

ANTONIO CENSI

DISAGIO, CONFLITTO E CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI.

Cure a lungo termine e continuità della vita

Le RSA sono servizi di lungo degenza per persone anziane non autosufficienti. Nella quasi totalità dei casi la permanenza dei residenti in queste strutture si protrae fino al termine della loro vita.

Negli ultimi anni questi servizi sono andati 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 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 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 tradurlo in punteggi che 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 "business schools". In alcuni contesti organizzativi la ricerca dell'efficienza a tutti i costi ha condotto all'affermazione di una cultura istituzionale fondata sulla razionalità scientifica e improntata alla neutralità affettiva. 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 lungo degenza come la RSA, all'interno della quale i bisogni dei residenti non sono esclusivamente di natura sanitaria. Può essere utile descrivere la natura delle cure a lungo termine rivolto a persone anziane non autosufficienti ricoverate nelle RSA, mettendo in evidenza i punti di divergenza col sistema di cura di un ospedale per acuti.

- Mentre il ricovero ospedaliero impone al paziente un'interruzione temporanea della sua continuità vitale per sottoporre il suo corpo al trattamento terapeutico, il ricovero in una RSA presenta il rischio di imporre al residente l'interruzione definitiva della sua continuità vitale.
- Se non ci limitiamo a considerare l'invecchiamento come qualcosa che accade nel corpo del residente, ma bensì nella sua vita, dovremo costruire un sistema di cura che gli assicuri gli aiuti necessari a contrastare il processo di obsolescenza corporea senza compromettere la sua continuità vitale.
- Per il residente in una RSA il ricovero rappresenta non solo un allontanamento definitivo dal proprio ambiente di vita ma anche uno strappo nella struttura della sua vita quotidiana. Questo strappo può essere ricucito se l'organizzazione dell'istituzione è in grado di vedere in lui non solo un soggetto bisognoso di cure ma anche una persona che va aiutata a riconquistare la sua continuità vitale.
- Un eccesso di attenzione alle terapie mediche e riabilitative individuali porta inevitabilmente a una frattura tra il mondo delle cure e il mondo della vita. Contesti istituzionali a forte impronta sanitaria producono luoghi su cui i residenti non possono esercitare alcun controllo e che rinviano loro un'immagine deficitaria di sé. Ciò contribuisce a rafforzare nella persona non autosufficiente la sensazione di vivere in un mondo separato, dove le relazioni e i progetti intorno ai quali era organizzata la sua vita sono stati definitivamente sostituiti dalle attività che ruotano intorno all'erogazione delle cure.
- Per evitare che il sistema di cura rafforzi la tendenza alla chiusura in se stessi dei residenti, la progettazione di piani di assistenza personalizzati non vanno disgiunti dall'attuazione di interventi finalizzati a offrire il sostegno psicologico necessario a elaborare i vissuti associati all'esperienza dell'invecchiamento avanzato e a contenere entro limiti tollerabili le limitazioni che qualsiasi istituzione impone alla vita quotidiana di chi vi risiede. Ogni scelta terapeutica andrebbe pertanto attentamente soppesata per valutarne l'impatto su sentimento di autostima e sulla struttura della vita quotidiana della persona cui è rivolta.

- La concezione della RSA come luogo dedicato esclusivamente al trattamento delle patologie geriatriche, produce una sorta di “colonizzazione”, di “congelamento”, o, nei casi estremi, di “cancellazione” della vita sociale dei residenti.
- Nell’approccio al residente le cure rivolte al suo corpo vanno perciò accompagnate da interventi finalizzati a reinserirlo in uno spazio, in un tempo, in una storia, in una rete di relazioni. La stesura di un piano di assistenza individualizzato (PAI) deve procedere di pari passo all’elaborazione di un progetto di vita individualizzato che renda leggibili a tutti gli operatori gli spazi, i tempi, le attività sociali che scandiscono la vita quotidiana di ogni residente. Accanto agli interventi terapeutici, riabilitativi e assistenziali vanno collocati interventi volti a restituire al residente un ordine del vivere quotidiano e una familiarità dell’abitare senza i quali è impossibile conservare il sentimento di identità.

Una RSA che si ponga l’obiettivo di costruire un sistema di cure a lungo termine assicurando al residente la sua continuità esistenziale deve mettere in conto un aumento di complessità del suo sistema organizzativo, poiché, come abbiamo visto, non basta garantirgli l’assistenza sanitaria di cui necessita ma è necessario offrirgli servizi alberghieri e sociali di standard più elevato di quelli offerti da un ospedale tradizionale.

La coniugazione della qualità delle cure con la qualità della vita appare come un’impresa quanto mai impegnativa se si considerano le ristrettezze di varia natura che affliggono le RSA. Ma vale tuttavia la pena affrontarla se si vuole evitare che gli effetti perversi dell’istituzionalizzazione ricadano non solo sui residenti ma anche sugli operatori nelle forme di sofferenza psico-fisica, di demotivazione e di impoverimento professionale che ben conosciamo.

L’esigenza di coniugare qualità delle cure e qualità della vita impone ai diversi attori organizzativi dell’istituzione di cooperare sulla base di un principio di interdipendenza. Se vuole soddisfare la pluralità dei bisogni espressa dai suoi clienti una RSA deve creare al suo interno le condizioni che favoriscano l’integrazione dei “saperi” che delimitano e orientano le aree organizzative cui è affidata l’erogazione dei servizi sanitario-assistenziali, alberghieri e sociali. Ciò può avvenire a due condizioni:

- 1) che all’interno dell’organizzazione esista un atteggiamento conviviale tra i saperi specialistici fondato sul riconoscimento della loro pari dignità scientifica e professionale;
- 2) che esistano nella pratica di lavoro quotidiana spazi e tempi all’interno dei quali si possa costruire giorno dopo giorno quella modalità di comunicazione interculturale funzionale alla valorizzazione della specificità dei saperi e alla loro integrazione entro un quadro condiviso di principi, valori e strumenti organizzativi (Alfieri, 2000).

In relazione alla prima delle due condizioni è opportuno segnalare che nelle RSA, non diversamente da quanto accade in tutti i servizi socio-sanitari, si manifesta una spiccata tendenza del sapere sanitario a egemonizzare la cultura organizzativa istituzionale attraverso forme più o meno esplicite di delegittimazione degli altri saperi o utilizzando questi ultimi esclusivamente per ciò che è funzionale alle attività di diagnosi e cura. La cultura organizzativa dell’ospedale muove dal presupposto che il benessere del paziente sia il prodotto della sommatoria dei trattamenti individuali cui viene sottoposto e tende a trascurare gli effetti anti-terapeutici dell’ambiente fisico e sociale dell’istituzione.

In relazione alla seconda condizione si può osservare che la consapevolezza della complessità organizzativa delle RSA è ancora scarsamente diffusa.

La complessità di un’organizzazione è principalmente determinata da due fattori:

- 1) il numero di eccezioni che si riscontrano nel lavoro di ogni giorno;
- 2) il modo in cui queste eccezioni vengono affrontate (Perrow, cit. in Colozzi, 1989).

Utilizzando questi due fattori possiamo concludere che la RSA è un’organizzazione chiamata a gestire molte eccezioni sulla base di processi di soluzione di tipo non analitico. Si pensi ad esempio alla necessità di riprogettare costantemente i piani di lavoro assistenziale per adeguarli alle frequenti fluttuazioni dello stato di salute dei residenti.

Ne consegue che le RSA sono istituzioni che presentano gradi elevati di complessità, incertezza e interdipendenza che per essere gestiti con efficacia necessitano di sistemi organizzativi molto differenziati, poco formalizzati, poco centralizzati e dotati di una elevata quantità di risorse da dedicare al coordinamento.

Secondo Goldberg e Connely (cit. in Hanley, Gilhooly, 1992) le caratteristiche peculiari dell’organizzazione di una RSA sono le seguenti:

1. Flessibilità della pratica di gestione.
2. Individualizzazione e autonomia dei ricoverati.
3. Possibilità di privacy.
4. Possibilità di stimolazione sociale.
5. Comunicazione e interazione con il mondo esterno.
6. Interazione tra lo staff e i ricoverati (in aggiunta alla comunicazione strumentale)
7. Massima delega del processo decisionale al personale di assistenza

8. Buoni canali di comunicazione tra lo staff
9. Livello minimo di specializzazione di ruoli e compiti tra lo staff.

Un'organizzazione con questi requisiti può essere realizzata soltanto attraverso la promozione sistematica del lavoro collegiale a carattere interdisciplinare. Lo sviluppo del lavoro collegiale nelle RSA si scontra con ostacoli di natura soggettiva che derivano dalla natura particolarmente ansiogena del lavoro geriatrico.

Nelle RSA sono largamente diffuse forme di disagio e di sofferenza psichica che, quando non riconosciute e adeguatamente elaborate, si riflettono negativamente sulle prestazioni professionali degli operatori e alimentano conflitti organizzativi che pregiudicano il raggiungimento dei fini istituzionali.

Buona parte di questi disagi e sofferenze è determinata dalla carenza di risorse assistenziali e potrebbe pertanto essere ridotto od eliminato attraverso un loro incremento.

Ma chi lavora in campo geriatrico è esposto a 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 caratterizza il lavoro assistenziale. Gli svariati fattori che possono influire sul benessere fisico e psicologico dei residenti, rendono problematiche le decisioni riguardanti gli interventi da attuare nei loro confronti. Così come difficile è, in molti casi, valutare i risultati degli interventi assistenziali. Queste incertezze possono generare stress nei singoli operatori e innescare conflitti interprofessionali.

Nelle RSA le forme di disagio organizzativo descritte sono assai diffuse e nei contesti in cui si afferma una concezione fatalistica del decadimento dei residenti esse tendono a cronicizzarsi. E' come se il contatto ravvicinato e prolungato degli operatori con utenti fisicamente dipendenti e psicologicamente disorientati finisse con il paralizzare la capacità dell'organizzazione di interpretare in modi innovativi il proprio compito primario e di utilizzare in modo più efficace le proprie risorse. "Ogni servizio - osserva a questo proposito Ranci Ortigosa - tende a riprodurre con l'utenza le stesse relazioni che prevalgono al suo interno. Come il singolo individuo se non riconosce tutte le sue potenzialità non può neppure utilizzarle nelle situazioni relazionali, così anche un servizio o un'organizzazione, se non consente nei suoi rapporti interni il riconoscimento e la valorizzazione di tutte le sue risorse, tende a riprodurre nei suoi rapporti con l'utenza questi suoi limiti". (Ranci Ortigosa, 1990).

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) creare forme di condivisione e cogestione della sofferenza;
- 2) promuovere processi decisionali di tipo partecipativo;
- 3) favorire l'integrazione dei saperi specialistici presenti nell'istituzione.

Nell'evoluzione organizzativa in atto nelle RSA hanno prevalso finora orientamenti che tendono a produrre strutture rigide, fortemente gerarchizzate o gestite autoritariamente.

