

“GENERARE L’UMANO” NELLE RSA

Antonio Monteleone*

L’enfasi sulle procedure, le previsioni in materia di autorizzazione e accreditamento e la tendenza ad attenersi minuziosamente alle più varie disposizioni al fine di rendere il proprio comportamento formalmente inattaccabile verso eventuali contestazioni, rischiano di ingessare le modalità di lavoro nelle residenze per anziani, dimenticando che uno degli aspetti fondamentali di queste strutture sta nella qualità delle relazioni umane e nell’empatia tra tutti i soggetti – lavoratori e ospiti – che le popolano.

Le relazioni del prendersi cura, all’interno di una Residenza Sanitaria Assistenziale e più in generale nella lungodegenza, sono in grado di “generare l’umano”¹, ossia di originare forme di stare insieme normali, anche se “altre” rispetto a quelle cui siamo abituati (P. Donati, 2005) e sempre mantenendo il riguardo alla dignità delle persone malate gravi senza mai isolarle? La risposta è positiva quanto più gli attori – ai diversi livelli istituzionali ed erogativi – e i destinatari della relazione d’aiuto, siano capaci di disegnare provvedimenti, progettare e agire l’impegno effettivo in termini relazionali, ricreando il senso di una piccola comunità solidale. Ciò perché, direbbe Heidegger, l’esistenza è apertura verso il mondo e l’aver-cura costituisce la struttura fondamentale di tutti i possibili rapporti tra gli uomini. Sicché le unità d’offerta residenziali sociosanitarie non vanno trasformate in luoghi di parcheggio finale nel percorso della vi-

ta, dove l’assistenza da una parte non può essere lasciata a un’arbitraria interpretazione del personale e dall’altra allo stesso personale, attentamente selezionato in senso relazionale oltre che professionale, va data vera libertà di umanizzare il rapporto con gli ospiti.

I RAPPORTI INTERSOGGETTIVI SULLO SFONDO NORMATIVO- FORMALIZZANTE DELLE RSA

In data 31 maggio 1994 l’on. Maria Pia Garavaglia, allora Ministro della sanità, trasmise agli Assessori alla sanità delle Regioni e delle Province autonome di Bolzano e Trento le linee guida sulle residenze sanitarie assistenziali (RSA). Nel corpo di esse, al titolo “Localizzazione” leggiamo: “La RSA, in relazione alle particolari esigenze determinate dalle condizioni psicofisiche delle persone che vi trovano accoglienza vanno preferibilmente localizzate, soprattutto quelle di nuova costruzione, in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a cen-

tri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall’ambito sociale di appartenenza. Di particolare interesse risultano le iniziative di ristrutturazione o riconversione di edifici già esistenti localizzati nei centri storici e la presenza di spazi verdi per attività motorie e ricreative, dove possibile”.

Si coglie fin dagli albori di questo nuovo servizio, che ha un regime residenziale abitualmente di media e lunga durata, la preoccupazione di precisare indirizzi e indicazioni in grado di assicurare caratteristiche strutturali e operative consone ai bisogni degli anziani non autosufficienti e, equità obbliga, ovunque uniformi. Nel contempo si vuole evitare la cristallizzazione esistenziale e la codificazione della quotidianità degli anziani ospiti, pertanto le RSA vanno preferibilmente costruite in zone urbanizzate, così da mantenersi in continuità con il mondo circostante e preservare agio e spontaneità del vivere al suo interno e verso l’esterno. Questa finalità è importante e va costantemente richiamata. Ord-

*] Presidente dell’Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive (AGeSPI) Lombardia.

nariamente, infatti, e per ragioni giustificabili ma riduttive, si tende invece a mettere l'accento sulle esigenze di garantire le condizioni di sicurezza degli utenti e degli operatori (protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, ...) e sul rispetto della qualità delle prestazioni e della gestione del rischio clinico. Da aggiungere, inoltre, che in merito a tali problematiche, occorre fare riferimento alle specifiche norme, protocolli e linee guida, nazionali, regionali e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali. In più gli enti gestori adottano con frequenza e su base volontaria procedure e manuali di certificazione della qualità, andando al di là di quanto richiesto dalle autorizzazioni e accreditamenti istituzionali. Il rischio forte, sostenuto da una formazione a volte martellante e intesa molto spesso a evitare sanzioni o responsabilità legali, è di ingessare i comportamenti in pratiche obbligate e in ciò che non si deve fare, piuttosto che orientarli in primo luogo e soprattutto a ciò che si deve assolutamente perseguire, ossia la convivenza serena e aperta, facendo rete con le famiglie e tutto il mondo intorno. Quando gli amici mi vengono a chiedere consiglio sulla scelta di una RSA, una delle cose che dico è quella di verificare se è un "luogo urbano", ovvero se ci si va volentieri per incontrarsi con il personale e le altre

famiglie e se si svolgono iniziative come mostre, presentazioni di libri, progetti con le scuole, ecc.

