

LE RSA: NON SE, MA COME. CRITERI ORGANIZZATIVI E METODOLOGICI

ABSTRACT

Il diffondersi della pandemia Covid-19 ha avuto un forte e doloroso impatto sul mondo dei servizi sanitari per anziani, inasprendo le critiche già ad essi rivolte. Questo momento di difficoltà può tuttavia rappresentare una spinta per riflettere sulle ragioni d'essere delle RSA, una riflessione da sostenere attraverso un solido impianto di ricerca che consenta di gestire i servizi basandosi su indicatori di appropriatezza poliedrici e multidimensionali, come ha dimostrato di essere il costruito di Qualità della Vita. In quest'ottica, l'obiettivo ultimo da perseguire deve essere quello di dotarsi di strumenti concettuali in grado di trasformare tali contesti in "istituzioni di comunità", realmente centrate sulle persone e sui benefici che esse attendono.

1. Le RSA e il COVID-19: una crisi da non sprecare

Il mondo intero, e in esso il mondo dei servizi residenziali per anziani, è stato profondamente scosso dall'evento pandemico, in Italia e nel mondo intero. Durante la preoccupante crescita della curva epidemica, le istituzioni sociosanitarie e i loro dirigenti hanno affrontato la sfida di rintracciare soluzioni di emergenza, che garantissero la continuità assistenziale e al contempo la migliore qualità di vita possibile, lottando per la salute dei loro ospiti mentre affrontavano notevoli difficoltà economiche.

Nel frattempo, sui media si sono diffuse le posizioni più intransigenti: in particolare, c'è chi attacca in modo pervasivo e totale la concezione stessa delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), spingendo in modo univoco verso la domiciliarità, ritenuta l'unica offerta in grado di rispettare la dignità della persona anziana, salvaguardandone ad un tempo la salute.

Nulla di nuovo, per altro: la critica alle istituzioni residenziali vanta una storia secolare, che l'emergenza pandemica ha solo acuito, offrendo il destro per accelerarla,

in un momento delicatissimo per la loro stessa esistenza. “Le case di riposo sono figlie bastarde delle case della carità e degli ospedali ed esprimono le peggiori caratteristiche dei due genitori. Sono l’ultima spiaggia allo stesso modo degli ospedali del XIX secolo. Lo stereotipo è quello di un luogo brutto puzzolente, popolato da persone fragili, spesso dementi”, scrivono Kane e West (2005). In una direzione simile, Ronch e Weiner sostengono che “l’ambiente delle RSA comunica quietamente e quotidianamente ai residenti che sono anziani, vecchi, malati e morenti, che il lavoro dello staff è quello di tenerli in confort, tranquilli e ben assistiti e senza recriminazioni da parte delle famiglie” (Ronch e Weiner, 2013). Ancora, un’estrema definizione di una RSA è: “Un gigantesco box per bambini, pulito e sicuro, per occupare il tempo delle persone anziane fino alla morte”.

Ma è proprio così? O meglio, è così inevitabilmente? L’ipotesi che il dispositivo stesso della RSA non sia utile alla comunità civile andrebbe messa al vaglio di un serio impianto di ricerca, volto a indagare se questa tipologia di organizzazione residenziale sia in ogni modo una soluzione deprecabile, oppure se per una particolare fascia di popolazione essa rappresenti un sostegno concreto per la più alta qualità di vita possibile.

Senza questo tipo di riflessione, supportata da dati ed evidenze empiriche, tutte le posizioni di principio, sia difensive che offensive, rischiano di essere ideologiche, unilaterali, e in fondo inutili e dannose. La politica dei servizi, infatti, deve essere costruita nel nome dell’appropriatezza, e non di sterili discussioni che traducono un presunto piano valoriale in affermazioni apodittiche e in fondo cieche.

L’ideologia, per altro, nasce sempre da una buona idea. Ma, come spesso è accaduto nella storia dell’uomo, una buona idea, estremizzata, diventa hegelianamente la “notte in cui tutte le vacche sono nere”, facendo smarrire la capacità tutta umana di discernere, distinguere, personalizzare. Ora, se un tempo (e probabilmente ancora oggi) nel nome della salute si giustificavano approcci assistenzialistici, standardizzati e segreganti, per nulla rispettosi della dignità della persona anziana, né portatori dei suoi veri interessi, d’altra parte l’insistenza sulla domiciliarità può banalizzare la complessità delle traiettorie di vita, particolarmente laddove la gravità delle menomazioni rivela acutamente bisogni ulteriori e diversi da quello domestico, pur senza negare quest’ultimo. Insomma, se c’è stata e c’è un’ideologia dell’assistenza residenziale, forse ora c’è anche un’ideologia della domiciliarità. Dall’una e dall’altra occorre sfuggire, per assumere uno sguardo sereno, privo di posizioni aprioristiche.

In uno scenario non ideologico, ma concreto e realistico, la domanda non è più se la RSA debba esistere, ma per chi debba esistere, e come. Muovendosi all’interno di queste più ampie e costruttive questioni, la questione diventa: esiste una porzione della popolazione anziana che, per varie ragioni, non è bene che viva al proprio domicilio, e per la quale invece la soluzione residenziale rappresenta un concreto e possibile miglioramento della Qualità di Vita (oltre che di quella dei loro familiari)?