I risultati non brillanti ottenuti dai tentativi di cambiamento organizzativo delle RSA dimostrano che esso non è perseguibile se si ignorano le dinamiche interpersonali e di gruppo che caratterizzano la vita quotidiana delle istituzioni. Può essere utile perciò richiamare l'attenzione sulle esperienze organizzative che in ambito socio-sanitario hanno tentato di offrire agli operatori strumenti per affrontare il profondo disagio psichico cui sono esposti nelle loro relazioni con le persone che ne fruiscono e per evitare che esso alimenti quelle patologie organizzative che riducono notevolmente i benefici dei trattamenti individuali.

La sofferenza del personale curante e i suoi riflessi sul sistema organizzativo.

Ogni istituzione sociale per funzionare necessita di un'organizzazione che è influenzata principalmente da tre fattori: il compito primario (vale a dire la funzione che la società assegna all'istituzione), le risorse (non solo tecnologiche, ma anche umane e ed economiche necessarie per raggiungere i fini istituzionali) e i bisogni di gratificazione sociale, psicologica e di sostegno nell'affrontare l'ansia che i membri dell'organizzazione incontrano nello svolgimento del loro lavoro (Menzies, 1970).

Quando un'organizzazione riesce a coniugare questi tre fattori in modo da renderli coerenti con la natura umana e i bisogni di benessere psichico ad essa specifici possiamo parlare di istituzione sociale adeguata. Nei casi in cui questa modulazione non avviene nelle organizzazioni emergono tensioni psichiche che, logorando le relazioni interpersonali tra i loro membri, generano conflitti che rendono problematico il perseguimento dei fini istituzionali. In questi casi si può parlare di istituzioni sociali inadeguate (Jaques, 1970).

Benché le difficoltà di lavorare nel campo dell'assistenza alle persone anziane non autosufficienti ricoverate nelle RSA siano note da tempo, esiste ancora una scarsa consapevolezza dei disagi che la sofferenza degli operatori può produrre sul piano organizzativo e faticano ad affermarsi modelli organizzativi adeguati, capaci cioè di offrire agli operatori il riconoscimento sociale e il supporto psicologico necessario ad affrontare l'ansia che il lavoro geriatrico porta inevitabilmente con sé.

Se si vuole dotare una RSA di un'organizzazione adeguata è necessario analizzare con chiarezza le fonti di disagio cui sono esposti gli operatori e l'influenza che esse esercitano sul loro lavoro quotidiano.

Un contributo illuminante sulla natura dei disagi cui sono esposti gli operatori geriatrici ci è fornito dallo psicogeriatra francese Louis Ploton. Nelle prime pagine del suo libro "La persona anziana" (2003) egli ci offre una descrizione di grande efficacia dell'ambiente lavorativo di una istituzione geriatrica.

"Attraversare un servizio geriatrico, percorrendo il corridoio centrale, non è un'impresa così semplice come sembrerebbe, nonostante la presunta "corazza dell'abitudine. Lungo un percorso di dieci metri, quanti sguardi trepidanti dovremo sostenere, quante mani si protenderanno, quante grida o richiami dovremo accogliere o respingere? Chi percorre questi dieci metri con un compito preciso da svolgere deve sempre selezionare una parte di ciò che vede, deve fare alcune scelte riguardo alle risposte che darà. Da un punto di vista razionale, si può immaginare che si trovi a proprio agio, eppure nel suo inconscio avrà confusamente alimentato la sua cattiva coscienza".

Oltre al disagio di lavorare in un ambiente profondamente segnato dalla sofferenza e dalla morte gli operatori devono misurarsi con altre due fonti di ansia: la prima riguarda la relazione con i residenti, la seconda deriva dalla profonda incertezza che caratterizza il lavoro geriatrico.

I nodi critici più rilevanti della relazione tra operatori e residenti sono i seguenti:

- Per gli operatori le fonti di gratificazione professionale sono limitate, sia perché non è possibile rispondere, se non in minima parte, alle richieste dei residenti, sia perché non è possibile guarirli, arrestare il loro processo di deterioramento fisico e mentale ed evitare che essi muoiano. "La pratica geriatrica mette costantemente in crisi l'immagine del curante ideale, rinviando all'immagine del cattivo curante. Una giornata di lavoro in geriatria è contraddistinta dal fatto che si è sottoposti a un'infinità di informazioni da raccogliere, a un'infinità di domande, le une più pressanti delle altre, formulate da esseri umani che si sentono soli al mondo. Lavorare in geriatria presuppone che non si ceda al senso di colpa legato al divario tra il concetto di cura ideale e la realtà pratica, cadendo nella trappola di fare molto per i pazienti senza mai fare alcunché con essi" (Ploton,2003).
- La relazione con i residenti riproduce la relazione genitori-figli, capovolgendone però i ruoli e i rapporti di forza, in quanto l'anziano fragile è alla mercè del più giovane. Di fronte al residente, vissuto inconsciamente come figura genitoriale, l'operatore è indotto a evocare ricordi sepolti nella lontana infanzia, che attivano un sentimento di rivincita nei confronti delle frustrazioni allora subite nella relazione vissuta con il proprio genitore. Egli può sentirsi minacciato dal rischio di far emergere il desiderio inconscio di fare del male al residente o dalla paura di tale desiderio. Anche da bambini si sperimentano, a livello di fantasia, situazioni di inversione dei ruoli. Con la differenza che mentre da bambini si può dare libero sfogo a queste fantasie poiché il rischio di fare del male al genitore è limitato dalla disparità di forza fisica a favore dell'adulto, nella relazione con un anziano fragile l'operatore vive una situazione di onnipotenza che può portarlo a considerare la persona assistita totalmente in suo potere.
- A causa del loro aspetto e del loro comportamento, i residenti non costituiscono per gli operatori modelli di identificazione gratificanti, non sono cioè accettabili come omologhi genitoriali, benché sul piano inconscio non sia possibile evitare che si stabilisca questa analogia.
- La grande maggioranza dei residenti è affetta da forme di regressione affettiva che si manifestano con comportamenti di natura egoistica analoghe a quelle della prima infanzia. L'espressione di forti bisogni narcisistici da parte di una persona anziana genera disagio sia perché è in contraddizione con il comportamento che ci si aspetta da una persona matura, sia perché raramente il residente esprime soddisfazione nei confronti dei tentativi condotti dagli operatori per soddisfare questi bisogni affettivi primordiali.
- L'anziano cronico è vissuto come un annunciatore di morte, ed è questa la ragione principale che spinge la società e la famiglia ad allontanarlo e ad istituzionalizzarlo (Elias,1985). Se si pensa che l'istituzione è il luogo in cui i residenti moriranno e che essendo venuti ad occupare al loro ingresso il posto lasciato libero da un morto, sono di fatto entrati a far parte dei "morti potenziali", non si può che riconoscere quanto la morte rappresenti nell'ambiente sociale di una RSA un'inquietante presenza quotidiana (Villani,2003).
- In una RSA anche la presenza quotidiana dei familiari può rappresentare una notevole fonte di ansia per gli operatori. I familiari dei residenti sono tanto più esigenti e portati alla critica, quanto più vivono inconsciamente il ricovero del proprio parente in RSA come un'inadeguatezza da parte loro. Il ricorso

all'istituzionalizzazione, per quanto sia nella maggior parte dei casi una soluzione inevitabile, alimenta in loro il sentimento di essersi sottratti a un obbligo parentale. A questo sentimento può aggiungersi l'invidia nei confronti degli operatori per la loro abilità nel soddisfare le esigenze assistenziali dei propri congiunti o la gelosia per il rapporto di intimità che la convivenza quotidiana stabilisce tra di loro. I familiari si aspettano infine dall'organizzazione che essa si faccia carico di tutte le problematiche emotive legate alla salute dei residenti e alla vita istituzionale.

Alla luce di queste considerazioni non appare forzata la metafora con la quale Louis Ploton equipara il lavoro in queste istituzioni a un lancio con il paracadute in prima linea dove "gli operatori sono lasciati a se stessi in un'operazione di sopravvivenza, senza preparazione, formazione, inquadramento, mezzi di analisi e di riflessioni adeguate" e dove "ciascuno deve salvaguardare il proprio capitale di salute psichica facendo ricorso alla propria gamma di difese personali e alle proprie capacità di "cicatrizzazione" individuale". (Ploton,2003)

La seconda fonte di ansia deriva dalla profonda incertezza che caratterizza il lavoro geriatrico. Poiché il benessere fisico e psichico dei residenti è associato a una molteplicità di fattori, che oltre a combinarsi in modo assai variegato da soggetto a soggetto, sono in costante evoluzione, gli operatori possono incontrare in serie difficoltà quando debbono decidere gli interventi necessari a soddisfare le attese della persona assistita.

Per descrivere la natura di queste ansie ci serviremo della definizione di lavoro che ci è offerta dalla psicoanalisi.

Secondo la psicoanalisi in qualsiasi lavoro, dal più semplice al più complesso, si possono distinguere due componenti: una componente prescrittiva e una componente discrezionale. La componente prescrittiva non è ansiogena in quanto al soggetto è richiesto di attenersi a regole, direttive, comandi, protocolli di lavoro. Nel lavoro di assistenza in una RSA gli aspetti prescrittivi consistono ad esempio nell'eseguire interventi assistenziali rispettando un certo orario e la sequenza operativa stabilita dai protocolli di lavoro, nel compilare moduli di rendicontazione oppure nel rilevare la temperatura corporea a intervalli regolari trascrivendola su apposite schede. Adeguarsi agli aspetti prescrittivi del lavoro non comporta complicazioni in quanto l'operatore non è chiamato a scegliere fra varie alternative possibili.

Nella componente discrezionale del lavoro al soggetto è richiesto di operare una scelta fra varie alternative possibili e di agire secondo la propria responsabilità. Facciamo un esempio. Se durante il turno di notte un residente aziona il campanello e manifesta sintomi preoccupanti l'operatore di turno è costretto a prendere una decisione fra molteplici alternative, che possono essere: 1) cavarsela da solo; 2) chiamare il medico di guardia; 3) avvertire i familiari. Scelta una delle tre alternative dovrà passare un certo lasso di tempo prima che l'operatore possa verificare se la scelta che ha adottato era giusta o sbagliata.

Se ha deciso di cavarsela da solo può darsi che l'indomani il residente presenti un quadro clinico peggiorato. In questo caso incorrerà nel rimprovero del medico. Ma potrebbe incorrervi anche nel caso avesse chiamato il medico senza che la situazione critica del residente fosse tale da giustificare la chiamata. Il livello d'ansia non è solo correlato all'intervallo di tempo che intercorre tra l'assunzione della decisione e la verifica della sua efficacia, ma è anche correlato al valore di ciò che si sta facendo. Per colui che lavora ad una macchina semplice e poco costosa il livello di ansia è inferiore rispetto a quello vissuto da colui che lavora a una macchina delicata e costosa. Se consideriamo che gli operatori socio-sanitari hanno a che fare non con macchine ma con persone, che hanno un valore superiore a qualsiasi macchina, si comprenderà il carico di ansia che può derivare dalle decisioni che l'operatore deve assumere durante lo svolgimento della sua attività (Pagliarani,1978).

