Sofferenze organizzative e intersoggettive nei servizi di cura per persone anziane

Il management nelle case di cura è sempre più orientato verso due modelli: uno privatistico, volto al profitto, l'altro sanitario, centrato sull'erogazione delle cure; sono trascurati gli investimenti nella ricerca di altre modalità di funzionamento organizzativo più congruenti con la specificità dei servizi, che dovrebbero riporre maggiore attenzione alle attese dei singoli ed alle relazioni che permeano i luoghi di cura. Ma ciò richiede competenza e coraggio.

Di Franca Olivetti Manoukian *(Psicosociologa, Studio APS Milano)*, Valter Tarchini *(Psicosociologo, Studio APS Milano)*

E' diffusa la constatazione che nella nostra società il contatto e il confronto con le problematiche legate alla fragilità sono per lo più eluse o confinate nelle istituzioni tradizionalmente deputate alla cura, in un quadro segnato da ricorrenti contraddizioni, tra continue raccomandazioni per promuovere integrazione e insistenti iniziative rivolte a separare e specializzare.

L'esplosione di epidemia di Coronavirus ha drammaticamente esposto tutto il sistema sanitario del nostro Paese a un impatto catastrofico, che ha reso necessarie decisioni drastiche e comunicazioni tempestive. Le persone anziane sono state particolarmente colpite dal contagio e dalle sue pericolose conseguenze, ma sembra che gli esiti letali per chi comunque si avvicina alla fine della propria vita siano meno preoccupanti, meno gravi, stiano in un "ordine delle cose" inevitabile.

Potremmo anche chiederci se rappresentazioni di questo genere, solitamente contrastate, non siano forse sottilmente diffuse e finiscano per rendere accettabili servizi standardizzati, vincolati a rigide limitazioni di spesa, per attribuire alla vita un diverso valore a seconda delle circostanze. Ci sembra utile proporre alcune riflessioni sui servizi residenziali, anche per evitare che l'emergenza non comprima o espella pensieri sul senso, sul funzionamento e sulla qualità dei servizi stessi, sia per chi ne usufruisce, sia per chi vi opera.

Attenzioni e contraddizioni nel gestire le fragilità

Si investe nei rapporti con tecniche e tecnologie, con acquisizioni scientifiche, che consentono in generale allungamenti della vita media e permettono condizioni di vita positive pur a fronte di gravi disabilità e precarietà di salute; al contempo si negano o si sottovalutano le implicazioni relazionali e sociali che ricadono sulla vita di tutti.

Malattie, disagi, sofferenze e menomazioni fanno paura e si tende a tenersene ben lontani, a escludere dalla quotidianità quello che si ritiene non "normale" o a relegarlo in ambiti separati e circoscritti. Basti richiamare come i bambini siano "schermati" rispetto ai contatti con queste situazioni, come si tratti con imbarazzo e reticenza la comunicazione di una morte o l'incontro con una persona malata di mente o come spesso nei contesti scolastici si riscontrino rifiuti, chiusure, derisioni e distanziamenti nelle interazioni con chi è "diverso", a volte presenti negli atteggiamenti degli stessi ragazzini e talvolta ricorrenti in prese di posizione delle famiglie.

E' inevitabile che mantenere relazioni aperte e vitali tra chi ha diverse esigenze e attese per differenti modalità di spostarsi e di comportarsi nelle funzioni della vita quotidiana, per differenti scansioni nell'uso del tempo, per transizioni imposte dall'età, implica istituire e sostenere assetti differenti e differenziati che vanno studiati e messi a punto, che richiedono degli investimenti, che esigono delle riorganizzazioni e delle ricollocazioni professionali. I costi di varia natura collegati a questi

processi vengono rigettati. O meglio, i costi finiscono per essere “scaricati” sugli operatori a cui si chiede sempre di più in termini di prestazioni e compressioni di tempi, di flessibilità e disponibilità; i costi finiscono per ricadere sui singoli che sono impegnati nella “quotidianità della cura”, intensificandone il lavoro e abbassandone i compensi.

Ci siamo abituati a dare per scontato che la salute vada tutelata con competenze mediche e anche con competenze mediche sofisticate, che sono sempre più ricercate e apprezzate. E’ con questa impostazione che si moltiplicano dotazioni anche nelle strutture per anziani e disabili. Contemporaneamente, è sempre maggiore la sensibilità verso il dolore e la sofferenza che “ci tocca individualmente”: **sempre maggiore è la richiesta di attenzione, di personalizzazione, di specificità nella qualità della cura, che si collega a una generale evoluzione culturale, che considera l’intervento medico non rivolto soltanto allo stato di malattia ma anche, e a volte soprattutto, al perseguimento di benessere, del benessere possibile per ogni persona con tutte le sue diverse limitazioni**.

