane colpite da malattie acute o di persone bisognose di cure continue colpite da complicazioni acute.

Le sujet d'actualité - Das aktuelle Thema - Soggetti d'attualità -

In particolare verrà considerato con cura:

- la particolare patofisiologia delle malattie presso le persone anziane
- la sintomatologia dovuta all'anzianità
- la problematica della diagnosi dovuta all'anzianità
- la polimorbosità dell'età avanzata
- i problemi psichici e psicologici della persona anziana
- la situazione della persona anziana nella società
- la terapia e le conseguenze della terapia nella persona anziana
- il compito della post-cura (ted. = Nachsorge)
- l'etica e le questioni religiose.

Applicando queste misure elencate, il malato dovrebbe poter venire dimesso a casa sua. Solo nel caso in cui, anche con provvedimenti supplementari, ciò non fosse possibile, si penserà alla sistemazione in un istituto per anziani.

2. Attività di consulenza verso terzi da parte di tutto il gruppo di collaboratori, cioè ai medici, a tutti gli istituti per persone anziane nel quadro di un Servizio sociale-geriatrico, ad altri reparti ospedalieri.
3. Formazione e aggiornamento di personale occupantesi di persone anziane, quali infermieri, assistenti geriatrici, fisioterapisti, ergoterapisti, assistenti sociali, aiuti domiciliaari e medici che sono interessati alla geriatria e alla riabilitazione.
4. Pubblicazione delle esperienze fatte nel corso del tempo, in particolare nel campo della medicina pratica.
5. Attività pubblicitaria.

La Sezione di riabilitazione geriatrica, quale Servizio pubblico, ben funzionante, deve stare a disposizione dei medici per la cura dei loro pazienti anziani. Per questo verrà dato grande peso alla collaborazione con medici esterni. Saranno gli stessi medici che, dopo la dimissione auspicata, riprenderanno la cura di tali persone. Alle medesime condizioni e allo solo scopo di riabilitazione, verranno pure ammessi pazienti provenienti da istituti per anziani o da altri reparti ospedalieri.

Era necessario definire chiaramente quali compiti e obiettivi non si possono assumere, rispettivamente raggiungere. Ciò per garantire un uso sensato dei mezzi economici e tecnici. La Sezione di riabilitazione geriatrica con i suoi 76 letti non è:

- luogo di sistemazione quale casa di cura
- luogo di sistemazione per pazienti che altri istituti vogliono "eliminare"
- luogo di cura per pazienti dei rami specializzati di ORL, dermatologia, oftalmologia, ginecologia, chirurgia, urologia
- luogo di assistenza per malati psichici o per malati che necessitano un reparto chiuso di psichiatria.

Per quello che si è detto fin'ora, alcuni commenti:

Nel primo obbiettivo si omette consapevolmente il concetto di "malato cronico". Nella nostra Sezione questo concetto non esiste, poiché esso è legato a una esplicita valutazione negativa, e ciò tanto da parte del paziente quanto da parte delle persone che lo circondano, e della comune opinione pubblica: il "malato cronico" viene considerato come un oggetto da curare, passivo, minorenne, un caso senza speranza, da cui non si attende nulla, nè miglioramento nè progresso; che per questo non soddisferà mai il personale infermieristico, e che non fa altro che pretendere e chiedere prestazioni dagli altri. Il "malato cronico" tiene inutilmente occupati i letti, p.es. nell'ospedale di malati acuti, egli è di troppo, nessuno lo vuole. L'espressione "malato cronico" ha creato un pregiudizio, il quale, disgraziatamente, ancora non si combatte.

Per noi tali pazienti sono "bisognosi di cure, di assistenza continue". Per garantire una assistenza continua, diamo massima importanza alla continuità. Il paziente non deve mai venire respinto o avere l'impressione di esserlo. Deve sentirsi accettato e accolto nell'ambiente che lo circonda, deve restare integrato nella società, e ritrovarsi a posto nel suo ambiente sociale. Così si migliora il punto di partenza per ammaestrare il proprio cammino della vita. La via verso se stesso, per il paziente, è più facile da trovare se non è bloccata quella verso l'ambiente che lo circonda.

Il concetto di assistenza (ted. = Betreuung) è caratterizzato dalla fedeltà verso il paziente, cioè verso l'uomo. Questa assistenza noi la concepiamo quale accompagnamento consapevole della responsabilità, durante un tratto di cammino.

In qualità di assistenti noi saremo ricompensati per la nostra fedeltà, se sapremo svincolarci dall'immagine che il malato abbia a pagare le nostre prestazioni con progressi tecnicamente misurabili. La persona anziana invece getterà sulla bilancia i valori della sua personalità. A noi di imparare a conoscere e a stimare il peso di tali valori, e trarne un arricchimento per noi stessi.

Per ciò che riguarda l'insieme delle misure da prendere nel campo medico, psicologico e sociale, noi ci prefiggiamo un lavoro in equipe. L'infermiera, l'assistente geriatrica, le terapiste, l'assistente sociale, il medico, e inoltre le persone addette alle cure extraospedaliere come l'infermiera di salute pubblica,

l'infermiera visitatrice, l'aiuto domiciliare, il medico di famiglia e i famigliari lavorano insieme con il paziente, e mai senza di lui, per raggiungere gli obiettivi vicini e più lontani.