È proprio questo il fattore più ansiogeno del lavoro geriatrico. L'assistenza a persone fisicamente e psichicamente fragili espone gli operatori a frequenti esperienze di fallimenti operativi che, alimentano profondi sentimenti di colpa, rendono difficoltosa quella attività riparatoria che quasi sempre rappresenta la motivazione inconscia della scelta di un lavoro nel campo dell'assistenza (Zagier Roberts,1998). L'attività riparatoria affonda le sue radici nelle nostre più primitive esperienze infantili con la madre. Nei primi mesi di vita il bambino scinde la figura materna in due entità distinte: da un lato vi è la madre buona che lo nutre e che egli ama; dall'altro vi è la madre cattiva che gli nega il nutrimento e che egli odia e aggredisce. Quando con la maturazione egli giunge alla consapevolezza che la madre è un'unica persona sulla quale egli riversa sia il suo amore che il suo odio, nascono in lui sentimenti di paura e di colpa per l'aggressività a lei rivolta. Questi sentimenti lo spingono ad esercitare verso di lei un'attività riparatoria che non ha solo un intento espiatorio ma che esercita anche una funzione protettiva e una manifestazione di riconoscenza per le cure ricevute. Il bambino placa le sue ansie attraverso l'attività riparatoria. Quando la colpa è troppo forte l'attività di riparazione risulta impraticabile e il bambino regredisce ad attività mentali precedenti e più primitive che consistono nel mantenere separati gli oggetti buoni da quelli cattivi in modo da poterli amare o odiare separatamente e senza ambivalenza. Solo attraverso la scoperta che la madre sopravvive ai suoi attacchi il bambino acquista la fiducia che il suo amore prevale sul suo odio e che le sue attività riparatrici hanno successo. Questo contribuisce ad attenuare le sue paure di persecuzione e di ritorsione da parte della madre cattiva che egli ha aggredito.

"Ma quando la realtà esterna non riesce a smentire le ansie del bambino, per esempio se la madre muore, o si ritira, o fa ritorsioni, allora le ansie depressive possono diventare troppo forti da sopportare. L'individuo allora rinuncia alle sue attività riparatrici mal riuscite e ricorre a difese paranoiche, maniache ed ossessive più primitive". (Obholzer, Zagier Roberts,1998)

La realtà psichica del lavoro geriatrico evoca costantemente questa esperienza poiché l'inevitabile peggioramento delle condizioni di salute delle persone assistite viene vissuto a livello inconscio dagli operatori come una fallimento delle proprie capacità riparatorie. L'operatore di un servizio geriatrico è sottoposto costantemente a una duplice frustrazione: in quanto operatore "faber" (operatore) , in quanto "genitus" (individuo) (Pagliarani e altri,1990). Questa doppia, costante, inevitabile frustrazione costituisce la fonte d'ansia più acuta del lavoro geriatrico.

Premesso che le capacità di tollerare l'ansia variano notevolmente da soggetto a soggetto, esiste sempre per ciascuno una soglia di tolleranza superata la quale si deve ricorrere all'attivazione di meccanismi psicologici di difesa.

Il termine meccanismo di difesa si riferisce all'attività psichica che un soggetto mette in atto in modo inconscio per non prendere coscienza di impulsi inaccettabili. I meccanismi di difesa non rappresentano qualcosa di anomalo e di patologico perché è attraverso il loro uso funzionale che l'individuo è in grado di affrontare i problemi della vita privata e del lavoro. Può accadere tuttavia che i meccanismi di difesa mobilitino un'energia psichica tale che col passare del tempo tende ad esaurirsi indebolendo le sue capacità di contenimento dell'ansia. E' in questi casi che l'individuo comincia a manifestare segnali di disagio psichico che rendono necessario il ricorso a un trattamento psicoterapeutico. Per fronteggiare le ansie che si manifestano in ambito lavorativo l'individuo può ricorrere a quelli che la psicoanalisi definisce meccanismi di difesa sociale.

"In generale si può affermare che tutte le istituzioni, non escluse quelle apparentemente più depurate dall'irrazionalità e più attente al conseguimento delle loro mete (come per esempio l'azienda, la fabbrica), si prestano ad essere 'usate' dagli individui che ne fanno parte anche come meccanismi di difesa contro le angosce di base" (Pagliarani,1972).

L'uso difensivo dell'istituzione si manifesta attraverso il ricorso a metodi e procedure di lavoro che dietro la loro apparente razionalità, nascondono la funzione di rispondere al bisogno degli operatori di difendersi dall'ansia.

"Il bisogno che i membri hanno di usare l'organizzazione nella lotta contro l'ansia - scrive Isabel Menzies in un suo noto lavoro di analisi dei meccanismi di difesa adottati nell'ambito di un servizio infermieristico di un ospedale generale inglese - porta allo sviluppo di meccanismi di difesa socialmente strutturati, che appaiono come elementi all'interno della struttura, della cultura, del modo di funzionare dell'organizzazione. (...) Un sistema sociale di difesa si sviluppa nel tempo come risultato di interazioni collusive e di accordi, spesso inconsci, tra i membri dell'organizzazione sulla forma che deve assumere. Così i meccanismi di difesa socialmente strutturati tendono ad assumere l'aspetto di una realtà esterna con la quale sia i nuovi membri che quelli anziani devono venire a patti". (Menzies,1970)

I meccanismi di difesa sociale descritti dalla Menzies sono ampiamente diffusi anche nelle istituzioni geriatriche. Ne porterò alcuni esempi, mantenendo separati i meccanismi di difesa che vengono messi in atto nella relazione diretta con i residenti da quelli che vengono adottati per fronteggiare le ansie decisionali. In realtà i meccanismi di difesa si manifestano raramente come entità separate. Quasi sempre essi funzionano simultaneamente interagendo, sovrapponendosi e rafforzandosi vicendevolmente.

Le tecniche difensive alle quali il personale di assistenza (termine con il quale ci riferiamo in senso lato sia alle infermiere che alle ausiliarie) ricorre più frequentemente per fronteggiare le ansie che derivano dalla relazione con i residenti sono: a) la scissione nel rapporto operatore-residente, b) la spersonalizzazione, categorizzazione e negazione dell'individuo, c) il distacco e la negazione dei sentimenti.

a) Scissione nel rapporto assistente-paziente.

Come abbiamo visto, per il personale di assistenza il nucleo della situazione d'ansia è rappresentato dalla relazione con persone in condizioni di grave deterioramento psicofisico e dall'aspetto esteriore non gradevole. Ne deriva che tanto più stretti e prolungati saranno i contatti con i residenti quanto più ansiogena sarà la situazione. Per evitare di entrare in contatto con la totalità della persona del residente e della sua malattia il personale mette in atto il meccanismo di difesa della scissione con il quale restringe il numero dei compiti assistenziali rivolti ad ogni residente e ad eseguirli nel più breve tempo possibile. Il piano di lavoro assistenziale di una RSA è quasi sempre suddiviso in un elenco di compiti che viene affidato a ciascun assistente.

b) Spersonalizzazione, categorizzazione e negazione del significato dell'individuo.

Con questo meccanismo di difesa si realizza una eliminazione di tutte le caratteristiche distintive dei residenti e degli assistenti per limitare lo sviluppo di una piena relazione interpersonale. Il residente non viene riconosciuto come una persona dotata di una identità sociale definita dal suo nome, dalla sua storia, dal suo carattere, delle sue abitudini ma come un soggetto che rientra a una categoria di omogenea di residenti che può essere definita ad esempio sulla base del livello di autonomia ("parzialmente autosufficienti", "non autosufficienti") o delle condizioni cognitive ("lucidi", "confusi"). Il personale di assistenza si riferisce ai residenti usando non il loro nome, ma ricorrendo al numero della loro stanza o all'incapacità di cui sono portatori ("l'incontinente della 25", "il demente della 12"). L'inclusione del residente in una categoria omogenea di assistiti viene utilizzata dagli assistenti per eludere richieste di natura personale che entrerebbero in conflitto con il principio "etico" di assicurare a ogni residente un trattamento imparziale. L'uniformità di atteggiamenti degli assistenti trova il suo supporto simbolico esteriore nell'uniforme, il cui significato è l'intercambiabilità tra un assistente e

l'altro, come se ogni assistente potesse essere considerato "un agglomerato di abilità infermieristiche senza individualità" (Menzies, 1970).

c) **Distacco e negazione dei sentimenti.**

Ogni lavoro nel campo dei servizi alla persona implica la capacità di mantenere un certo distacco professionale, controllando i propri sentimenti, evitando eccessi di identificazione con gli assistiti, mantenendo un comportamento professionale davanti a richieste in contrasto con esso. Tuttavia lavorando in un contesto geriatrico è assai difficile rimanere insensibili di fronte alla rottura di una relazione con l'assistito determinato dal peggioramento delle sue condizioni di salute o dalla sua morte. Ciò nonostante è assai infrequente assistere a degli scoppi emotivi che vengono mascherati da comportamenti sbrigativi e rassicuranti. Dagli operatori di assistenza il dolore e il disagio per la scomparsa di una persona assistita possono essere riconosciuti esclusivamente a titolo personale, ma vengono sistematicamente esclusi dalla sfera professionale.

Le tecniche difensive più frequentemente utilizzate per fronteggiare l'ansia decisionale sono: a) l'esecuzione rituale dei compiti, b) la riduzione del peso della responsabilità nel prendere le decisioni per mezzo di verifiche e controverifiche, c) la delega delle responsabilità ai superiori.

a) **L'esecuzione rituale dei compiti.**

Come abbiamo visto precedentemente l'assunzione di una decisione da parte del personale di assistenza può essere una fonte di ansia fino a quando non se ne possono verificare i risultati. Di fronte alle svariate richieste che gli vengono rivolte dal residente l'assistente cerca di difendersi attenendosi scrupolosamente alle istruzioni ricevute per l'esecuzione di ogni intervento. Lo svolgimento di ogni mansione segue una modalità, un ordine e un ritmo rigorosamente prestabiliti. Nell'esecuzione di mansioni non particolarmente complesse, come il rifacimento del letto o l'alzata del residente, vi può essere un numero rilevante di varianti, tutte efficaci. Ciò nonostante accade quasi sempre che se ne scelga una il cui espletamento sembra di vitale importanza per l'organizzazione, che attraverso la standardizzazione del lavoro assistenziale ritiene di incrementare la sua efficienza. L'esecuzione rituale dei compiti pone l'assistente nell'impossibilità di cogliere i bisogni obiettivi del residente e, nei casi estremi, a non rilevare l'esigenza di attuare interventi d'urgenza.

b) **La riduzione del peso della responsabilità nel prendere le decisioni per mezzo di verifiche e controverifiche.**

Nella realtà di lavoro esistono tuttavia situazioni in cui il personale non può eludere l'assunzione di una decisione. In questi casi, per ridurre il peso dell'ansia egli può dilazionare l'esecuzione di una decisione mediante il ricorso a verifiche e controverifiche della decisione adottata posponendone il più possibile l'esecuzione. Anche la fase esecutiva viene spesso sottoposta a un rigoroso processo di controllo del suo svolgimento. Questo meccanismo di difesa viene adottato non solo in relazione a decisioni riguardanti problemi che possono riflettersi sulla salute dei residenti, ma anche per problemi più elementari (come ad esempio stabilire la collocazione di una poltrona all'interno di una stanza).

c) **La delega della responsabilità ai superiori.**

Attraverso questo meccanismo l'assistente elude una decisione scomoda, ma che potrebbe essere da lui adottata, rinviandone la responsabilità al personale di grado superiore nella scala gerarchica o al responsabile di un determinato settore organizzativa. Accade ad esempio che una elementare richiesta del residente in merito al servizio pasti non venga accolta con la giustificazione che essa deve essere autorizzata dal dirigente responsabile del servizio alberghiero. Lo stesso può accadere per la richiesta di un intervento assistenziale elementare la cui soddisfazione, per la semplice ragione che non rientra in un protocollo di lavoro, deve ottenere il benestare del responsabile di nucleo.