Le generalizzate insistenti attese di riconoscimento che caratterizzano le nostre convivenze si traducono in continui richiami, continue pretese di attenzioni particolari, di particolari ascolti delle grandi e piccole insoddisfazioni e inquietudini che punteggiano le quotidianità. E questo diventa più evidente quando si vive in situazioni residenziali, di convivenza comunitaria e viene espresso da parte di ospiti, pazienti, degenti, da parte di familiari e da parte degli stessi operatori.

Nelle situazioni in cui le patologie non si presentano in forme acute, le complessità non sono tanto insite nelle attività diagnostiche e forse neppure nelle tecniche terapeutiche: sono depositate piuttosto nelle **aspettative di essere riconosciuti, di essere compresi rispetto al senso che viene soggettivamente attribuito al proprio malessere, di non sentirsi abbandonati e isolati e di poter mantenere relazioni positive nonostante i vincoli**. Se i costi degli interventi strettamente sanitari e delle strumentazioni ad essi collegate sono contabilizzabili e contabilizzati, i costi dei contenuti relazionali che vanno messi in campo, degli ascolti empatici e delle comunicazioni con pazienti e familiari, dei tempi richiesti dal rispetto delle soggettività lo sono molto meno e a volte anche non sono visti, non considerati, dati per scontati.

Il bisogno di riconoscimento nei servizi di cura
Ospiti, familiari e gli stessi operatori esprimono sempre con più forza l’aspettativa di essere riconosciuti, di essere compresi rispetto al senso che viene soggettivamente attribuito al proprio malessere, di non sentirsi abbandonati e isolati.

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella 1 – Il bisogno di riconoscimento

Un management attirato da modelli “importati”

La gestione manageriale dei servizi è da tempo al centro di molte attenzioni e sollecita acquisizioni in competenze specifiche: queste sembra vengano collocate entro due culture di riferimento trainanti, quella economico-aziendale dominata dalle logiche di bilancio e quella “sanitaria classica” centrata sulle modalità tradizionali di erogazione delle cure. Forse non viene adeguatamente rappresentato che si tratta di operare rispetto a organizzazioni finalizzate alla gestione della cronicità e della lungodegenza, attraversate e vissute quotidianamente anche da una pluralità di soggetti quali familiari e volontari, orientate a intensificare le relazioni con il loro contesto territoriale prossimo, chiamate ogni giorno a sostenere un senso della vita per chi vi è ospite, per chi non è prevista una guarigione, ma va perseguito un “benessere possibile” da riformulare continuamente.

Si tratta pertanto di organizzazioni che richiedono interazioni tra singoli e tra gruppi non solo funzionali: coinvolgono a più livelli con rilevanti componenti affettive. Le competenze manageriali rispetto a queste organizzazioni

non sono oggetto di specifici investimenti scientifico-culturali rivolti a mettere a punto ipotesi e impostazioni gestionali ad hoc. **Questo fa si che gli strumenti concettuali e operativi adottati dal management risultino limitati, sia nella gestione che nella rappresentazione e visibilità degli esiti e dei prodotti di queste organizzazioni**.

Viene sottovalutato che la produzione di servizi a cui sono finalizzate in particolare le strutture residenziali è intrinsecamente costituita e realizzata entro dinamiche relazionali. I servizi si producono entro relazioni tra soggetti che sono portatori di attese per ottenere qualche cosa di vantaggioso (non materializzabile o solo in parte materializzabile) e soggetti che sono in grado di fornirlo. E' in queste interazioni intersoggettive che prende consistenza e valore il contenuto specifico del servizio stesso. Svolgere diverse operazioni per l'igiene del corpo di una persona anziana non autosufficiente è effettivamente servizio se l'operatore comunica con l'ospite, se "ascolta" quello che viene espresso anche in modo non verbale, quello che è accettato ben e mal volentieri e se spiega quello che sta facendo e perché lo sta facendo.