L'ospedale non deve stabilire da solo il piano di cura per i suoi pazienti, lontano e distaccato dalle realtà quotidiane extraospedaliere. Deve invece aprirsi verso l'esterno. Così saprà aprirsi anche al contributo che può dare il medico di famiglia, il quale ha esperienza e conoscenza del malato attualmente ospitalizzato.

In questo senso si stabilisce un continuo "postgraduate-Training" molto fruttuoso per tutti. Il medico di casa e tutti coloro che sono impegnati nelle cure extraospedaliere possono partecipare attivamente ai colloqui di riabilitazione, per i quali vengono esplicitamente invitati. Il licenziamento dall'ospedale va preparato a lungo termine. Spesso si replica che la famiglia non è in grado di assumersi la responsabilità per l'anziano dimesso: questo atteggiamento risulta dall'insicurezza e dal timore che molti hanno di fronte al paziente. Noi cerchiamo di combattere questo timore integrando i famigliari nelle cure già durante il soggiorno in ospedale. Facciamo vedere loro a quanto il paziente sia capace e come, con mezzi spesso semplicissimi, si possa aiutarlo e motivarlo positivamente.

In alcuni casi sarà necessario dimettere il paziente a poco a poco: comincerà a passare un giorno a casa sua, poi un altro, poi due o tre giorni di seguito. Soltanto dopo sarà possibile che egli possa fare il passo di ritorno definitivo nel suo proprio mondo.

Due altre possibilità di fare da ponte per un ritorno più facile o talora più tempestivo, sarebbero l'ospedale diurno e il reparto di post-assistenza. Questi due reparti saranno realizzati allo Zieglerspital nella prossima tappa di costruzione nella quale verranno riattati due stabili che datano del 1951 e 1968. L'ospedale diurno con 40 posti corrisponderà a una clinica geriatrica diurna come ne abbiamo già da parecchi anni a Basilea e a Ginevra. Sistemando un paziente in un ospedale diurno spesso si potrà evitargli l'ospitalizzazione stazionaria. Il reparto di post-assistenza, dotato di 44 letti, ha lo scopo di mantenere lo stato di riabilitazione raggiunto, fino a quando si abbia organizzato il licenziamento, provveduto a tutti gli aiuti necessari o trovato l'istituto adatto per una sistemazione.

Con l'ospedale diurno e il reparto di post-assistenza, l'attuale Sezione di riabilitazione geriatrica con i suoi 76 letti, diventerà più efficiente in quanto potrà disporre più rapidamente dei suoi letti a favore di ulteriori pazienti che necessitano della riabilitazione.

Qualora si prepara la sistemazione in un istituto per anziani, si deve dare al paziente la possibilità di conoscere prima i luoghi della sua futura dimora e di prendere contatto con coloro che si occuperanno di lui.

Senza accertamenti accurati e prolungati della situazione, si ripeteranno all'infinito riflessioni come la seguente: "E' la miglior soluzione per il paziente di entrare in una casa per anziani o in una casa di cura. Giacché a partire da domani si offre un posto libero, esso ha da capire che deve approfittare dell'occasione. Sarà probabilmente un po' difficile per lui, all' inizio, ma dovrà adattarsi". Noi stessi saremmo difficilmente d'accordo nè pronti ad accettare decisioni simili a nostro riguardo. Cosa mai domandiamo qui alle persone anziane ?

L'attività pubblicitaria ha per scopo di sensibilizzare i cittadini di età media ai problemi della gerontologia e geriatria, al senso e ai fini dell'età avanzata, alla responsabilità che ogni età ha per l'altra, cioè anche l'anzianità per la gioventù, e alla reintegrazione della persona anziana nella società.

Gli obiettivi qui esposti non possono essere realizzati senza mezzi materiali e personali. Possiamo dirci felici di avere trovato collaboratori entusiasti per i nostri scopi: l'assistente geriatrica, l'infermiera, il medico, l'ergoterapista, la fisioterapista e l'assistente sociale lavorano assieme nello stesso reparto durante lungo tempo.

Il paziente sconcertato e timoroso per la sua situazione eccezionale di essere ospitalizzato, deve trovare nell'equipe di cura sempre le stesse persone, per poter allacciare relazioni costanti: solo così può nascere quella fiducia atta a favorire e a motivare il paziente e il personale.

La Sezione di riabilitazione geriatrica è suddivisa in 4 reparti da 16 e uno da 12 letti. Dispone di 8 camere a quattro, 16 a due letti e 12 camere singole. Tutte le stanze sono adeguatamente attrezzate e hanno i propri servizi. Inoltre stanno a disposizione un moderno istituto di fisioterapia e la ergoterapia, che servono pure alle sezioni di medicina e di chirurgia.

Nella nostra nuova Sezione di riabilitazione geriatrica non regna il fatalismo della longevità dei nostri pazienti. L'assistenza geriatrica è giovane, vuol essere e rimanere dinamica, ed è piena di "chances": per la realizzazione di una medicina personale.

Dott. Ch. Chappuis
medico primario
Riabilitazione geriatrica