I meccanismi di difesa che abbiamo elencato vengono utilizzati non solo dal personale dedicato all'assistenza diretta al residente, ma da tutti gli attori del sistema organizzativo.

Un altro e assai più diffuso meccanismo sociale di difesa, comune a tutti gli attori del sistema organizzativo, consiste nel limitare la sofferenza interiore esteriorizzandola e attribuendone ad altri membri dell'organizzazione la responsabilità. In questo modo il disagio intrapsichico si trasforma in disagio interpersonale e finisce con l'intaccare le relazioni organizzative creando i presupposti per l'insorgenza di conflitti fra i gruppi professionali che ne fanno parte. Il ricorso al meccanismo della proiezione conduce gli operatori a una percezione distorta delle reciproche aspettative di ruolo, che non può non avere ripercussioni sull'organizzazione.

In una RSA le conseguenze più vistose del ricorso massiccio ai sistemi sociali di difesa sono soprattutto due.

La prima è che i residenti finiscono con l'essere considerati dei meri destinatari di prestazioni assistenziali e si vedono negare il desiderio di essere riconosciuti come oggetto di amore.

La seconda è che la presenza di una diffusa conflittualità interprofessionale produce nei membri dell'organizzazione una percezione distorta del compito primario dell'istituzione. Compito che, ricordiamolo, in una RSA non è solo quello di curare, ma anche quello di prevenire la dipendenza e di offrire ai residenti un ambiente fisico e sociale all'interno del quale essi possano utilizzare l'autonomia di cui ancora dispongono. Se, come abbiamo detto, il compito primario non viene perso di vista attorno ad esso si struttura una chiara percezione reciproca dei ruoli, da cui derivano forme appropriate di collaborazione e di rispetto degli specifici livelli di status professionali. Se al contrario il compito primario viene perso di vista ciascun sapere diventa fine a se stesso, mettendosi in primo piano e antepoendo la propria ottica professionale a quella delle altre professionalità. Quando una organizzazione complessa non riesce a darsi il tempo necessario per valutare, verificare e riprogettare è quasi inevitabile che perda di vista il suo compito primario. Questi problemi si accentuano nelle istituzioni di grandi dimensioni poiché la struttura delle gerarchie rende macchinoso il modo di operare. Un'organizzazione lacerata dai conflitti tra ruoli e professionalità non può che esercitare un'influenza negativa sul sentimento di integrazione del residente. Non solo, ma essa rallenta o paralizza i processi comunicativi necessari ad assumere decisioni tempestive ed efficaci di fronte ai numerosi imprevisti organizzativi che la vita quotidiana di un'istituzione geriatrica porta inevitabilmente con sé.

“In questi casi vi è un grosso problema, perché un'istituzione del genere, se non ha le possibilità della presa di coscienza, di mettersi in crisi e di elaborare la crisi, va incontro, così come accade agli individui, alla sua pazzia e alla sua morte” (Pagliarini, 1993).

Nelle istituzioni percorse da forti tensioni conflittuali non tardano a manifestarsi patologie organizzative che possono assumere le seguenti configurazioni, talvolta combinate fra loro:

- L'organizzazione paranoide, fondata su diffidenza verso l'esterno e l'interno, per l'istituzionalizzazione del sospetto (spesso a seguito di ostilità subite; è molto analitica, accentrata, controllata, aliena dal rischio);
- L'organizzazione compulsiva, che si programma perfezionisticamente e segue politiche molto formalizzate e burocratiche;
- L'organizzazione drammatica, intenta ad attrarre l'attenzione ed esibire il successo, con preoccupazione narcisistica; potere accentrato, spesso autoritario, decisioni rapide; rischi di incoerenza e di discontinuità, di disomogeneità e conflittualità;
- L'organizzazione depressiva: abitudinarietà, rassegnazione; difficoltà a decidere; marginalità nell'ambiente;
- L'organizzazione schizoide: neutralizzazione reciproca tra orientamenti diversi, spesso tra coalizioni, con attriti operativi e tensioni psicologiche. (Novara, 1992)

Le disfunzioni organizzative descritte sono note agli organi gestionali delle RSA che tentano di porvi rimedio attraverso due forme di intervento. La prima è rappresentata dal tentativo di modificare il comportamento degli operatori attraverso la formazione; la seconda dal ricorso a un management autoritario.

L'uso della formazione come strumento di cambiamento organizzativo muove dal presupposto errato che essendo l'organizzazione composta da individui essa possa essere modificata ampliando le loro conoscenze e competenze (Phillimore, 1975 cit. in Hanley, Gilhooly, 1992). La ricerca ha dimostrato che generalmente nelle organizzazioni geriatriche tutti i membri posseggono un livello di conoscenze adeguate. L'impossibilità di sfruttarle pienamente non deriva tanto da una mancanza di buona volontà degli operatori, ma dalla mancanza di una organizzazione adeguata (Saxly, Jeffrey, 1984 cit. in Hanley, Gilhooly, 1992). Nessuna formazione può essere di aiuto se non si modifica l'organizzazione che, come abbiamo visto, è profondamente influenzata dai sistemi sociali di difesa.

La seconda forma di intervento si fonda sul mito dell'eroe innovatore. L'idea è che le resistenze al cambiamento possano essere superate attraverso un management più risoluto e decisionista. Il ricorso a una leadership autoritaria appare come la soluzione più rapida ed efficace per fronteggiare situazioni di forte conflittualità organizzativa. Una situazione di emergenza che tende a cronicizzarsi, vuoi per l'incontenibile lievitazione del disagio degli operatori, vuoi per il venire meno dei momenti di lavoro collegiale, può essere assimilata alla guerra in prima linea, nella quale, di fronte alla necessità di difendersi dagli attacchi esterni, l'unico compito è eseguire senza discutere gli ordini che provengono dall'alto. Una leadership autoritaria, che per sua natura è portata a considerare superato il dialogo, escludere il personale dai processi decisionali, promuovere l'onnipotenza professionale individuale, non riconoscere debolezze, dubbi e disagi, attribuire i fallimenti all'incapacità dei collaboratori o alla scarsità di risorse finanziarie, non può che aspirare al raggiungimento di risultati a breve termine e di natura effimera (Obholzer, Zagier Roberts, 1998).

In uno scenario come quello descritto all'organizzazione risulterà difficile sia fronteggiare i cambiamenti a breve termine, sia pianificare il suo sviluppo a lungo termine. La stessa identità istituzionale finirà con l'andare incontro a una crisi irreversibile.

Un modo più efficace di fronteggiare la conflittualità all'interno delle organizzazioni per evitare che sfoci in manifestazioni patologiche ci è suggerito da Luigi Pagliarani. Egli introduce una distinzione tra una conflittualità malata, che degenera in psicosi organizzativa, e una conflittualità sana che, se ben gestita, può contribuire alla ricerca di soluzioni più rispondenti al compito primario dell'istituzione. Perché ciò avvenga è necessario che ogni membro dell'organizzazione, oltre ad investire nell'obiettivo e su di sé, investa anche nella relazione. "La realizzazione dell'obiettivo, afferma Pagliarani, oltre che essere la realizzazione di qualcosa che ha l'approvazione, l'amore, la partecipazione di tutti, è anche una gratificazione personale, soprattutto quanto più uno può avere la sensazione di aver contribuito, fra i tanti, al suo raggiungimento" (Pagliarani,1993) Ma, come abbiamo visto, fra i tanti componenti dell'organizzazione, vi sono anche coloro che possono avere un punto di vista diverso dal nostro. In questi casi l'altro viene visto come un ostacolo, un impedimento al raggiungimento dell'obiettivo e della gratificazione personale che ne consegue. Nei conflitti interpersonali all'interno delle organizzazioni per stigmatizzare il comportamento di chi esprime un punto di vista diverso dal nostro si è portati a dire "questo è un tuo problema", "io non c'entro", "veditela tu". L'originalità della proposta di Pagliarani si fonda non tanto sul presupposto che l'investimento sulla relazione (terzo investimento) vada perseguito solo quando l'altro può avere le sue buone ragioni per esprimere un punto di vista diverso dal nostro, ma anche nei casi in cui non le abbia."Se c'è l'investimento anche nella relazione si può valorizzare la collaborazione dell'altro, che con tutti i difetti e i problemi che può avere rimane comunque una risorsa umana da valorizzare. Non dirò più "Questo è un tuo problema". Intanto perché non è detto che lo sia. Ma ammesso che anche io, analizzando con molto realismo la situazione, debba concludere di non avere responsabilità in quel problema, in realtà si tratta di un suo problema trasferito per dislocazione. Se però sono interessato, e non posso non essere interessato, alla relazione, non posso dire: "Questo è un tuo problema". Quel problema è anche mio" (Pagliarani,1993) Investire nella relazione significa responsabilizzarsi rispetto alle difese che l'altro assume. Riconoscendo che il suo comportamento, al di là delle spiegazioni razionali che è in grado di darne, è condizionato dalle sue difese. Se lo voglio recuperare come risorsa umana devo responsabilizzarmi verso queste difese non solo interrogandomi sulle cause che le hanno prodotte, ma anche interrogandomi su quale possa essere il loro scopo. Così facendo si danno due possibilità. La prima è che di fronte a un atteggiamento di comprensione nei confronti delle sue difese gradualmente l'altro le attenui o le abbandoni riconoscendo che il suo ruolo e l'istituzione nella quale lo esercita non possono costituire un oggetto d'amore. La seconda è che l'altro, attraverso l'elaborazione delle sue difese, recuperi la sua lucidità e quindi la sua capacità di un investimento simultaneo sugli obiettivi, su di sé e sulla relazione che lo farà sentire partecipe di un'organizzazione che, mentre prima suscitava in lui sentimenti di estraneità e di esclusione, ora vivrà come qualcosa di globale, integrato e coerente.

UN'ORGANIZZAZIONE CAPACE DI COGESTIRE LA SOFFERENZA

Per prevenire o governare le situazioni di disagio organizzativo cui sono esposte le RSA due condizioni risultano indispensabili. La prima concerne la definizione realistica degli obiettivi della cura geriatrica, la cui specificità è di essere rivolta a persone estremamente vulnerabili dal punto di vista fisico e psichico. L'obiettivo delle cure non può essere evidentemente quello delle dimissioni dei residenti, che porrebbe gli operatori in una situazione senza sbocco, ma bensì quello di costruire relazioni di cura che sappiano riconoscere ed elaborare le ansie che derivano dal contatto quotidiano con la sofferenza e con la morte. Solo operando in questo modo è possibile permettere al personale di consumare meno energie psichiche per fronteggiare lo stress emotivo e di ricevere gratificazioni in cambio del lavoro svolto, come avviene in tutti i settori.