Agli operatori pertanto è richiesto nei loro differenti ruoli di mettere in atto pratiche assistenziali e terapeutiche con attenzione al senso che queste contengono e alla loro adeguatezza rispetto al benessere possibile che va perseguito. E questo implica che **gli operatori possano vedersi, sentirsi attori/autori nel loro lavoro, riconosciuti pertanto come tali da ospiti/pazienti e dai loro familiari, ma soprattutto dalla direzione** delle strutture che li considera come soggetti e non solo come individui, categorie, numeri da collocare, spostare, avvicendare nei turni, esecutori di quanto è proceduralizzato e prescritto.

Se questi aspetti delle collocazioni lavorative non sono presi in considerazione, i singoli si sentono estranei, alienati, scissi rispetto a un'operatività ripetitiva e anodina da un lato e motivazioni all'aiuto, attese di "fare del bene" dall'altro: **si rischia di prendere distanza dall'organizzazione** nel suo insieme, con cui non ci si identifica e anche di rinunciare al prendersi responsabilità e a esercitare il proprio ruolo con quell'ambito di autonomia decisoria che permette di sentirsi soggetti attivi, rifugiandosi piuttosto in posizioni meramente esecutive e impersonali.

Un management che tende ad assumere una impostazione "amministrativa" non prende adeguatamente in considerazione questi aspetti. A volte l'impianto amministrativo si giustappone all'assunzione di un funzionamento organizzativo modellato sugli elementi cardine dell'**intervento medico tradizionale**, collaudato nella relazione inter-individuale medico-paziente. Questa si caratterizza, come da più parti e più volte è stato rilevato (e anche fatto oggetto di satira), per una netta asimmetria tra chi è portatore di male/malattia, non sa, non può e è appunto "paziente" e chi sa, può, elimina il malessere e porta ben essere, guarigione: il medico è pertanto colui che prescrive ciò che giova e per questo va obbedito, senza domande e senza pretese. La traduzione di questo tipo di interazione nell'organizzazione induce una **impostazione gerarchica in cui i medici –dirigenti- definiscono per i dipendenti ai diversi livelli le azioni e le interazioni che sostanziano la realizzazione delle terapie e che non sopportano variazioni e interpretazioni da parte dei singoli**. Non dimentichiamo che questo modello è ispirato a quello di un esercito chiamato a debellare il nemico, costituito dalle varie patologie che vanno tolte di mezzo.

Nelle strutture per persone anziane, per portatori di diverse forme di cronicità e disabilità non si tratta tanto di lottare per eliminare il male: come si è già richiamato, si tratta piuttosto di allestire condizioni di vita accettabili in situazioni in cui la medicina tradizionale dichiara che "non c'è più nulla da fare". In realtà c'è davvero molto da fare e soprattutto **va ricomposta la separazione tra terapia**, vista come insieme di attività prescritte dai medici e rigidamente applicate **e assistenza**, normalmente considerata come insieme di attività accessorie, per certi versi opzionali, svolte da figure professionali meno qualificate.

Per le patologie che non sono suscettibili di essere trattate attraverso interventi medici tradizionali (patologie come le demenze senili, la malattia di Alzheimer, le malattie degenerative e croniche) la terapia più appropriata – la cura – è **l'assistenza, ovvero l'assistenza realizzata in modo personalizzato entro rapporti ravvicinati e particolarmente**

attenti alle modalità con cui le persone si esprimono e indicano attese, desideri, timori, illusioni e delusioni, percezioni distorte e contrasti relazionali con altri.

Un possibile modello di management
La produzione di servizi alla persona, in particolare nelle strutture residenziali è intrinsecamente costituita e realizzata entro dinamiche relazionali. E' in queste interazioni intersoggettive che prende consistenza e valore il contenuto specifico del servizio stesso. Agli operatori è richiesto di mettere in atto pratiche assistenziali e terapeutiche con attenzione al senso che queste contengono. E questo implica che gli operatori possano vedersi, sentirsi attori/autori nel loro lavoro, riconosciuti pertanto come tali da ospiti/pazienti, dai loro familiari, ma soprattutto dalla direzione.

Fonte: elaborazione degli autori
Tabella 2 – Un possibile modello di management

La questione dei controlli

I processi di lavoro entro le organizzazioni che producono servizi complicati, a fronte di situazioni complicate per l'intreccio e l'intrinseca complessità dei fattori in gioco esigono appropriati controlli rispetto a un appropriato svolgimento. Spesso i controlli vengono definiti con disposizioni normative emanate dalle Regioni e rischiano anch'esse di collocarsi entro culture – quella amministrativa/burocratica e quella sanitaria – che restano distanti e astratte e non intercettano le criticità del lavoro dei singoli.