Se dalla semplice possibilità dell'ingessatura prima paventata si passa alla realtà, si verifica, allora, una vera e propria istituzionalizzazione. L'RSA si deterritorializza, perde il suo obiettivo di essere comunità nella comunità per diventare un luogo chiuso dentro le mura dell'assistenza e cura collegate dalle più diverse indicazioni e senza le capacità di sospendere la *routine* con la capacità generativa degli autentici rapporti umani, perché il personale cade nell'insignificanza e nel disvalore a motivo della prevalenza di adempimenti intrusivi. Ecco cosa il direttore di una RSA, a commento degli esiti di un questionario di *customer satisfaction*, scrive tra le criticità rilevate: «L'utenza fa presente che nel corso dell'ultimo anno il rapporto tra Unità di Offerta e Famiglie è diventato meno familiare e più manageriale. "Servono più ascolto, più parole di conforto e più sorrisi", "Vediamo tutti gli operatori assorbiti da quintali di documenti"». L'RSA ingessata più che un luogo di vita è un oggetto di valutazione e controllo² e i tempi di assistenza e cura definiti dagli standard di minutaggio sono sempre più pressanti da un insieme di adempimenti a scapito del contatto personale. Ciò non può che rinchiudere l'orizzonte operativo dentro fini, doveri e compiti, propri della RSA come tale³, sicché l'operatore si trasforma in un freddo e arido burocrate le cui relazioni con gli altri sono strettamente aderenti ai regolamenti⁴.

Il dubbio che sia avvenuta una deriva istituzionalizzante deve essere presa in considerazione, insieme alle altre variabili (personali-

tà, insoddisfazione professionale, perdita di prestigio, ruolo frustrante, ...), nel caso si diagnosticano casi di stress lavoro correlato e di *burnout* in una RSA. Sappiamo, infatti, che tali sindromi sono associate anche alla percezione di perdita di autonomia per il crescere degli obblighi burocratici all'interno di un'organizzazione⁵.

Mentre la si evita, l'istituzionalizzazione, se nel mentre non si perde il senso del luogo in cui ci si trova e dei doveri connessi, si cresce in consapevolezza dell'ambiente di piccola comunità, aperta all'interno e verso l'esterno, nonché rispettosa delle soggettività, dando pertanto rilievo prevalente – non esclusivo!⁶ – all'interazione umana e alla sua mutevolezza e inventiva.

Ricordo il caso della vedova di un anziano collega, ricoverata in RSA e vittima di una crisi di ansia per un equivoco sulle sue reali condizioni di salute. Sia io sia il medico di nucleo cercavamo di tranquillizzarla, ma inutilmente. Le nostre spiegazioni non attenuavano lo stato di agitazione e di crescente confusione mentale. Quando in un attimo un'ASA sudamericana, che era lì accanto a noi e stava assistendo alla scena fin dall'inizio, si prese la signora sotto braccio dicendole: "Signora Teresa, andiamo a farci una passeggiata". La crisi si placò subitaneamente e le due donne se ne andarono verso il giardino. A fronte di un vano approccio logico – quello mio e del medico di nucleo – un approccio extraverbale, empatico, intuitivo e... risolutivo. Un'invenzione di un'ASA priva di cognizioni sulle terapie ansiolitiche e senza timori gerarchici.

Le relazioni umane sono le sole a sovvenire davvero le esigen-

ze fondamentali dei luoghi di sofferenza, contraddistinta questa da molte varianti individuali ed evolutive e pertanto sfuggente a qualsiasi standardizzazione.

IL CLIMA FAMILIARE ALLA BASE DELLA DEREGULATION⁷

Nella nostra attualità è forte la tendenza a normare tutto, per cui la complessità, anziché governarla potenziando i valori e il senso di responsabilità, la si cerca di sottomettere dall'alto a vincoli giuridici o comunque regolatori sempre più stretti. Si evidenzia, allora, come sia assai difficile la conciliazione tra le esigenze di sicurezza del servizio e un livello di *performance* professionale, con la necessaria fluidità dell'esistenza quotidiana.