Se la risposta a questa domanda dovesse essere positiva, la seconda domanda diventerebbe la seguente: a quali condizioni organizzative (e dunque *come*) la RSA è in grado di sostenere la Qualità di Vita della persona anziana? In realtà la questione del *come* è già stata ed è ampiamente affrontata. Nel cosiddetto movimento del Culture Change (Pagani et al., 2016), originatosi nel mondo statunitense delle Nursing Homes,

ma largamente diffuso anche in Italia, le RSA sono state e sono in grado di affrontare un cambiamento radicale dell'ambiente fisico, dei valori, delle norme di riferimento e della struttura organizzativa sottostante alle RSA stesse. In questo paradigma e filosofia di presa in carico, sebbene venga mantenuta l'importanza di un'adeguata cura clinico-assistenziale e riabilitativa delle condizioni patologiche, un'enfasi determinante viene posta sulla massimizzazione del benessere della persona nel suo nuovo ambiente di vita, reso quanto più possibile simile a un ambiente domestico (sia nei ritmi, sia nella struttura abitativa). Tale ambiente punta a mantenere l'identità e la dignità del ricoverato e a promuovere la collaborazione e l'interdipendenza tra residenti, familiari e operatori. Inoltre, l'approccio enfatizza la necessità di mantenere quanto più possibile il controllo da parte del residente sulla sua vita e le sue scelte.

In Italia la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia ha proposto una visione del senso e degli obiettivi della RSA, intesa come struttura del territorio destinata ad accogliere - per ricoveri temporanei o duraturi - anziani non autosufficienti, cui deve offrire:

1. una sistemazione residenziale (Residenza) con una connotazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli anziani accolti;
2. tutti gli interventi medici infermieristici e riabilitativi (Sanitaria) necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni, nonché gli interventi volti a recuperare e sostenere l'autonomia dei residenti;
3. un supporto individualizzato (Progetto di Vita) orientato alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere fisico, psicologico e spirituale; in sintesi, al raggiungimento del miglior livello di Qualità di Vita possibile, compatibilmente con le problematiche cliniche e le limitazioni funzionali.

Naturalmente la questione è: le RSA hanno realmente avuto successo in questa operazione di cambiamento culturale? Davvero per una certa coorte di popolazione anziana, presumibilmente quella connotata da limitazioni importanti dell'autosufficienza e/o gravi problematiche di solitudine e di depressione, esse hanno rappresentato la migliore soluzione possibile? Oppure questo cambiamento culturale è reso impossibile da fattori organizzativi come la dimensione, la condivisione di spazi comuni, il formalismo professionale o altro ancora?

La polemica in corso richiama l'esigenza di una risposta seria a questi interrogativi, mediante un'impianto di ricerca che consenta di governare i servizi con indicatori di appropriatezza poliedrici e multidimensionali, come ha dimostrato di essere il costrutto di Qualità della Vita.

In realtà, in questi ultimi anni il paradigma di Qualità di Vita si sta arricchendo e potenziando, andando oltre lo statuto di una semplice nozione atta a "sensibilizzare", e divenendo un costrutto misurabile, articolato in domini e dotato di concreti indicatori. Come è noto, infatti, il valore della Qualità di Vita è stato da più parti tradotto in domini ed indicatori, mentre strumenti oggettivi e soggettivi vengono utilizzati per renderlo misurabile. In tal modo, è possibile condurre ricerche sperimentali con l'obiettivo di indagare i fattori che contribuiscono più di altri ad aumentare il livello di Qualità di Vita delle persone accolte dei servizi.

È certamente estremamente complesso valutare la Qualità di Vita di una persona anziana, tanto più se affetta da disabilità multiple, funzionali e cognitive; ma è proprio per questa fascia di popolazione, vulnerabile ed esposta al rischio di perdita di individualità, che tale concetto, così come quello di benessere, dovrebbe assumere il valore di faro e di chiave di lettura per dirigere le politiche e gli interventi. Tra gli altri, Rosalyn Kane (una dei pionieri dello studio di strumenti per la misurazione della Qualità di Vita in RSA) ha definito 11 ambiti della Qualità di Vita per le persone ricoverate in tali contesti che collettivamente potrebbero fornire una sintesi: autonomia, individualità, dignità, privacy, divertimento/piacere, attività significativa, relazione, sicurezza, confort, benessere psicologico e competenza funzionale. È auspicabile dunque che, dopo la scioccante novità della pandemia, la questione del cambiamento delle politiche non sia ancorata al criterio delle pure dichiarazioni di principio, evitando di farsi ispirare soltanto dalle proprie convinzioni personali, per aprire il terreno della ricerca, antropologicamente fondata e metodologicamente sostenuta.

Certamente, infatti, la struttura organizzativa e la metodologia di lavoro di una residenza per anziani può e deve essere attraversata dall'istanza del cambiamento, lungo alcune direttrici che vanno dalla forma stessa dell'organizzazione alla metodologia del Progetto di Vita.