La seconda è la difesa della capacità di pensare dei singoli operatori e delle équipes di cura, che implica l'assunzione del distacco necessario per non restare intrappolati nella situazione e dominarla intellettualmente. Salvaguardando la capacità di pensare è possibile:

- restituire una logica alla situazione
- ritrovarsi e situarsi in essa
- organizzarsi in modo coerente.

Nelle RSA, secondo Ploton, l'organizzazione va sottoposta a un costante processo di analisi 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)

Se si vuole perseguire l'obiettivo di trovare soluzioni dinamiche dei problemi quotidiani e di quelli eccezionali è necessario svincolarsi da un modello organizzativo a impronta ospedaliera fondato sulla conduzione elitaria del medico ed avere il coraggio di dedicarsi alla ricerca di sistemi decisionali di tipo partecipativo.

Un'esperienza organizzativa che può fungere da modello di riferimento è rappresentata dalla comunità terapeutica psichiatrica.

Essa rappresenta il tentativo di superare il tradizionale rapporto assistente-assistito puntando al coinvolgimento del più vasto ambiente sociale in cui si attuano i trattamenti individuali con l'obiettivo di utilizzare nel modo più efficace tutte le risorse umane (personale, pazienti, volontari, parenti) dell'organizzazione.

La comunità terapeutica rappresenta il risultato più importante del rinnovamento culturale e organizzativo che ha investito gli ospedali psichiatrici fra gli anni cinquanta e settanta. Questo movimento si è sviluppato soprattutto in Gran Bretagna. Le origini della comunità terapeutica risalgono agli anni della Seconda Guerra Mondiale nel corso dei quali l'aumento dei casi da trattare e la penuria di psichiatri e infermieri spinse i responsabili degli ospedali a valorizzare la funzione terapeutica di altre figure presenti nel contesto organizzativo. Nel dopoguerra queste idee trovarono un fertile terreno di sviluppo nella politica sociale dei governi laburisti che mirava a ridimensionare il potere del medico sul paziente attribuendo alla comunità maggiori responsabilità in campo sanitario e sociale.

Il termine "comunità terapeutica" fu coniato da Tom Maine (1992) per descrivere l'esperienza dell'ospedale di Northfield, a cui collaborarono, in forme e tempi diversi, figure di spicco della psicanalisi inglese come Wilfred Bion, John Rickman, Michael Foulkes e lo stesso fondatore della psicoanalisi Elliot Jaques, ai tempi in cui era uno psichiatra dell'esercito canadese.

Il maggiore contributo teorico-pratico allo sviluppo della comunità terapeutica è stato quello di Maxwell Jones (1953,1970,1974) che sperimentò questo modello negli ospedali di Belmont e Melrose. Una importante punto di riferimento teorico dei principi posti a fondamento della comunità terapeutica è rappresentata dagli studi di microsociologia dell'ospedale psichiatrico condotti negli Stati Uniti da scienziati sociali come Goffman, Caudill, Rapoport, Stanton e Schwarz. In Italia l'esperienza più nota, anche se non la sola, di comunità terapeutica psichiatrica è stata condotta nel corso degli anni sessanta da Franco Basaglia (1968) nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia. Vale la pena ricordare che la comunità terapeutica fu una delle prime istituzioni italiane esplorate da Luigi Pagliarani (1970) secondo un'ottica psicoanalitica.

L'ospedale psichiatrico è un'istituzione che presenta molte analogie con una RSA in quanto deve approntare un sistema di cura che oltre ad assicurare ai residenti un buon stato di salute offra loro un ambiente sociale che li aiuti a conservare il più a lungo possibile la loro autonomia e la loro identità sociale (Ploton,2003).

Per questa ragione una rilettura critica dell'esperienza delle comunità terapeutiche condotta in ambito psichiatrico può offrire a chiunque eserciti un ruolo direttivo all'interno delle RSA insegnamenti utili a costruire organizzazioni più funzionali alla natura del lavoro geriatrico. Diversamente dall'ospedale per acuti che vede nella "malattia l'invasione del corpo da parte di un "morbo" che spetterà al medico interpretare e rimuovere attraverso trattamenti farmacologici o chirurgici" (Clark,1976), una struttura di lungodegenza come la RSA dovrebbe considerare le malattie da invecchiamento non solo come fenomeni si manifestano nel corpo della persona, ma anche come eventi che introducono cambiamenti radicali nella sua vita, modificandone i tempi, gli spazi, le relazioni (Good,1999). Se allarghiamo il nostro sguardo dai processi di deterioramento biologico prodotti dall'invecchiamento, alle limitazioni che essi introducono nella vita della persona anziana non autosufficiente ricoverata in una RSA, ci accorgiamo che gli operatori, oltre ad offrirle terapie e assistenza, dovranno aiutarla a riorganizzare gli spazi, i tempi e le relazioni della sua vita alterati dagli eventi morbosi che hanno investito il suo corpo. La relazione di aiuto che nelle RSA a forte caratterizzazione sanitaria finisce con l'appiattirsi sui bisogni assistenziali dei residenti dovrebbe, nel più ampio modello di presa in carico proposto dalla comunità terapeutica, essere considerata "uno spazio di ricerca, di sperimentazione, di costruzione di nuove possibilità, per una espressione più completa del sé dell'anziano e delle sue competenze nell'istituzione. Una relazione capace di dare spazio ai desideri oltre che ai bisogni, alle possibilità oltre che alle necessità, alle capacità oltre che alle mancanze; una relazione aperta a molti soggetti – servizi, famiglia, volontariato, comunità locale – insieme ai quali costruire una possibile qualità della vita (Colombo,1995). L'istituzione verrebbe così a connotarsi non solo come un luogo di cura ma anche come un luogo di vita in cui "cose, soggetti e relazioni circolano e si mescolano, formicolano; dove i sensi si attivano e le persone si singolarizzano, senza che le relazioni perdano il loro tenore, e assumano la distanza dei rapporti tra estranei; dove i ruoli e le appartenenze professionali si mescolano, e le differenze non sono fonte di alterità, di separazioni e barriere – differenze da – ma generano scambi e interdipendenze, costruzioni di un tessuto soggettivo di linguaggi e discorsi". (De Leonardi,1999).

L'ideologia della comunità terapeutica è tipicamente democratica, umanitaria e permissiva. Essa è organizzata per utilizzare, a scopo terapeutico, tutti i rapporti e tutte le attività nella vita del paziente.

La comunità terapeutica può rappresentare la soluzione organizzativa più rispondente alle necessità di cambiamento che si stanno manifestando in ambito geriatrico. I limiti di un approccio ai residenti fondato sul modello clinico (centrato sulla malattia) e sul modello fisiatico (centrato sul recupero e la rieducazione funzionale) risultano sempre più evidenti anche ai geriatri. Questa consapevolezza li ha spinti a ridimensionare l'importanza delle cure e a prestare maggiore attenzione alle attività della vita quotidiana. Con questo termine non ci si riferisce soltanto alle attività di animazione e alle iniziative di socializzazione, ma anche alle cosiddette attività "primarie" (mangiare, lavarsi, vestirsi), "necessarie" (riposare, dormire, disporre di uno spazio personale esclusivo), "essenziali" (muoversi, comunicare), "significative" (lavoro, gioco).

"Tutto può essere valorizzato come attività o svilito ad assistenza a seconda del modo in cui viene fatto. Il punto sta nella relazione fra le persone, che può essere più o meno gratificante a seconda di come viene fatto. E' in fondo la giornata normale che va riempita di occasioni, che siano come delle domande individuali cui il malato risponde con

delle attività. Vedere cose e persone è un'ottima attività, parlare anche, così come camminare: prima di tutto occorre assicurare possibilità e significato alle attività fondamentali e necessarie. E' poi naturalmente importante anche l'organizzazione delle attività espressive, creative. (...) Non dimentichiamo che per una persona disabile è estremamente difficile partecipare alla vita che tutti considerano "normale" se non garantiamo che il flusso di questa normale vitalità passi loro accanto" (Guaita, 2005)

La comunità terapeutica differisce da altri tipi di terapia ambientale nella misura in cui opera in base al principio che tutti i processi sociali e interpersonali dell'istituzione sono importanti per incrementare il benessere dell'individuo. Nessun elemento è lasciato fuori dal trattamento e tutte le relazioni interpersonali sono importanti in quanto potenzialmente terapeutiche, vale a dire produttrici di benessere psicologico.

"L'atteggiamento di tipo terapeutico, che può essere assunto anche dagli operatori che non svolgono un'attività psicologica di tipo specialistico, presuppone il riconoscimento di una certa simmetria tra le sofferenze e le richieste dell'ammalato e le tensioni che esistono nell'operatore, per cui l'atto di curare, l'atto di assistere, corrisponde a un'esigenza psicologica dell'operatore per ragioni di stabilità interiore. Curando gli altri un operatore sanitario in piccola misura cura anche se stesso, ossia si mette in condizione di ristabilire un equilibrio interno" (De Martis, 1972)

Il riconoscimento della comune fragilità umana pone l'operatore in condizione di rispondere alle richieste emotive e affettive che il residente gli rivolge chiamandolo in causa non come specialista dell'assistenza ma come persona. Questo riconoscimento apre la strada al superamento della scissione tra il mondo degli operatori e il mondo dei residenti che secondo Goffman (1968) rappresenta la contraddizione sociale più vistosa di una struttura di lungodegenza. Questa scissione è il prodotto di un meccanismo di difesa sociale che si fonda sulla proiezione della difettosità e di tutti i valori negativi nei residenti e sulla proiezione delle capacità e dei valori positivi negli operatori. Come abbiamo visto ciò non corrisponde alla realtà in quanto anche gli operatori manifestano nel loro agire professionale e nelle loro relazioni quotidiane con la sofferenza una evidente fragilità. E i residenti, per quanto malati, dispongono di capacità fisiche, funzionali e intellettive che non possono essere ignorate.

"Risolvere queste scissioni sociali, specialmente fintanto che i pazienti possono essere usati come contenitori dell'infantilismo e dell'impotenza ed il personale come contenitore di tutte le idee e di tutta l'intelligenza, è un impegno essenziale e continuo per qualsiasi comunità che voglia essere terapeutica" (Main, 1992)

Così come nessuna società, di qualsiasi tipo, è simile a un'altra, così due comunità terapeutiche non sono uguali fra loro. Tali gruppi operano per i propri scopi in modi diversi, secondo le persone che vi fanno parte. Una comunità terapeutica è un'organizzazione complessa di persone il cui scopo primario è di incrementare il benessere di tutti i suoi membri. Maxwell Jones (1953) la descrive così:

"Parrebbe che in alcune, se non in tutte, le patologie psichiatriche si possa imparare molto dall'osservazione del paziente in un ambiente sociale relativamente normale e familiare, in modo da osservare i suoi modi abituali di mettersi in rapporto con altre persone, di reagire allo stress, ecc. Se nello stesso tempo egli può essere reso consapevole dell'effetto del suo comportamento sulle altre persone e aiutato a capire alcune delle motivazioni che sottendono le sue azioni, la situazione è potenzialmente terapeutica. A nostro parere, questa è la caratteristica peculiare della comunità terapeutica. Esiste evidentemente la possibilità che qualsiasi relazione interpersonale sia terapeutica o antiterapeutica. L'introduzione di personale addestrato nella situazione del gruppo, insieme alla collaborazione pianificata dei pazienti e del personale in molti se non in tutti, gli aspetti della vita di reparto, aumenta la possibilità che l'esperienza sociale assuma un effetto terapeutico".

