

Residenze Sanitarie Assistenziali: organizzazioni "high touch oriented"

Antonio Censi

Area Sociale Fondazione S. Maria Ausiliatrice ONLUS di Bergamo

ALLA RICERCA DI UN'ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE

Nel dibattito intorno alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) esiste una evidente sproporzione tra l'attenzione dedicata all'analisi dei problemi strutturali (fonti di finanziamento, standard di personale, dimensionamento dei reparti, tipologia delle unità abitative) e quella dedicata agli aspetti dinamici dell'organizzazione (comunicazione, processi decisionali, leadership). Alla sottovalutazione di questi aspetti si accompagna la tendenza ad assumere modelli organizzativi poco funzionali alla natura del "lavoro geriatrico".

Se il "lavoro geriatrico" è per eccellenza un lavoro interdisciplinare non può che essere un lavoro di gruppo. E il gruppo, come da tempo si sa, è uno strumento di lavoro che per essere utilizzato richiede competenze specifiche.

Riconosciuta la centralità del medico geriatra nell'équipe assistenziale è necessario accertarsi che chi ricopre questo ruolo possieda conoscenze e competenze adeguate alla gestione del lavoro di gruppo. Buona parte delle difficoltà che i geriatri incontrano nel trasferimento delle competenze specialistiche dalla teoria alla pratica sono ascrivibili ad una carenza di formazione nella conduzione del lavoro di gruppo.

Poiché in ambito geriatrico scarseggiano le esperienze organizzative fondate sul lavoro sistematico di gruppo, i modelli di riferimento vanno cercati nell'ambito di istituzioni che presentano caratteristiche simili a quelle delle RSA. Un'istituzione che presenta analogie rilevanti con le RSA è l'ospedale psichiatrico (Ploton, 2003) che, struttura di lungodegenza come la RSA, deve approntare un sistema di cura che promuova l'autonomia dei residenti e tuteli la loro identità sociale.

Una rilettura critica dell'esperienza delle comunità

terapeutiche condotta in ambito psichiatrico può offrire ai geriatri e a chiunque eserciti un ruolo direttivo insegnamenti utili a costruire organizzazioni più funzionali alla natura del lavoro all'interno delle RSA.

L'EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA DELLE RSA

Negli ultimi anni le RSA sono andate assumendo una sempre più marcata caratterizzazione sanitaria. Questa evoluzione è stata determinata dal cambiamento profondo della tipologia degli ospiti e dei bisogni sanitari da loro espressi. Rispetto a un non lontano passato è notevolmente aumentata la presenza di persone anziane in condizione di grave dipendenza, mentre si è andato progressivamente riducendo il numero di persone autosufficienti. Per fronteggiare l'espansione dei bisogni sanitari dei residenti si è provveduto all'ampliamento e alla qualificazione delle risorse assistenziali attraverso l'immissione nell'organizzazione di nuove professionalità sanitarie (medici geriatri, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione). Queste figure hanno introdotto nel contesto organizzativo metodi e strumenti di lavoro che hanno contribuito a migliorare notevolmente la qualità delle cure. I miglioramenti più vistosi si sono registrati nel campo del trattamento dei problemi e delle patologie geriatriche: la gestione dell'incontinenza, la cura delle piaghe da decubito, i trattamenti farmacologici e dietetici, la prevenzione della disidratazione, la cura delle demenze. Un impulso determinante alle attività di diagnosi e cura all'interno delle RSA è venuto dallo sviluppo delle tecnologie informatiche che attraverso i loro sofisticati e sensibili strumenti sono in grado di rilevare e soppesare la molteplicità dei fattori che incidono sullo stato di non autosufficienza e di tradurla in punteggi che

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

permettono di classificare gli anziani entro categorie omogenee. Sul piano strettamente gestionale si è registrata inoltre una forte spinta efficientistica fondata quasi sempre sull'assunzione acritica dei valori e dei comportamenti delle aziende "for profit". Nei contesti organizzativi in cui si è consolidato questo orientamento la ricerca esasperata dell'efficienza ha condotto all'affermazione di una cultura istituzionale fondata sulla razionalità scientifica e improntata alla neutralità affettiva (Parsons, 1965). Questa cultura se può essere funzionale alle esigenze organizzative di un ospedale per acuti, dove si perseguono le dimissioni in tempi brevi dei pazienti, lo è molto meno in una struttura di lungodegenza come la RSA, all'interno della quale il coinvolgimento emotivo nelle relazioni con i residenti è molto intenso, prolungato e difficilmente eludibile.