La problematicità di tale conciliazione, a nostro parere, è *ulteriormente aggravata dalla* propensione a irrigidire il sistema con la motivazione di prevenire abusi⁸, che talvolta, come diciamo altrove, possono avere la loro causa in stress lavoro correlato o in fenomeni di *burnout* provocati anche dall'assillo burocratico. Inoltre, tale problematicità non deve fuorviare il giudizio sul prioritario obiettivo ossia la "qualità di vita" di una Rsa, che si alimenta soprattutto di "qualità relazionale".

"La buona qualità relazionale ha una «funzione protesica» pervasiva, investe tutti: operatori, utenti e loro familiari. Il concetto di protesico grazie alla qualità relazionale acquisisce la sua funzione autentica: sostenere il valore di persona di ogni essere umano, in particolare di coloro in cui tale valore è offuscato dalla malattia"⁹: così mi sono espresso a seguito di una ricerca pilota osservazionale multicen-

trica¹⁰ sulla qualità di vita soggettivamente percepita in RSA, nella quale si è dimostrato come gli ospiti ricercano, più che assistenza e cure, persone cui affidarsi.

Ulteriore e non infimo argomento a supporto dei ragionamenti precedenti è che la famiglia esternalizza, essendo incapace di assolverli, alcuni compiti che le sono propri (cosiddetti servizi familomimetici), ad esempio farsi carico di propri membri in situazione di non autonomia per le più diverse ragioni. Mantenendo, tuttavia e sempre,

il controllo "strategico", inteso nel nostro caso, come impegno a farsi un giudizio complessivo, sintetico e aggregato sulla performance dell'intera organizzazione, con la quale però deve sapientemente collaborare, sia nella stesura del piano di assistenza personalizzato (PAI), fornendo tutte le informazioni utili, sia nel perseguimento degli obiettivi in esso trascritti e con una particolare attenzione al mantenimento di un clima familiare diffuso. La direzione delle RSA deve anche andare incontro a tutti i fami-



liari degli ospiti fornendo un servizio di segreteria sociale per sbrigare le molte pratiche necessarie al ricovero e ai sostegni economici cui si ha diritto. Mostrando peraltro molta attenzione a quanti hanno subito e spesso conservano le conseguenze di un affaticamento mentale, fisico e relazionale per aver sostenuto un lungo sforzo di accudimento. Lo può fare, in particolare, organizzando gruppi di auto mutuo aiuto (gruppi AMA) ove i partecipanti, nel dialogo e apertura reciproci, si sentono capiti, ritrova-

no fiducia e nuovi contatti sociali in grado di rasserenarli e di farli uscire dall'isolamento in cui molti si sono sentiti intrappolati.

Infatti, un ambiente familiare va garantito il più possibile con misure propositive, come quelle appena richiamate, e altre dissuasive. Tra queste ultime, quelle da evitare, c'è un'eccessiva insistenza sulle regole. Il che può verificarsi per sinergia negativa di due paure: quella del personale interno soggetto al continuo timore di sbagliare, di non ricordare le procedu-

re, di fare delle scelte che causano un danno economico all'azienda; quella delle *équipe* di controllo delle ASL che temono superficialità e negligenze e quindi d'incorrere in responsabilità amministrative per controllo inadeguato o insufficiente. L'incontro di queste due paure accresce l'insicurezza e "comunica" solo circospezione e perplessità reciproci, tanto da impedire la fiducia, che è l'unico vero "meccanismo per ridurre la complessità e aumentare la tolleranza all'incertezza"¹¹ e centrare le attività più sulla difesa personale (evitare sanzioni o richiami) che sulle persone in quanto tali.

Sentiamo ripetere in molte analisi di sociologi e filosofi del costume che ormai siamo di fronte al declino di una cultura e di un'etica comuni, alla frammentazione individualistica, all'astiosità nei rapporti e all'indeterminatezza degli scenari. Affrontare efficacemente tali fenomeni comporta una sempre maggiore necessità di un coordinamento, da cui ci si attende appianamento e chiarificazione dell'ordine sociale. Purtroppo, il coordinamento messo in atto passa sempre meno attraverso la familiarità tra le persone, unica forma per uscire dal sospetto e fare assegnamento sugli altri, e sempre più attraverso quelle che le scuole di *management* chiamano "meccanismi operativi", ovvero procedure e processi costruiti per rendere operante la struttura grazie a modalità di funzionamento dinamico precostituite e che si vorrebbe agissero in modo obbligan- te sul comportamento delle risorse umane utilizzate, siano esse affidabili o no, una volta che si sottraggono alla vista.