L'esigenza fondamentale e legittima di controllo prende così la via di una intensificazione di schede procedurali e di rilevazioni di dati numerici, apparentemente necessari e ineccepibili e tuttavia percepiti come incongruenti rispetto a ciò che accade nel quotidiano: inducono forme di scissione tra tempi sentiti come essenziali, come "cuore" della cura e tempi fissati dagli adempimenti, tempi che vanno impiegati per la "compilazione" delle carte.

Tendenzialmente, da parte del management, le disposizioni normative e i relativi strumenti vengono "passati" a coloro a cui sono attribuiti ruoli di coordinamento operativo sui processi di cura, ruoli che per lo più non investono in ricerca di possibili integrazioni tra strumenti di rilevazione e strumenti di controllo, che non attivano rielaborazioni e riletture, riformulazioni di alcuni processi comunicativi, riconsiderazioni di "errori", sperimentazioni di miglioramenti; si diffondono percezioni e giudizi secondo i quali l'invasione di adempimenti burocratici di fatto sottrae tempi che andrebbero dedicati e riservati alle interazioni intrinsecamente costitutive della cura.

I controlli sono necessari: è positivo che gli organi di governo regionali forniscano orientamenti e anche direttive. E' cruciale tuttavia che questi siano coerenti con contenuti e processi di lavoro. **E sarebbero comunque importanti anche investimenti manageriali all'interno dei servizi per integrare, connettere, riformulare i tipi di controllo in relazione a logiche della cura più consistenti nei loro riferimenti culturali**, più connesse a ipotesi socio-sanitarie e socio-relazionali effettivamente coerenti con le problematiche trattate da questi servizi e, quindi, con la specificità del loro oggetto di lavoro. Risorse e tempi manageriali appaiono attirati da scelte gestionali di fatto lontane e astratte dalla quotidianità della cura. E questo avviene non solo da parte delle direzioni, ma anche da parte dei livelli intermedi di coordinamento, con una

distanziazione dalla cura dei processi relazionali degli operatori impegnati nella prossimità quotidiana, ASA, OSS, Infermieri.

Vicinanza e accompagnamento “prossimi” in queste organizzazioni sono fondamentali, per sostenere l’esposizione quotidiana dei diversi operatori rispetto alle sollecitazioni degli ospiti e delle famiglie. E’ inoltre opportuno ricordare che cronicità non equivale a staticità, non coincide con stabilità e fissità di manifestazioni e disturbi, e a corrispondenti interventi predefiniti e operazioni previste nei tempi e nei modi: si verificano tanti imprevisti ed accadimenti che mettono in discussione le divisioni dei compiti ordinarie, le stesse programmazioni abitualmente adottate e che richiedono attenzioni ravvicinate ai contesti operativi per affrontare riformulazioni dei piani di cura con gli ospiti, e anche aggiustamenti di collaborazioni e regolazioni fondamentali per la qualità della vita quotidiana non solo di chi è ospitato nelle strutture e dei familiari, ma anche di chi ci lavora.

Fatiche pervasive

La considerazione parziale e riduttiva delle modalità di funzionamento delle strutture residenziali per anziani condiziona la qualità dei servizi realizzati e al tempo stesso induce a diversi livelli e con diversa intensità delle fatiche “pervasive”, nel senso che si insinuano nei micro-contesti, invadono e paralizzano.

In forme più evidenti e tangibili si impadroniscono degli operatori: questi sollecitati contemporaneamente dalle naturali e continue richieste di attenzione da parte degli ospiti e delle loro famiglie, e dall’osservanza puntuale di procedure e protocolli da seguire minuziosamente negli accudimenti, si trovano caricati di compiti gravosi, affannati da pressioni che sembrano irrispettose delle soggettività, finalizzate a ottenere adesioni acritiche a quanto viene disposto e a sottomettere. Ci si sente ridotti a esecutori /macchine: **si perde il senso del proprio agire, che è l’unico aggancio che permette di sopportare fatiche fisiche e psicologiche perché le qualifica e le ricolloca in un contesto di valori**.