IL MODELLO "COMUNITÀ TERAPEUTICA"

Sia pure con rilevanti differenze rispetto agli ospedali psichiatrici, le RSA sono istituzioni all'interno delle quali gli operatori sono esposti a situazioni di disagio e di sofferenza psichica che, quando non riconosciute e adeguatamente elaborate, si riflettono negativamente sulle prestazioni professionali e alimentano conflitti fra ruoli o aree organizzative che possono pregiudicare il raggiungimento dei fini istituzionali.

Buona parte di questi disagi e sofferenze deriva dalla pesantezza dei carichi di lavoro del personale e potrebbe pertanto essere ridotta od eliminata attraverso un incremento di risorse assistenziali.

Ma all'interno delle RSA esistono anche forme di sofferenza psichica per così dire "fisiologiche" in quanto sono alimentate dal contatto inevitabile, intimo e prolungato, con aspetti della condizione umana, come la perdita dell'autonomia psico-fisica e la morte, che sono fortemente ansiogeni e che per essere adeguatamente fronteggiati richiedono il possesso di notevoli doti di integrità psichica.

Un'altra fonte di disagio è rappresentata dall'incertezza che, a causa della grande varietà di fattori che possono influire sul benessere fisico e psicologico dei residenti, caratterizza i processi decisionali. Così come difficile è, in molti casi, valutare l'efficacia delle pratiche di cura. Queste incertezze possono generare stress nei singoli operatori e innescare conflitti tra i componenti dell'équipe interdisciplinare o tra le diverse aree organizzative dell'istituzione.

Come si può comprendere da questa sommaria descrizione il lavoro all'interno di una RSA è fortemente ansiogeno e richiede pertanto una struttura e una cultura organizzativa che sappiano:

- 1) fornire agli operatori il supporto necessario ad affrontare la sofferenza psichica;
- 2) promuovere processi decisionali di tipo partecipativo;
- 3) favorire l'integrazione dei saperi specialistici presenti nell'istituzione.

Il trasferimento del modello organizzativo ospedaliero in una RSA, se da un lato può condurre a un miglioramento della qualità delle cure geriatriche dall'altro può accentuare disfunzioni organizzative quali:

- a) il burn-out degli ausiliari socio-assistenziali;
- b) la scissione dei saperi specialistici;
- c) l'affermazione di una leadership autoritaria.

Le contraddizioni e i limiti del modello organizzativo a forte impronta ospedaliera sono state ampiamente analizzate dai fautori del rinnovamento culturale e organizzativo che ha investito gli ospedali psichiatrici fra gli anni '50 e '70. Questo movimento si è sviluppato soprattutto in Gran Bretagna sulla spinta della politica sanitaria laburista. L'esperienza più nota è quella di Maxwell Jones (1968) cui si deve la prima elaborazione del concetto di comunità terapeutica. In Italia la principale esperienza di rinnovamento dell'ospedale psichiatrico secondo i principi della comunità terapeutica rimane quella condotta da Franco Basaglia (1968) a Gorizia negli anni sessanta.

La comunità terapeutica rappresenta il tentativo di superare il tradizionale rapporto diadico medico-paziente per puntare al coinvolgimento del più vasto ambiente sociale in cui avviene l'interazione terapeutica con l'obiettivo di utilizzare nel modo più efficace tutte le risorse presenti (personale, pazienti, volontari, parenti). L'intento è di creare all'interno dell'istituzione una struttura sociale che permetta soluzioni dinamiche sia dei problemi quotidiani sia di quelli eccezionali. Per raggiungere questo obiettivo è necessario svincolarsi dalla tradizionale conduzione elitaria ed avere il coraggio di aprire ed affrontare situazioni conflittuali. La comunità terapeutica si basa sulla responsabilizzazione reciproca del personale e dei degenti, sulle discussioni in gruppo di tutti i problemi del reparto, sulla fiducia nella potenzialità terapeutica di tutti, ricoverati compresi. La sua ideologia è tipicamente democratica, umanitaria e permissiva.