Queste considerazioni di Maxwell Jones possono essere estese agli operatori, ciascuno dei quali, sottopone il suo comportamento organizzativo alla costante valutazione dei colleghi e dei residenti, che lo aiutano a comprendere l'impatto del suo comportamento sull'ambiente sociale dell'istituzione.

Caratteristiche di una comunità terapeutica

Importanza delle relazioni interpersonali e di gruppo

Il residente, come pure ogni membro del personale, è considerato un membro attivo della comunità istituzionale. Nel sistema sociale istituzionale egli va incoraggiato ad assumere i modi di interazione che caratterizzavano i suoi rapporti nell'ambiente familiare e sociale di provenienza. Mentre nelle terapie diadiche il rapporto medico-paziente, specialista-paziente, è il fulcro del trattamento, nella

comunità terapeutica il campo di intervento si allarga a tutte le relazioni che i residenti e gli operatori intrecciano tra loro nel corso della vita quotidiana. E queste relazioni costituiscono un costante oggetto di analisi e di elaborazione.

Il lavoro sulle relazioni non è volto tanto ad approfondire la conoscenza teorica dei significati profondi dei comportamenti di operatori e residenti, quanto a mettere in discussione e far emergere quella filigrana che sta sotto ai normali atti della vita sociale istituzionale. Questo metodo può permettere di caratterizzare ogni reparto e di moltiplicarne la potenzialità terapeutica.

Mentre in un ospedale si prendono in considerazione aritmeticamente tutti i pazienti, letto per letto, con il loro singolo problema fisico, in una comunità terapeutica il reparto viene considerato come una unità funzionale ove esiste tutta una complessa rete di relazioni che se ben gestite possono rappresentare una fonte di benessere psicologico per residenti e operatori. Attraverso il lavoro di gruppo le relazioni vengono costantemente esaminate per risalire a tensioni e irrigidimenti che possono compromettere il trattamento terapeutico.

L'analisi delle relazioni con il residente permette di evidenziare la sua posizione attuale, verificandone dal vivo le potenzialità e le difese e permettendo di formulare ipotesi e congetture sul suo mondo e sulla sua storia.

La comunicazione

Negli ospedali tradizionali i processi di comunicazione dall'alto verso il basso lungo la scala gerarchica sono molto più fluidi di quelli che procedono dal basso verso l'alto. Nella comunità terapeutica viene compiuto ogni sforzo affinché la comunicazione circoli in tutti i sensi il più liberamente possibile. Le comunicazioni privilegiate vengono limitate e, se possibile, abolite in quanto contribuiscono a determinare la nascita di fazioni. La rete delle comunicazioni fra i membri della comunità è oggetto costante di analisi. Ogni tipo di comunicazione (manifeste, latenti, verbali, non verbali, conscie, inconscie) viene esaminata al fine di individuare le deformazioni percettive e affettive che possono interferire nelle relazioni.

Grande importanza viene attribuita al fatto che rapporti disturbati dei membri del personale influiscono sul comportamento disturbato del paziente. I pazienti sono molto sensibili alle interazioni fra i membri del personale. Se il personale di un reparto psichiatrico si preoccupa specialmente di un paziente con tendenze suicide, i pazienti di quel reparto di solito lo sentono. In una comunità terapeutica il personale parla con i malati di queste preoccupazioni e conta sulla loro collaborazione per aiutare il membro suicida della comunità.

Cercare di escludere il gruppo dei pazienti dalla conoscenza dei problemi del personale come tale è inutile. I pazienti sanno molte cose e ne "sentono" ancora molte di più riguardo al personale e ai suoi atteggiamenti. Riconoscendo questo fatto, la comunità terapeutica rende apertamente utilizzabili queste informazioni e così facendo coinvolge i pazienti nelle responsabilità per il trattamento. Il malato può vivere allora come qualcosa di diverso da un oggetto passivo del trattamento: ha l'occasione di diventare un partecipante responsabile e di contribuire ai processi terapeutici suoi e altrui.

Ogni informazione è considerata importante nella misura in cui influisce sui processi sociali e interpersonali del reparto.

La grande attenzione ai processi di comunicazione ha due scopi:

1. Quasi tutti i pazienti hanno un certo deficit nella capacità di comunicare; hanno sentimenti, pensieri e impulsi che non sanno come dominare. Molti hanno difficoltà a comprendere le comunicazioni degli altri. Rendendo esplicita buona parte di ciò che è implicito in una situazione sociale si aiutano i pazienti a identificare ed esprimere verbalmente ciò che provano e a diminuire le deformazioni percettive delle comunicazioni provenienti dagli altri.
2. La comunicazione aperta contribuisce alla conoscenza dei bisogni amministrativi e clinici della comunità. Essa aiuta il personale e i pazienti a conoscere i propri ruoli, limitazioni, responsabilità e autorità; accresce la loro efficienza nel dare il massimo di informazioni su cui basare le decisioni che devono prendere.

L'apprendimento dall'esperienza

Tutti gli aspetti della vita del paziente nell'ambiente sociale dell'istituzione sono considerati occasioni per imparare e vivere. Il personale deve usare le sue varie capacità per sfruttare queste occasioni nel modo più completo creando un clima che aiuti i pazienti a:

1. acquistare consapevolezza dei propri sentimenti, pensieri, impulsi e comportamenti;
2. mettere alla prova le loro capacità in un ambiente relativamente sicuro;
3. acquisire una visione realistica del loro ambiente sociale e interpersonale;
4. accrescere la loro autostima.

Vista sotto questa luce, una comunità terapeutica non è dissimile da una scuola di vita. 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. E' considerata critica 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. Le situazioni critiche possono derivare da conflitti legati a problemi di convivenza tra i residenti, dal danneggiamento o dallo smarrimento di capi di abbigliamento dei residenti, dalla presenza invadente di un familiare ansioso, da un ritardo nella distribuzione dei pasti, dall'emergenza assistenziale determinata dall'insorgenza di un'epidemia influenzale, dal comportamento aggressivo di un residente confuso.

Hanno una maggiore probabilità di diventare critiche le situazioni che non possono essere ricondotte ad uno specifico ambito specialistico. La loro comprensione richiede perciò un modello di analisi che sia capace di cogliere qualcosa che non può essere percepito attraverso i percorsi conoscitivi dello specialismo, troppo preoccupato di giungere a soluzioni precodificate, ma solo analizzando senza preconcetti le dinamiche che si sviluppano in quei microcosmi relazionali che caratterizzano le cure e la vita all'interno dell'istituzione. "Living-learning" chiamano gli anglosassoni questa forma di apprendimento. Ed essa può essere intesa nella doppia accezione di apprendimento dalla vita e di apprendimento dal vivo, vale a dire passando attraverso l'analisi delle emozioni associate agli eventi critici della vita organizzativa.

L'evento critico non va inteso tanto come una minaccia alla stabilità organizzativa ma piuttosto come un'occasione di sviluppo organizzativo. Se da un lato esso mette in luce le limitazioni di carattere pratico e i conflitti che fatalmente ogni situazione di convivenza porta con sé, alimentando negli operatori vissuti di natura depressiva, dall'altro può rafforzare la coesione del gruppo nella misura in cui al suo interno si afferma la capacità di affrontare ed elaborare collegialmente tensioni e fratture. Nella vita organizzativa di una RSA il pericolo da evitare è la staticità: una dimensione in cui il tempo non ha valore, in cui tutte le giornate sono assolutamente uguali, in cui nulla di nuovo può succedere.

L'analisi e la soluzione delle situazioni critiche può essere facilitato 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 che può compromettere il valore del confronto. Le risposte agli eventi critici che contraddistinguono la vita organizzativa di una RSA vanno date là dove essi si manifestano e non nei luoghi che ospitano le massime autorità istituzionali. La lontananza di queste sedi dai luoghi in cui si manifestano situazioni critiche fa sì che le risposte non siano solo tardive, ma spesso anche inadeguate.

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.

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.

Il sistema decisionale

L'opportunità fornita ai residenti di partecipare alle decisioni che riguardano la loro vita e quella della comunità determina un atteggiamento di fiducia reciproca e di rispetto fra pazienti e personale.

I residenti spesso entrano in trattamento con la fantasia di essere i destinatari passivi di “qualcosa” che sarà dato loro o fatto loro. Le terapie farmacologiche e altre forme di terapia non esigono che tale fantasia venga distrutta, ma che venga modificata attraverso il trattamento della comunità terapeutica. Molti residenti sono riluttanti ad abbandonare questa speranza. L’offerta di responsabilità viene da loro interpretata come uno stratagemma ideato dal personale per deresponsabilizzarsi. E’ precisamente questo tipo di problema che diventa un argomento di discussione di indagine. In realtà il coinvolgimento dei residenti contribuisce a far superare il sentimento di esclusione che nasce in loro quando avvertono che il potere decisionale si colloca in luogo lontano e difficilmente accessibile. “Questa stessa distanza rende difficile alle persone cui incombe la responsabilità finale di rendersi pienamente consapevole di che cosa accada in ogni momento nei nuclei residenziali; perciò le loro decisioni sono spesso inficiate in qualche misura dalla mancanza di una conoscenza concreta della vita del residente” (Bettelheim, 1988)

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. Solo attraverso il gruppo è possibile pervenire a una percezione della persona del residente nella sua globalità. Lo sguardo che ciascun specialista (medico, infermiere, terapeuta della riabilitazione, educatore) rivolge al residente non può cogliere che un aspetto limitato della sua persona. Uno dei tratti distintivi della comunità terapeutica è il coinvolgimento sistematico nei processi comunicativi e decisionali degli operatori che vivono a più stretto contatto con i residenti. Coloro che svolgono la maggior parte del lavoro diretto e probabilmente tutto il lavoro “sporco” con i residenti devono essere messi in condizione di partecipare direttamente alle riunioni e di influire sulle decisioni che vi vengono prese. In una RSA l’ausiliario socio-assistenziale rappresenta un ingranaggio organizzativo di vitale importanza non solo perché agisce a più stretto contatto e più a lungo con i residenti, ma anche perché rappresenta l’anello di congiunzione tra le tre aree organizzative (sanitaria, alberghiera e sociale) che determinano la qualità dei servizi erogati.

Potremmo dire che l’ausiliario è il veicolo organizzativo su cui viaggiano i servizi che raggiungono ogni giorno il residente nella suo luogo di vita.