Le fatiche per i singoli non sono soltanto riconducibili alle operazioni richieste per pulire, medicare, sollevare, trasportare, correre e rincorrere tutto quello che è necessario fare. Sono forse ancor più collegate al vedersi avviliti e relegati entro una dinamica relazionale in cui si rischia di essere sostanzialmente “dipendenti” (dalle esigenze degli ospiti, dalle procedure, dalle prescrizioni, dalle direttive…) e quasi sempre non meritevoli di avere compiacimenti e soddisfazioni dal proprio lavoro. **E le fatiche per i singoli operatori, in particolare operatori di base, sono appesantite dal ritrovarsi contemporaneamente su tante “scene della cura”, nelle relazioni inter-individuali e nel far parte di gruppi di lavoro, dall’avere a che fare con gruppi di ospiti, con gruppi di colleghi della stessa professionalità, a volte anche gruppi di familiari**, in cui le dinamiche competitive sono più vivaci di quelle collaborative, perché le dinamiche relazionali sono poco riconosciute, interpretate in modo semplicistico e lasciate alle regolazioni spontanee.

Spesso è poco considerata la fatica dell’integrazione, collegata alla presenza di personale proveniente da diverse culture e nazionalità: queste immissioni di “stranieri” costituiscono un fattore che apporta diverse sensibilità nella cura e nei vissuti organizzativi, ma che raramente sono “gestionalmente assunte”, e che può generare anche incomprensioni, malintesi e conflitti nelle dinamiche interpersonali e di gruppo. E le fatiche permeano anche il funzionamento organizzativo nel suo insieme sotto forma di inerzie, di conflittualità latenti, di tensioni tra diverse aree, di ostilità nei confronti di ruoli direttivi o tra ruoli.

Le strutture si trovano a confrontarsi con le complessità dei processi di cura a cui si è accennato più sopra e dall’altra con riduzioni nei finanziamenti, che si traducono in controlli più stringenti dei tempi di lavoro, compressioni dei “minutaggi”, ingaggio di personale appartenente a cooperative e moltiplicarsi di personale che invecchia e ha limitazioni funzionali a seguito di malattie professionali, varie forme di assenteismo che segnalano malessere lavorativo. **Si tratta di difficoltà strutturali che richiederebbero di essere affrontate con pazienti ricerche di revisione e ridefinizione dei processi di**

lavoro e di comunicazione tra diverse aree e diversi livelli. Rischiano di non poter essere riconosciute e affrontate perché le risorse motivazionali e le capacità inventive sono bloccate dalle fatiche.

Fatiche pervasive
Le strutture si trovano a confrontarsi con le complessità dei processi di cura, con riduzioni nei finanziamenti, con personale proveniente da diverse nazionalità, con le fatiche degli operatori. Si tratta di complessità che richiederebbero di essere affrontate con pazienti ricerche di revisione e ridefinizione dei processi di lavoro e di comunicazione tra diverse aree e diversi livelli, che rischiano di non poter essere riconosciute e sostenute perché le risorse motivazionali e le capacità inventive sono bloccate dalle fatiche.

Fonte: elaborazione degli autori
Tabella 3 – Fatiche pervasive

Un oggetto di lavoro da rappresentare con coraggio e competenza

Una questione rilevante e ineludibile per ogni organizzazione è la messa a fuoco del proprio oggetto di lavoro, e quindi delle logiche di funzionamento e dei processi operativi con cui va realizzato. Nelle organizzazioni che producono beni, nelle manifatture che trasformano materie prime in vari tipi di merci da portare sul mercato, l'oggetto è immediatamente chiaro, riconoscibile e riconosciuto anche nelle sue differenti caratteristiche: sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione (che non a caso è spesso chiamata "fabbrica") è evidente che si producono calzature, e possono essere scarpe eleganti per l'alta moda, scarponi da trekking o da sci, scarpe di bassa qualità e basso prezzo, speciali scarpe per disabili.

L'oggetto di lavoro è sufficientemente rappresentabile e rappresentato anche nelle organizzazioni che producono servizi in parte materializzabili, come le aziende commerciali che mettono in vendita mobili, automobili, abiti, apparecchi domestici o che offrono trasporti, vacanze, apprendimenti di lingue straniere: la qualità del servizio non è tuttavia costituita solo dai contenuti più visibili, ma anche, e a volte soprattutto, dai modi in cui vengono presentati e proposti nelle interazioni con i clienti. **Nei servizi di cura**, servizi sanitari in generale e in particolare servizi alle persone anziane, non autosufficienti, con patologie croniche degenerative, con malattie mentali o con gravi disabilità, **l'oggetto di lavoro è assai complesso**, come si è fin qui richiamato **e al tempo stesso poco rappresentato e/o definito attraverso distorsioni che lo semplificano**.