Questa impostazione contrasta con gli pseudo cam-

biamenti istituzionali fondati sull'abbellimento delle strutture, sulla razionalizzazione organizzativa, sull'efficienzismo, sul tecnicismo della gestione e dei metodi terapeutici. Valori che molto spesso favoriscono l'affermazione di stili di leadership autoritari.

ORGANIZZAZIONI CAPACI DI APPRENDERE DALL'ESPERIENZA

Nelle RSA, parafrasando Louis Ploton, l'organizzazione va sottoposta a un costante processo di riflessione collegiale: "Ciò comporta che gli obiettivi vengano definiti con chiarezza e vi sia materia costante per un esame critico dei mezzi a disposizione, ovvero delle scelte materiali, dell'organizzazione delle cure e delle strategie terapeutiche; dunque dei modelli decisionali relativi alle scelte operate e delle teorie necessarie a orientarsi concettualmente. Questo processo è tanto più importante perché nella pratica geriatrica il curante è costretto a pensare a un livello che non è più quello dell'applicazione di tecniche, ma quello della loro gestione nell'ambito di scambi relazionali, dove il paradosso svuota costantemente di senso le azioni" (Ploton, 2003).

La chiave di questo procedimento è l'apprendimento sociale che si sviluppa attraverso l'analisi collegiale delle situazioni critiche che si incontrano nella vita di ogni giorno all'interno dell'istituzione. Per situazione critica si intende ogni situazione intollerabile che minaccia l'equilibrio del sistema organizzativo. In una RSA il numero di situazioni critiche che si incontrano nelle pratiche di lavoro quotidiano non solo è molto elevato, ma deriva quasi sempre da una molteplicità di fattori sanitari, psicologici e sociali, di volta in volta diversamente combinati fra di loro. Risulta perciò indispensabile che le situazioni critiche vengano affrontate utilizzando un modello di comprensione non specialistico. Un modello capace cioè di cogliere qualcosa che non può essere percepito attraverso i percorsi conoscitivi dello specialismo, troppo preoccupato di giungere a soluzioni precodificate, ma solo scandagliando senza preconcetti le dinamiche che si sviluppano in quei microcosmi relazionali che caratterizzano le cure e la vita all'interno dell'istituzione. Gli eventi critici possono essere superati assumendo un atteggiamento di ricerca capace di riflettere continuamente e liberamente sulla propria attività (D'Angella et al., 2002). Living-learning chiamano gli anglosassoni questa forma di

apprendimento. Ed essa può essere intesa nella doppia accezione di apprendimento dalla realtà e di apprendimento dal vivo, vale a dire passando attraverso l'analisi delle emozioni associate agli eventi critici della vita organizzativa. L'analisi e la soluzione delle situazioni critiche possono essere facilitate in organizzazioni che sappiano istituire momenti di lavoro collegiale fondate sui seguenti principi:

1) Il confronto faccia a faccia

Soltanto analizzando la situazione critica dai diversi punti di vista delle persone coinvolte è possibile giungere a una sua soluzione.

2) La tempestività

Il confronto deve avvenire il più presto possibile. Il rinvio provoca una mobilitazione dei meccanismi di difesa dell'io che può compromettere il valore del confronto.

3) La leadership abile e neutrale

Il compito primario di chi interviene è quello di analizzare i fattori che hanno contribuito alla crisi chiarendone la storia e la psicodinamica. La mancanza di leader e una debole conduzione portano spesso a una situazione improduttiva.

4) La comunicazione aperta

Il contesto in cui avviene il confronto deve essere tale da garantire la libera espressione dei sentimenti senza timore di ripercussioni.