Oltre a funzioni di assistenza diretta alla persona, quali l’aiuto nell’alzarsi dal letto, nel lavarsi, nel cambiarsi e nel vestirsi, all’ausiliario sono attribuite sia mansioni di carattere alberghiero, quali la cura dell’ambiente di vita, la distribuzione dei pasti, la gestione degli indumenti dei residenti, sia funzioni di carattere sociale, quali l’ascolto, la comunicazione, il sostegno emotivo e lo stimolo al mantenimento dell’autonomia. Per poter assolvere questi compiti l’ausiliario necessita del sostegno delle figure specialistiche presenti nel contesto organizzativo. Il rapporto tra ausiliario e specialista ha tuttavia carattere di reciprocità in quanto anche lo specialista per poter ottenere risultati soddisfacenti necessita dell’aiuto dell’ausiliario. Ad esempio, il numero di partecipanti a una seduta di terapia riabilitativa o di animazione è determinato dalla possibilità di alzarli dal letto e provvedere alle loro cure personali entro un dato orario. Oppure, l’intervento di uno psicologo su un residente in difficoltà difficilmente raggiunge risultati significativi senza la collaborazione delle persone che vivono a più stretto contatto con i residenti. Oppure ancora, un piatto di buona qualità confezionato dalla cucina non può essere apprezzato se nessuno provvede a fornire al residente l’aiuto necessario per assumere il cibo.

Se gli specialisti rappresentano per gli ausiliari una insostituibile fonte di apprendimento di conoscenze e capacità professionali, è vero anche il contrario in quanto gli ausiliari possono offrire agli specialisti una conoscenza dei residenti che è possibile acquisire soltanto vivendo a distanza ravvicinata con loro. Le informazioni fornite da questi operatori sono di importanza determinante agli effetti dell’assunzione di decisioni che riguardano il benessere dei residenti .

La leadership

Il ruolo del leader nella comunità terapeutica ha caratteristiche che lo diversificano dal leader della maggioranza dei gruppi sociali. I suoi compiti sono fondamentalmente i seguenti: creare i presupposti della cultura sociale dell’istituzione; assicurare una guida sensibile alle esigenze degli altri; preservare l’integrità dell’organizzazione incoraggiandone nel contempo la flessibilità e l’apertura al cambiamento. L’esercizio della leadership implica la capacità di leggere le dinamiche di gruppo che possono interferire con il compito dell’istituzione e di riconoscere lo stress psichico cui il personale è sottoposto nell’esercizio delle sue funzioni. In particolare egli deve imparare a interrogarsi sulle difficoltà che il personale incontra nell’esecuzione del lavoro per capire se esse nascono da problemi oggettivi oppure dal ricorso massiccio a meccanismi di difesa dall’ansia. Determinante è il ruolo del leader nella costruzione di una cultura organizzativa capace di adattarsi

alle esigenze mutevoli di residenti e operatori. La cultura organizzativa comprende le credenze, gli atteggiamenti e i modelli di comportamento comuni ai membri dell'organizzazione che sono andati consolidandosi nel corso del tempo. In una comunità terapeutica i valori base che il leader deve tutelare sono:

- 1) la riabilitazione attiva contrapposta al custodialismo e all'esclusione
- 2) la democratizzazione contrapposta a gerarchie rigide e a differenziazioni di status professionale formali
- 3) la permissività piuttosto che le limitazioni di ciò che si può dire e si può fare
- 4) la qualità delle relazioni operatori-residenti come fonte principale di benessere

Il lavoro di gruppo

Il più importante momento di lavoro di gruppo della comunità terapeutica è la riunione di comunità giornaliera (community meeting) nel corso della quale essa affronta tutti i suoi problemi. Il numero dei partecipanti varia in funzione delle dimensioni dell'istituzione. Si tratta di una sorta di momento assembleare che, nelle istituzioni più grandi, può riunire anche cento persone. Vi possono prendere parte tutti i membri del sistema organizzativo. La sua finalità è duplice: da un lato si propone di far emergere eventuali fonti di insoddisfazione e di intercettare i nodi critici nell'organizzazione dei servizi, dall'altro mettere a fuoco il clima relazionale dell'istituzione. I problemi affrontati di volta in volta possono essere i più disparati: dal comportamento disturbato o disturbante di un residente al ritardo nella distribuzione dei pasti, dalla soppressione di un'attività sociale al cambiamento di orario nell'erogazione di un servizio. Questa riunione è importantissima per mantenere aperta e attiva la rete di comunicazione. Ad essa segue una riunione ristretta di un gruppo interdisciplinare (feed-back) in cui si passa in rassegna il contenuto manifesto e latente dei processi di comunicazione messi in atto nel corso della riunione di comunità. In questo modo si ha la possibilità di verificare l'efficacia delle comunicazioni e delle relazioni comunitarie. Ciò offre al personale un'occasione unica per correggere le disfunzioni relazionali. Inoltre questa riunione dà ai responsabili di settore e agli altri membri del personale, la possibilità di verificare direttamente e tempestivamente il grado di soddisfazione dei residenti rispetto ai servizi erogati e di modificare, quando è il caso, sia l'organizzazione dei servizi sia gli stili relazionali inefficaci.

A Dingleton si tenevano settimanalmente più di 100 riunioni di gruppo, il che vuol dire che ogni giorno della settimana più di 20 gruppi erano al lavoro.

I gruppi erano divisi in:

a) Gruppi di amministrazione.

Ogni giorno si svolgeva una riunione con segretario, responsabile del corpo assistenziale, medico sovrintendente. Nello stesso momento c'è una riunione di tre quarti d'ora di un "comitato senior" che comprendeva tutto il personale con maggiore anzianità di servizio.

Nelle riunioni venivano discussi sia problemi relativi alla vita dei residenti, sia problemi amministrativi.

b) Gruppi di trattamento terapeutico.

Potevano variare in funzione delle caratteristiche dei pazienti che li componevano:

- pazienti idonei all'interazione verbale
- pazienti non idonei (lungo-degenti, anziani gravemente dipendenti)
- pazienti molto regrediti che svolgevano attività non verbali molto semplici.

Al termine di queste riunioni vi era un'ulteriore riunione di circa mezz'ora, dove il personale discuteva quanto era successo durante la riunione del gruppo terapeutico (feed back).

c) Gruppi di formazione:

Si tratta di seminari finalizzati ad offrire agli operatori il supporto psicologico necessario a individuare le loro principali fonti di ansia nell'esecuzione dei compiti di lavoro e a modificare le difese disfunzionali.

d) Gruppi di attività.

Nei limiti del possibile tutti i pazienti venivano impegnati in qualche attività quotidiana. Buona parte di queste attività erano condotte dagli animatori e la loro funzione era quella di facilitare e incrementare gli scambi relazionali tra i partecipanti.

Il problema della gerarchia e dell'autorità

Il fatto di assicurare uguali diritti al personale e ai residenti non implica in alcun modo che abbiano uguale funzione o ruolo. Non può essere così, perchè le istituzioni non sono democrazie rette da rappresentanti eletti da coloro che vi vivono e vi lavorano, ma gerarchie i cui membri sono eletti da autorità extra-istituzionali, e che hanno perciò una responsabilità indiscutibile verso queste autorità riguardo al lavoro globale della comunità. L'autorità è quindi necessaria e inevitabile. Sebbene i poteri e le responsabilità possano essere delegati, a scopi operativi, ad altri membri della comunità, non vi può mai essere, da parte della gerarchia, una rinuncia alla responsabilità. Autorità non equivale ad autoritarismo. L'autorità è necessaria in qualsiasi organizzazione. Una volta che le decisioni sono state assunte attraverso processi di natura partecipativa, cui tutti i membri possono aver contribuito indipendentemente dalla posizione occupata nella scala gerarchica, quando si procede alla loro attuazione si entra in una sfera gerarchica in cui ogni operatore sarà tenuto ad eseguire i compiti previsti dal suo ruolo.

Problemi di ruolo

Il personale in una comunità terapeutica deve rivedere le aspettative nei confronti del suo ruolo. Non vi è più una netta demarcazione fra pazienti e personale. Il personale non è un semplice erogatore di prestazioni ma un attore organizzativo che al pari di tutti gli altri attori ha la responsabilità di contribuire al benessere della comunità. Quando l'obiettivo del lavoro istituzionale non è più soltanto quello della cura, ma anche il "prendersi cura" della vita dei residenti, tra i vari ruoli professionali si assiste ad un allentamento dei confini che separano le varie discipline. Ragionando in termini di "prendersi cura" è difficile descrivere un ruolo unico per il personale di assistenza. Buona parte di ciò che fa, se non quasi tutto, è simile a ciò che fanno l'assistente sociale, lo psicologo e i medici. Questi specialisti immettono nell'istituzione le loro capacità specialistiche e una certa preparazione, ma portano anche il loro contributo come persone. Membri di una comunità terapeutica, quando si confrontano con i colleghi, scoprono di avere molte più cose in comune che non aspetti che li contraddistinguono. Questa scoperta può suscitare una grande ansia. Ad esempio, i medici, nel lungo e tortuoso cammino per conseguire la loro qualifica professionale, giungono a godere di una certa posizione sociale coi privilegi concomitanti. Da parte loro ci vuole un alto grado di maturità psichica per porsi di fronte a un collega di un'altra disciplina su un piano paritetico. Anche per i membri di tutte le altre discipline il lavoro in una comunità terapeutica esige un riesame del ruolo al quale sono stati preparati. Spesso l'addestramento non li ha preparati ai compiti cui si trovano di fronte. Fortunatamente la comunità terapeutica (e specialmente le riunioni di comunità) si presta molto bene a prolungare il processo di addestramento sul lavoro.

L'ambiente fisico

In linea ideale l'organizzazione dello spazio fisico di una comunità terapeutica dovrebbero essere costruita in collaborazione con le persone che lo userà. La struttura fisica deve essere costantemente modificata per venire incontro ai bisogni del gruppo, i cui componenti e le cui attività sono in continua evoluzione. L'ambiente fisico può porre limitazioni reali al gruppo, ma può essere anche un fattore di stimolo all'ingegnosità dei membri della comunità per renderlo più rispondente alle loro necessità. L'arredamento deve riflettere le necessità e le aspirazioni della comunità. Gli edifici devono essere abitabili e confortevoli, e, possibilmente, anche di tipo familiare. Gran parte delle comunità terapeutiche hanno reparti aperti.

La comunità esterna

La comunità terapeutica deve essere considerata parte della più vasta comunità sociale circostante. I membri del personale si devono considerare membri attivi della comunità in cui vivono.

Per non soggiacere al senso di marginalità sociale, che deriva dalla svalutazione sociale delle persone di cui si prendono cura, non resta loro che far ricorso alla creatività, cercando di costruire al di fuori dell'istituzione situazioni di

apprendimento finalizzate a ridurre la distanza psicologica che separa l'istituzione dalla comunità in cui è inserita. Questo lavoro sul terreno extra-istituzionale è di importanza fondamentale non solo agli effetti della re-inclusione sociale dei residenti nella comunità di provenienza, ma anche agli effetti di una rivalutazione sociale del proprio lavoro.

Aspetti problematici

L'organizzazione di una comunità presenta alcuni nodi problematici che è opportuno richiamare:

1. Assenza di un modello concettuale chiaro.
2. Mentre i vantaggi, in rapporto alle soddisfazioni individuali e professionali per il personale possono essere rilevanti, la mancanza di confini netti fra i vari ruoli professionali e la minaccia della perdita dell'identità professionale suscitano ansia.
3. La "responsabilità di gruppo", se non è gestita efficacemente, può venire usata in modo difensivo e trasformarsi in "mancanza di responsabilità".
4. La preoccupazione per il gruppo può contribuire a far diminuire l'attenzione al residente.
5. I problemi della programmazione delle attività e della loro valutazione sono estremamente complessi a causa della molteplicità dei fattori che devono essere tenuti in considerazione.
6. Poiché gli operatori non posseggono una formazione funzionale a una comunità terapeutica, una dei compiti principali dell'organizzazione è quella di addestrare il proprio personale.