In assenza di stima, tutto ciò non può funzionare. Chi non si fida au-







menta la complessità, l'incertezza e l'ignoto e si costringe a una pignoleria che può diventare ossessiva, cadendo nella paradossale situazione di voler stabilire sempre più regole e raccogliere sempre più informazioni per auto-rassicurarsi, con uno spreco di energie sempre maggiore.

Per Niklas Luhmann, una completa assenza di fiducia "impedirebbe a chiunque persino di alzarsi la mattina. Ci si sentirebbe preda di un vago senso di paura e di timori paralizzanti. Si sarebbe addirittura incapaci di una diffidenza definitiva tale da costituire la base per misure preventive, che significherebbero avere fiducia in altre direzioni. Tutto sarebbe possibile e tale confronto brusco con la complessità del mondo al grado massimo supera il limite di sopportazione di un essere umano"¹².

In queste circostanze, la fiducia e la familiarità devono cercare un nuovo rapporto, che sia coerente coi nostri doveri verso la società, anzi proprio per meglio espletarli, perché se le relazioni basate sulla fiducia non nascono da prescrizioni, causano tuttavia la voglia a posteriori di non eludere le norme condivise.

Rimanendo dentro il nostro discorso, ciò significa anche che "controllati" e "controllori" del mondo sociosanitario devono incontrarsi spesso, senza negare preventivamente la fiducia e senza interporre lo scudo di un ruolo ricoperto, cui ovviamente non si deve rinunciare. Dove e come incontrarsi?

In gruppi di lavoro per costruire omogeneità di criteri e di obiettivi; in convegni organizzati insieme; lavorando insieme su tavoli in cui si discutono buone prassi relazionali che segnano il successo attrattivo di alcune RSA;

attraverso percorsi formativi delle *équipe* di vigilanza e controllo includenti esercitazioni presso le RSA con tecniche analoghe al *role play*, così da migliorare il modo di proporsi e di comunicare, essendo diventati consapevoli del lavoro quotidiano che si andrà a valutare. Non voglio imprigionare l'inventiva con altre proposte.

A questo punto occorre necessariamente coinvolgere i livelli decisionali: quello del Ministero della salute e quello degli Assessorati regionali. Ebbene, data l'importanza del tema della qualità della vita nelle lungodegenze, occorrerebbe avviare un lavoro analogo al "Progetto Mattoni" incentrato sul tema della semplificazione. Il "Progetto Mattoni" ebbe l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Il "Progetto Semplificazione" dovrebbe raccogliere elementi condivisi a partire dai quali sviluppare le misure necessarie al bilanciamento regole-qualità della vita.

1] P. DONATI, *Il problema dell'umanizzazione nell'era della globalizzazione tecnologica*, in

Prendersi cura dell'uomo nella società tecnologica, EDIUN AsRui, Roma, 2000.

2] L'eccesso di oggettivazione si ha quando la supremazia sta nella razionalità formalizzante e ossessiva, cioè si assiste alla tirannia ideologica della razionalità astratta sul mondo vitale delle persone (formalismo giuridico e manageriale, standardizzazione e ripetitività dei compiti, burocrazia certificativa e proceduralizzante, predominio del quantitativo sul qualitativo, eliminazione delle "deviazioni" ossia dell'improvvisazione creativa, ecc.). Cui consegue l'elefantiasi delle strutture di controllo. L'eccesso di oggettivazione porta a "uno stato ontologico indipendente dall'attività umana che l'ha prodotta" P. L. BERGER, T. LUCKMANN, *La realtà come costruzione sociale* (1966), trad. it. di M. Sofri Innocenti e A. Sofri Peretti, Bologna, Il Mulino, 1969.

3] In questi frangenti s'incorre nella istituzione totalizzante: "Nella nostra società occidentale ci sono tipi diversi di istituzioni, alcune delle quali agiscono con un potere inglobante – seppur discontinuo – più penetrante di altre. Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale e all'uscita verso il mondo esterno, spesso concretamente fondato nelle stesse strutture fisiche dell'istituzione: porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce, corsi d'acqua, foreste e brughiere. Questo tipo di istituzioni io le chiamo «istituzioni totali»": E. GOFFMAN, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, traduzione di F. Ongaro Basaglia, collana "Biblioteca", Einaudi, 2003, p. 415. ISBN 88-06-16517-8.