La struttura della comunità terapeutica si fonda su principi democratici ed egualitari. Essa implica lo spostamento del potere decisionale dal centro alle aree organizzative in cui si manifestano i problemi. Ogni membro dell'organizzazione deve sforzarsi di esercitare un ruolo più attivo. In questo modo la vita stessa dell'istituzione diventa occasione di terapia e le situazioni critiche invece di essere viste come fastidiose o inutili, diventano occasione di apprendimento e crescita professionale. I principi su cui si fonda la comunità terapeutica contrastano con la formazione e la cultura tradizionale del mondo medico. Per formazione e cultura "il medico tradizionale tende a considerarsi il padrone dei suoi pazienti, che devono comportarsi come figli, sottomessi e obbedienti nello svolgere attività da giardino di infanzia, mentre in una comunità terapeutica i pazienti vengono considerati come per-

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

sone adulte e sono liberi sia di assumere responsabilità e iniziative che di esprimere opinioni sulla comunità di cui fanno parte" (Maine, 1992). Il ruolo del geriatra all'interno di una RSA che assuma il modello organizzativo della comunità terapeutica non è quello di fornire soluzioni a "casi" studiati isolatamente a tavolino, quanto di attivare le capacità di analisi e di decisione dei vari membri dell'équipe. Non basta perciò che egli sia un buon diagnosta e un terapeuta competente, ma deve imparare a riconoscere quali sono i cambiamenti da introdurre nell'organizzazione e nella cultura della RSA che gli è affidata.

Le contraddizioni e i limiti del modello ospedaliero "high touch oriented" risultano particolarmente evidenti all'interno delle RSA di grandi dimensioni (dai duecento posti letto in su), dove, grazie alla forte presenza di professionalità sanitarie, questo modello trova terreno fertile su cui svilupparsi.

La riduzione della complessità organizzativa che si tenta di perseguire attraverso la creazione di nuclei di piccole dimensioni, se assicura condizioni strutturali più favorevoli all'erogazione di interventi personalizzati, non basta da sola a creare le condizioni necessarie all'elaborazione e alla gestione delle ansie suscitate dal contatto con la sofferenza e dall'incertezza decisionale che caratterizzano il lavoro assistenziale all'interno delle RSA.

Solo attraverso una profonda revisione critica della cultura organizzativa assunta fino ad oggi come modello di riferimento è possibile trasformare le RSA in luoghi capaci di coniugare il benessere degli operatori con quello dei residenti. La ricerca di forme organizzative più adeguate al perseguimento di obiettivi di

benessere fisico e psicologico implica l'esercizio di quella capacità creativa senza la quale è impossibile padroneggiare la complessità della non autosufficienza e della cronicità. Se vogliamo risvegliare il desiderio di vivere in coloro che si affidano alle nostre cure dobbiamo prestare la massima attenzione al nostro modo di comunicare, toccare, decidere e agire all'interno della comunità istituzionale. I tempi sono maturi per sperimentare modelli organizzativi "high touch oriented".

Se siamo convinti della necessità di affermare un pensiero forte in geriatria (Trabucchi, 2002), dobbiamo imparare a difenderci in modo funzionale dalla pressione psicologica che costituisce l'attacco più pericoloso alla nostra capacità di pensare dentro le organizzazioni geriatriche.

BIBLIOGRAFIA

Basaglia F. (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968.

D'Angella F, Floris F, Olivetti Manoukian F. *Per un lavoro sociale creativo*, Animazione Sociale, Ottobre 2002.

Maine T. *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1992.

Jones M. *Al di là della comunità terapeutica*, Il Saggiatore, Milano, 1968.

Parsons T. *La relazione medico-paziente*, in "Il sistema sociale", Edizioni di Comunità, Milano, 1965.

Ploton L. *La persona anziana*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.

Trabucchi M. *Alla ricerca di un "pensiero forte" in psicogeriatrica*. *Psicogeriatrica News*, (6 Anno II):1-3; 2002.