Cambiare sguardo

La possibilità di trasformare le RSA in luoghi capaci di coniugare il benessere degli operatori con quello dei residenti passa attraverso una profonda revisione critica delle culture organizzative assunte fino ad oggi all'interno di queste istituzioni.

La ricerca di una organizzazione più adeguata implica l'esercizio di quella capacità creativa senza la quale è impossibile padroneggiare la complessità della non autosufficienza e della cronicità. Se vogliono risvegliare il desiderio di vivere in coloro che si affidano alle loro cure, gli operatori debbono prestare la massima attenzione al loro modo di comunicare, toccare, decidere e agire all'interno della comunità istituzionale (Ploton,2003). Pur dovendo prendere atto dell'inevitabile decadenza fisica dei residenti essi possono arricchirne l'esperienza quotidiana attraverso stimoli di ordine psicologico e sociale che contribuiscono a preservare quel livello di partecipazione necessaria per rendere autentica e viva un'istituzione.

Solo un modello organizzativo di natura comunitaria può contrastare la tendenza dell'istituzione ad oggettualizzare i residenti attraverso la scomposizione e la frammentazione della loro vita. Se vogliamo sostenere e stimolare il loro desiderio di vivere dobbiamo fare in modo che tutte le parti dell'istituzione presentino una forte coesione, spaziale e simbolica. La vita istituzionale deve avere un'unità, sia esterna sia interna, perché le scissioni e le contraddizioni nella vita interiore del residente possano essere sanate e le dissonanze fra lui e il mondo risolte. Ma anche in un ambiente fisico ideale con il programma di assistenza meglio pianificato non è possibile modificare l'immagine negativa che il residente ha di se stesso se le relazioni tra i membri della istituzione sono segnate da una sofferenza psichica non riconosciuta e non elaborata (Bettelheim,1988).

L'introduzione di un sistema organizzativo più funzionale alla natura del lavoro geriatrico è ostacolato dall'uso difensivo che la società tende a fare delle RSA. La società usa queste istituzioni non solo per fornire cure e assistenza a persone anziane non autosufficienti ma anche per proteggersi dalle ansie associate all'invecchiamento e alla malattia, ansie che nascondono l'angoscia di morte. Fino a quando la società non sarà in grado di riconoscere ed elaborare il disagio che proietta in queste istituzioni il cambiamento organizzativo auspicabile sarà difficilmente realizzabile. Se si vuole che il compito primario affidato alle RSA cambi è necessario promuovere progetti di educazione sociale finalizzati a far crescere nella società la consapevolezza che il disagio inevitabile associato all'invecchiamento e alla morte "non è - come ci insegna Luigi Pagliarani - necessariamente il male, ma può essere anche un bene se ci induce a scoprire nuovi valori, ad entrare in un mondo e in un modo di vita inesplorato. Il modo più efficace di affrontare la malattia, il male (compreso il male sociale) è prima di tutto imparare a con-vivere col male, invece di pretendere di farlo fuori. Di eliminarlo. Alla radice e per sempre". (Pagliarani,1985) Solo questa è la strada che dischiude la possibilità di identificarci con persone che incarnano valori antitetici rispetto a quelli dominanti nella nostra società. Incapacità che ci impedisce di soddisfare il desiderio di questi nostri concittadini ad essere riconosciuti come un oggetto di amore piuttosto che come un oggetto di cure.

"Se vogliamo cambiare questa mentalità - afferma Gianni Pellicciari - occorre aprire una prospettiva nuova: assumere la presenza dell'anziano, e di qualsiasi persona che non dà valore aggiunto, che non dà ricchezza ma che è ricchezza, come una produttività sociale da orientare. Che cosa vuol dire? Vuol dire che la persona è qui, tra noi, e che qualunque sia la rappresentazione che dà di sé, per il solo fatto di essere qui dà significato al nostro "essere qui", preoccupati, incerti sul da farsi, felici se riusciamo a interagire con essa" (Faccioli, Pellicciari,1985).

La strategia educativa che può essere messa in atto sul terreno extraistituzionale può consistere nel proporre alla società uno sguardo diverso sull'invecchiamento avanzato attraverso una riformulazione dei problemi che esso porta con sé. Per uscire dalla marginalità cui la società le condanna le istituzioni non possono continuare a considerarsi esclusivamente come un servizi destinati a fornire risposte a un problema sociale, ma devono trasformarsi in luoghi che

producono domande, che stimolano la società a riflettere sui compiti, non sempre sostenibili, che essa tende ad affidare loro (Manoukian,2000).

In pratica si tratta di rendere concettualizzabili e pensabili i problemi connessi all'invecchiamento avanzato (Belmont,1978), attraverso interventi di educazione sentimentale a vaso raggio.

La riformulazione dei problemi può essere attuata sottoponendo alla società interrogativi della seguente natura:

- La costante espansione del numero di persone non autosufficienti nella nostra società rappresenta solo una minaccia al nostro livello di benessere economico o può essere una spinta a rafforzare legami sociali fondati su valori di vicinanza e solidarietà?
- Se disponessimo delle risorse finanziarie necessarie a sostenere i costi di cure geriatriche di qualità elevata il problema potrebbe dirsi risolto?
- Dobbiamo rassegnarci a considerare l'istituzione come un deposito di corpi da custodire nel lasso di tempo che separa la morte sociale della persona non autosufficiente dalla sua morte fisica o dobbiamo condurre tutti gli sforzi necessari per renderla un luogo in cui è possibile continuare a condurre una vita dignitosa?
- Che cosa ci impedisce di pensare alla persona anziana non autosufficiente nei termini di una diversa possibilità di essere dell'umanità, di cui non possediamo ancora una conoscenza adeguata, piuttosto che nei termini di un organismo malfunzionante?
- Per quale ragione la vecchiaia è un'esperienza che sembra riguardare gli altri? Perché è così difficile riconoscersi in quel vecchio, in quella vecchia? Possiamo dire di sapere chi siamo, se ignoriamo chi saremo? Possiamo assumere la totalità della nostra condizione umana se ne rimuoviamo una sua parte, per quanto spiacevole essa possa essere? (De Beauvoir,1970)
- Nell'età della non autosufficienza l'essere umano può continuare ad essere considerato quel complesso microcosmo biologico e culturale che è stato nel corso della vita precedente oppure da quel momento in avanti il cervello con cui pensa, la mano con cui scrive, la bocca con cui parla e le sue più elementari funzioni della vita quotidiana, come mangiare, bere, defecare devono inevitabilmente essere considerate come mere espressioni bio-fisiche? (Morin,2000)

Fino a quando nella società le ansie associate alla vecchiaia saranno molto elevate essa metterà in funzione difese paranoiche che renderanno difficoltosa la riformulazione dei problemi e la conseguente soluzione. Solo nel momento in cui la società riconoscerà che ciò che le appare sotto un aspetto perturbante è in realtà qualcosa che le apparteneva e che ha allontanato ed escluso dalla sua coscienza (Freud,1919) potrà accedere a quella dimensione depressiva che apre la strada a un pensiero che conduce, attraverso una percezione più realistica del problema, alla possibilità di convivere.

C'è un enorme lavoro di alfabetizzazione emotiva da svolgere su questo terreno. Esso va intrapreso al più presto se vogliamo aiutare a conservare l'amore della vita coloro che sono giunti in prossimità della sua conclusione.

Bibliografia

Alfieri R., *Dirigere i servizi socio-sanitari*, F.Angeli, Milano, 2000

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

Belmont N., "Vecchiaia", *Enciclopedia Einaudi*, Torino, 1978

Clark D.H., *Psichiatria e terapia sociale*, Feltrinelli, Milano, 1976

Colombo M., *Empowerment nei servizi residenziali per anziani non autosufficienti*, *Animazione Sociale*, 5, 1995

Colozzi I. (a cura di), *L'ospedale fra istanze di efficienza e di umanizzazione*, F.Angeli, Milano, 1989

De Beauvoir S., *La terza età*, Einaudi, Torino, 1971

De Leonardis O., *In un diverso welfare. Sogni e incubi*, Feltrinelli, Milano, 1999

De Martis D., *Problemi concernenti i ruoli istituzionali*, in Baldoni E. (a cura di), *Geriatrics riabilitativa*, Centro di Ricerche Geriatriche e Gerontologiche, Monza, 1972

Elias N., *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna 1985

Faccioli P., Pellicciari G., *Anziani in città*, F.Angeli, Milano, 1985

Freud S., *Il perturbante* (1919), in *Opere* Vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1990

- Goffman E., *Asylums*, Einaudi, Torino, 1968
- Good B., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999
- Guaita A., *Le persone affette da demenza: da curare o da custodire?*, I luoghi della cura, 2, 2005
- Hanley I., Gilhooly M., *Terapie psicologiche per gli anziani*, Borla, Roma, 1992
- Jones M., *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*, Basic Books, New York, 1953
- Jones M., *Al di là della comunità terapeutica*, Il Saggiatore, Milano, 1974
- Jones M., *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Etas Libri, 1981
- Main T., *La comunità terapeutica ed altri saggi psicoanalitici*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1992
- Morin E., *La testa ben fatta*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000
- Novara F., *Organizzazione e leadership trasformativa*, Servizi Sociali, 3, 1992
- Obholzer A., Vega Zagier Roberts (a cura di), *L'inconscio al lavoro*, Etas Libri, Milano, 1998
- Olivetti Manoukian F. (intervista a cura di Camarlinghi R.), *L'operatore sociale leggero*, Animazione Sociale, marzo 2000
- Pagliarani L., *La co-gestione dell'ansia. Aspetti e problemi della comunità terapeutica secondo un'ottica socioanalitica*, Psicoterapia e Scienze Umane, XIII, 1969
- Pagliarani L., *Approccio socioanalitico all'istituzione ospedaliera*, in AA.VV., *Malattia e ospedalizzazione. Problemi psicologici*, Via e Pensiero, Milano, 1978
- Pagliarani L., *Il malinteso. Dalla peste di Manzoni alla peste di oggi*, Federazione Medica, XXXIX, 5, 1986
- Pagliarani L., Basili A., Burlini A., Fornara C., Giacobbi S., Pescara R., Sorrentino L., *Glossario di psicoterapia progettuale*, Guerini e Associati, Milano, 1990
- Pagliarani L. (Conversazione con Morelli U. e Weber C.), *Violenza e bellezza. Il conflitto negli individui e nella società*, Guerini e Associati, Milano, 1993
- Ploton L., *La persona anziana*, Raffaello Cortina, Milano, 2003
- Ranci Ortigosa E., *La relazione, fattore di qualità dei servizi socio-sanitari*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 8/9, 1990
- Villani D., *Hospice e RSA: un luogo per morire o un modo per vivere?*, I luoghi della cura, 2, 2003