4] "La collaborazione diretta fra le persone, al di là del loro orientamento ideologico, e la capacità di ascoltare e cogliere le diversità sono caratteristiche essenziali di un approccio cooperativo, che si fonda sullo scambio diretto e sull'uso del "buon senso" più che su programmi, politiche e regolamentazioni propri del pensiero burocratico." C. BONIATTI, E. BRAMERINI, *Senior cohousing e Secondo welfare. Un caso trentino d'innovazione sociale per la longevità attiva*, Paper for the Espanet Conference "Sfide alla cittadinanza

za e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni", Università degli Studi di Torino, Torino, 18-20 settembre 2014.

5] Rapporti ISTISAN 10/21, *CORSO Gestione del personale, qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato*, Roma 21-24 settembre 2009, a cura di S. CACIOLLI, E. REGAGLILO, *Il Burn Out in RSA*. Parte 1. Visibile qui: <http://www.psicopolis.com/burnout/burnoutrsa.htm>.

6] "La spontaneità e l'immediato senza legge divagano. La legge e la norma senza la spontaneità somigliano alla morte. È a livello del 'micro' che la vita ha i suoi diritti, che la spontaneità alimenta la pratica e la cultura; è la radice vivente del sociale". HENRI LEFEBVRE, *Critique de la vie quotidienne*, 1947, L'Arche; trad. it. *Critica della vita quotidiana*, Dedalo, Bari, 1977.

7] La *deregulation* (deregolazione) indica la moderazione dei governi ad intervenire nelle organizzazioni sociali per facilitarne l'autorganizzazione.

8] Non si può fare di tutte le erbe un fascio, nel senso che è vero che ci sono episodi di maltrattamenti perpetrati da alcuni operatori, ma sono fenomeni circoscritti nel tempo e nello spazio, che assumono purtroppo l'amplificazione dei media.

9] A. MONTELEONE (a cura di), *La qualità nelle Rsa - Principi Fatti Emozioni*, Maggioli Editore, Rimini, 2016.

10] A. MONTELEONE, *Non autosufficienza e qualità della vita*, Maggioli Editore, 2015.

11] Niklas Luhmann (Luneburgo, 8 dicembre 1927 – Oerlinghausen, 6 novembre 1998) è stato uno dei maggiori esponenti della sociologia tedesca del XX secolo. Applicò alla società la teoria dei sistemi sociali elaborata per interpretare l'intera realtà sociale, dalle semplici interazioni alla società nella sua interezza, a partire dalla comunicazione: "Soltanto la comunicazione è necessariamente e intrinsecamente sociale. L'azione non lo è. Inoltre l'azione sociale già implica la comunicazione", in *L'autopoiesi dei sistemi sociali*, Liguori editore, Napoli, 1986.

12] Traduzione personale da N. LUHMANN, *Confianza*, Anthropos, Barcelona, 2005, p. 5.



Novembre 2016 - pag. 310 - F.to 17x24
Codice 88-916-1878-8 - € 32,00

Volume pratico e coerente nato grazie allo stimolo della nuova norma UNI 11010:2016, contenente principi e procedure riconosciute, **sensibile ai bisogni e ai diritti delle persone con disabilità, famigliari, professionisti, progettisti e istituzioni.**

Una possibile chiave di volta per saldare le diverse prospettive e facilitare il processo di cambiamento dei servizi è quello di generare una nuova classe di strumenti d'indirizzo che coniughi la prospettiva dei diritti della persona con disabilità con le principali indicazioni che derivano alla letteratura scientifica, fornendo la base per la definizione di criteri di qualità per l'organizzazione dei servizi che siano di riferimento per i processi di "certificazione di qualità" e per i "sistemi di accreditamento dei servizi" su base regionale e locale. Si tratta di **un processo multi-stakeholder i cui protagonisti, alleati, devono essere le istituzioni pubbliche nazionali e regionali, la comunità scientifica, il terzo settore, il movimento delle persone con disabilità, gli enti e i soggetti attivi nel settore della certificazione di qualità.**

Carlo Francescutti Responsabile del Servizio di integrazione lavorativa dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 di Pordenone. Coordinatore del Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla Condizione delle persone con disabilità.