All'interno dell'organizzazione si può far coincidere l'oggetto di lavoro con l'osservanza di tutte le procedure predefinite o all'opposto, con la esposizione della mission così come è dichiarata nei testi dei pieghevoli che illustrano le caratteristiche delle strutture residenziali, oppure da parte dei professionisti si può pensare che l'oggetto siano le patologie o persino gli stessi pazienti, che vanno messi "al centro". **Dall'esterno l'oggetto di lavoro finisce per essere individuato con le attese di cui sono portatrici le persone anziane e i loro familiari** e questo può anche creare fraintendimenti e tensioni collegati a discrepanze che nel corso del tempo si avvertono tra quello che le strutture offrono e quello che ci si aspetta.

La rappresentazione dell'oggetto di lavoro non è scontata, né automatica: è realmente assai impegnativa nella individuazione dei suoi contenuti e nelle modalità con cui può essere acquisita e trasmessa. Va assunto come dato di partenza che in queste organizzazioni non si perseguono *"guarigioni"*: si lavora *con* e *per* persone sofferenti per una pluralità di patologie da cui non guariscono, almeno in parte non autosufficienti, probabilmente prossime alle ultime fasi della loro vita: una vita tuttavia che ha una particolare rilevanza proprio perché è al suo estremo confine.

Acquistano rilevanza altri fattori, meno rappresentabili con un esito unico e brillante, identificabili con attenzioni e valorizzazioni di una pluralità di dimensioni, abitualmente non prese in considerazione, che richiederebbero approfondimenti specifici e che qui richiamiamo sinteticamente.

Componente rilevante dell'oggetto di lavoro è il "***benessere possibile***", un benessere che è equilibrio, molto soggettivo, di convivenza con alcune patologie, sostenuto da relazioni familiari e non, da motivazioni alla vita e ansie rispetto alla morte, esposto a instabilità, da riconoscere e monitorare. A questo si collega il rispetto di una "***soggettività esercitabile***" che implica sollecito riguardo per gusti, interessi, scelte religiose, disposizioni spirituali, propensioni, autostima e sforzi di autonomia: e questo rispetto non può essere presente solo in alcune attività animative o in alcune visite mediche, ma è importante che impregni lo svolgimento quotidiano delle attività e delle interazioni.

I singoli arrivano alle strutture residenziali con diverse storie di vita intrecciate in diverse "***relazioni familiari***": si vivono dei passaggi e delle modificazioni più e meno serene, si rendono inevitabili delle riformulazioni rispetto al nuovo contesto di vita, che vanno riconosciute, ospitate, e a volte accompagnate per contenere screzi e lacerazioni. Cruciale è la costruzione di "***processi di affidamento***" che diventano elemento centrale e condizionante per poter stare bene sotto diversi punti di vista: permeano la fiducia delle famiglie verso la struttura e verso gli operatori, fiducia che va fatta emergere da vissuti complessi, da stratificazioni affettive non riducibili in modo semplificato ai "sensi di colpa", per aver depositato/abbandonato il proprio congiunto; impregnano gli atteggiamenti delle persone ospitate nei confronti di coloro che quotidianamente si occupano di loro in vario modo.

Vanno poi affrontate vicende impreviste, episodi traumatici, esplosioni di violenze, lenti e continui aggravamenti e improvvisi "***degradi***", come quelli legati alla demenza senile e alla malattia di Alzheimer: sono situazioni che chiedono massima vigilanza e attenzione a sintomi poco visibili per essere trattate in modo adeguato e al tempo stesso risultano fortemente disorientanti, spiazzanti, per il personale e per i familiari. **E non vanno sottovalutate le mobilitazioni emotive connesse all'approssimarsi del "*fine vita*"** (forse si usa questa locuzione perché sembra più accettabile che usare la parola morte) con cui si tende ad evitare di confrontarsi e con cui ognuno finisce spesso per giocarsi come se fosse qualche cosa di inaspettato, non elaborato, anche se espone drammaticamente a interrogarsi sul senso della vita, sulle relazioni che si hanno e si sono avute, sulle cure che sono riservate, su quello che si lascia e su quello che finisce per sempre.