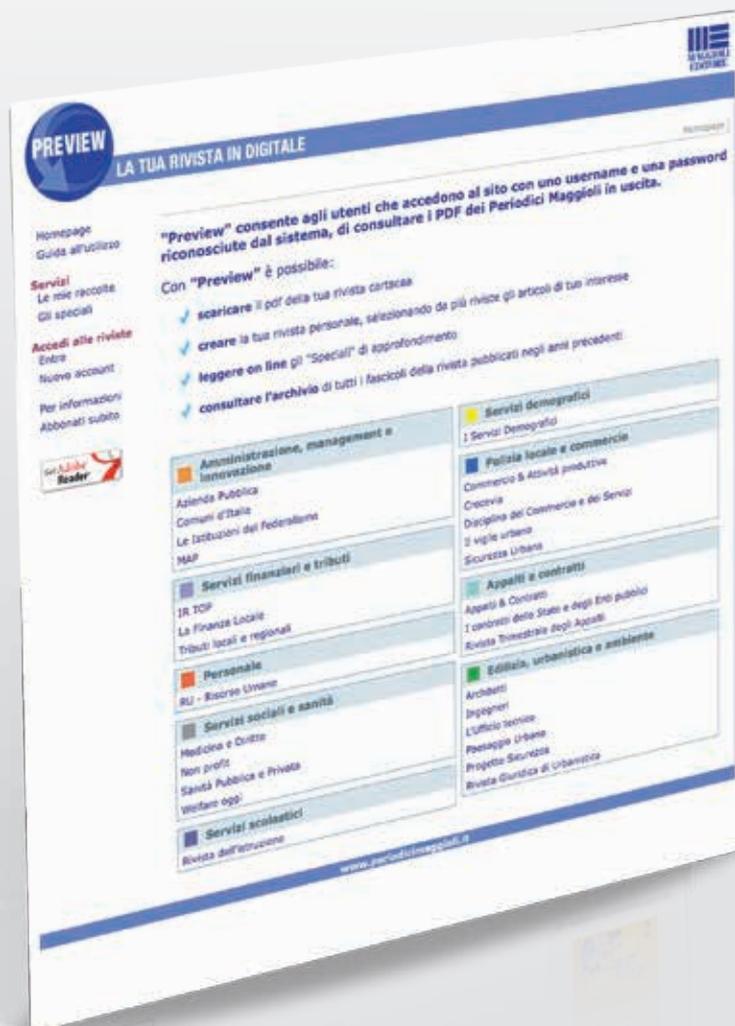
Marco Faini Esperto, consulente FISH Onlus e Anffas Nazionale. Serafino Corti Psicologo e Dottore di ricerca, dirige il Dipartimento disabili di Fondazione Sospiro Onlus, docente presso l'Università Cattolica di Brescia.

Mauro Leoni Psicologo, psicoterapeuta, analista del comportamento, dirigente sanitario di Fondazione Sospiro Onlus. Dottore di ricerca in Psicologia dello sviluppo e delle disabilità, docente presso l'Università di Pavia. I curatori hanno promosso e redatto, all'interno di un gruppo di esperti, le nuove norme UNI 11010 sui requisiti dei "Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità".

LE RIVISTE MAGGIOLI ANCHE IN DIGITALE



www.preview.periodicimaggioli.it



Con l'abbonamento alla rivista cartacea
IN OMAGGIO l'accesso al servizio
"Preview" del tuo periodico
in versione digitale



CHI PRIMA ARRIVA... LEGGE PREVIEW!

Il servizio **Preview** consente di:

- > **scaricare il PDF** della tua rivista;
- > **leggere on line** gli "Speciali" di approfondimento;
- > **creare** la tua rivista personale, selezionando gli articoli di tuo interesse;
- > **consultare l'archivio** di tutti i fascicoli della rivista pubblicati negli anni passati.

L'ACCESSO AL SERVIZIO "PREVIEW" È CONSENTITO A CHI SOTTOSCRIVE
UN ABBONAMENTO CARTACEO O DIGITALE.

[RICHIEDI LA PASSWORD DI ACCESSO ALLA TUA RIVISTA SUL SITO WWW.PREVIEW.PERIODICIMAGGIOLI.IT](http://WWW.PREVIEW.PERIODICIMAGGIOLI.IT)

Per ulteriori informazioni può contattare il Servizio Clienti:
0541 628242 • fax 0541 622595 • clienti.editore@maggioli.it