Le dimensioni nei servizi di cura per persone anziane
L'oggetto di lavoro dei servizi alla persona è assai complesso; in queste organizzazioni non si perseguono "*guarigioni*": si lavora *con* e *per* persone sofferenti. Così assumono particolare rilevanza alcune dimensioni: • *Il benessere possibile,* è equilibrio, di convivenza con alcune patologie, sostenuto da relazioni, da motivazioni alla vita e ansie rispetto alla morte. • *La soggettività esercitabile* implica sollecito riguardo alle specificità di ciascuno. • *Le relazioni familiari* si vivono dei passaggi e si rendono inevitabili delle riformulazioni rispetto al nuovo contesto di vita che devono essere accompagnate. • *I processi di affidamento* permeano la fiducia delle famiglie verso la struttura e verso gli operatori. • *I continui degradi psico fisici,* chiedono massima attenzione per essere trattati in modo adeguato • *Il fine vita* espone drammaticamente ad interrogarsi sul senso della vita, sulle relazioni che si hanno e si sono avute, sulle cure che sono riservate, su quello che si lascia e su quello che finisce per sempre.

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella 4 – Le dimensioni nei servizi di cura per persone anziane

Conclusioni

Le considerazioni esposte segnalano che l'oggetto di lavoro dei servizi residenziali per persone anziane è complesso, perché è costituito da molti aspetti sottaciuti e tuttavia fondamentali nella quotidianità e da contenuti che possono apparire tra loro incongruenti come la rigorosità negli adempimenti a tutto quello che è normato e l'investimento nell'ascolto dei singoli e nelle comunicazioni intrinseche ai percorsi di cura: contenuti e aspetti che sono marcati decisamente dagli orientamenti fondativi dell'organizzazione e dagli atteggiamenti soggettivi degli operatori.

Da qui l'esigenza di investire nella ricerca di raffigurazioni rappresentabili dell'oggetto di lavoro, assumibili e traducibili da chi lavora all'interno dei servizi e da chi usufruisce di quello che viene messo a disposizione. Da qui anche l'idea che vada messa in campo un'iniziativa realmente intraprendente e imprenditoriale e un notevole coraggio per misurarsi con le difficoltà che si incontrano rispetto alla realizzazione di una costruzione/materializzazione di un oggetto di lavoro immateriale, ingabbiati da tempi contingentati e prescritti e da logiche di cura e di relazioni interprofessionali fortemente dominate dal paradigma sanitario tradizionale.

L'articolo presenta riflessioni maturate in un piccolo gruppo costituito da: L. Cardenas, Formatrice e consulente ambito socio-sanitario; S. Corli, Direttore Azienda Speciale Comune di Concesio; G. Ferretti, collaboratrice Studio APS Milano, dirigente Spedali Civili di Brescia; F. Olivetti Manoukian, Psicosociologa, Studio APS Milano; V. Tarchini, Psicosociologo, Studio APS Milano. Il gruppo è impegnato nella pubblicazione di un libro collettivo sulle strutture residenziali per anziani, che uscirà a breve per le edizioni Maggioli.

Foto di klimkin da Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Benini A., (2018), *La mente fragile. L'enigma dell'Alzheimer*, Milano, Raffaello Cortina.

Cardenas L., Rossi A., (2010), *Gestione delle risorse umane e integrazione dei lavoratori migranti nei servizi socio sanitari*", in Prospettive sociali e sanitarie, n. 18-19, Milano, IRS.

Cicoletti D., Ferretti G., Lonati F., Pedercini C., (2017), *Continuità di cura: come superare routines in-curanti*", in Prospettive sociali e sanitarie, n. 1, Milano, IRS.

Corli S., (2015), *La sofferenza dei curanti*, in Cristini C., Cesa-Bianchi M., Porro A., Cipolli C., a cura di, "*Fragilità e affettività nell'anziano*", Milano, Franco Angeli.

Dalponte A., Olivetti Manoukian F., (2004), *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci Faber.

Jones M., (2005), *Gentlecare: un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*, Roma, Carocci Faber.

Olivetti Manoukian F., (1998), *Produrre Servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Bologna, Il Mulino.

Olivetti Manoukian F., (2015), *Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei servizi Sociosanitari*, Milano, Guerini e associati.

Primerano C., Tarchini V., a cura di, (2012), *Costellazioni RSA. Coinvolgimento delle famiglie e integrazione delle funzioni nelle strutture residenziali per anziani: gli elementi chiave di un percorso di ricerca/formazione*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editori.