2. Organizzare il lavoro in RSA

Per avviare la riflessione sulla componente organizzativa nel lavoro sociosanitario è utile prendere spunto da quello che Gregory Bateson definisce "doppio legame". Esso è da intendersi come un meccanismo di comunicazione disfunzionale, persino psicopatologico, all'interno del quale due aspetti intrinseci all'atto comunicativo (contenuto e relazione) entrano in contraddizione tra loro, generando una forte ambiguità, causa di incomunicabilità, quando non di stress e di lacerazione.

Cosa c'entra questa dinamica con l'organizzazione del lavoro sociosanitario nelle residenze per anziani? A tutta prima, niente! Ma a ben riflettere, potrebbe essere utile per raffigurare la distanza, a volte considerevole, tra le dichiarazioni delle Carte dei Servizi ("in questa residenza la persona anziana e la sua Qualità di Vita sono al centro di ogni attenzione, etc. etc.") e gli aspetti organizzativi, che potrebbero invece essere sottilmente concepiti per garantire altri aspetti, di per sé legittimi, come la prevenzione dei rischi, l'efficienza assistenziale o la prevedibilità dei processi.

In questo potenziale iato tra valori e metodo si colloca la presente riflessione, alla ricerca di forme organizzative che siano in grado non solo di essere coerenti, ma anche di sostenere e facilitare risultati (*outcome*) significativi in termini di Qualità di Vita della persona anziana. Certamente non si tratta di una questione semplice: il valore della centralità persona non è, almeno in prima battuta, facilmente coniugabile con i processi organizzativi, che, per essere ben gestiti, devono essere in una certa misura standardizzati, e dunque ripetitivi e controllabili.

Dunque, se è vero che non ogni aspetto può essere ricondotto alla persona, d'altra parte non è accettabile che la persona debba in tutto e per tutto adattarsi alle esigenze organizzative. Ecco dunque una sorta di quadratura del cerchio, un rapporto dialettico mai domo, un dilemma etico prima che istituzionale: qual è la misura di

personalizzazione possibile e sostenibile, entro un quadro chiaro di vincoli procedurali? O meglio, quali forme organizzative garantiscono il massimo della personalizzazione, e, per conseguenza, risultati soddisfacenti in termini di Qualità di Vita?

3. Input, processi ed esiti: per nuove forme di valutazione

La verifica della presenza di un *nesso* tra i processi organizzativi e gli esiti centrati sulla persona dovrebbe rappresentare la sfida per tutte le organizzazioni di aiuto. Dal punto di vista della valutazione, in realtà, sembra privilegiato il focus relativo ai processi di presa in carico, mentre scarsa o nulla attenzione viene dedicata ai risultati (*outcomes*), intesi come raggiungimento del miglior livello di qualità di vita possibile per la persona, compatibilmente con la malattia e il limite. Per affrontare questa sfida, è necessario un diverso modo di definire gli standard relativi alle organizzazioni: da una verifica di processo, intesa come rispetto di requisiti (*compliance*), ad una valutazione di risultato, intesa come responsabilità e trasparenza nei confronti delle persone che ne fruiscono.

In Italia, l'impostazione dei servizi sociosanitari è regolata dalla normativa sull'accreditamento (cfr. Decreto Legislativo 502/92). Essa ha introdotto, rispetto ai già vigenti elementi minimi per esercitare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il possesso di ulteriori requisiti essenziali per assicurare un più elevato standard nella erogazione dei servizi sanitari¹. Il rischio consiste nel fatto che tutti gli standard richiesti siano definiti in relazione a processi organizzativi, senza considerazione per gli esiti.

Dal 1992 in poi, nel lungo passaggio dalla fase pionieristica a quella istituzionale, contrassegnata dall'ampia produzione di normative sull'accreditamento, il rischio di burocratizzazione è diventato sempre più palese. Nella perdurante asimmetria tra istituzioni, produttori di servizi e cittadini, la legittimazione qualitativa si traduce per lo più in correttezza procedurale, "tradizionale fondamento del potere e del prestigio delle organizzazioni e delle professioni" (Palumbo, 2001a)².

A fronte di questa deriva, molti ritengono che la Qualità non possa oramai che costituire non più di una nozione sensibilizzante, atta ad ispirare progettazione, non a consentire l'organizzazione dei servizi. In questa impostazione, si verifica una pericolosa separazione tra Qualità e organizzazione, mentre soltanto l'integrazione tra questi due concetti è in grado di stimolare una riflessione sugli esiti dei servizi, in relazione ai bisogni degli utenti (Palumbo, 2001b).

È utile a questo punto procedere ad una riorganizzazione concettuale degli elementi in campo, attraverso la suddivisione in tre categorie: *input*, *process*, *outcome*, secondo la tabella di misura della *performance* delle organizzazioni predisposta dal *Council on Quality and Leadership* (CQL) (vedi Tab. 1).

1 Nasce da questo criterio il concetto di Accredimento Istituzionale, che rappresenta il provvedimento con il quale la Regione riconosce alle strutture pubbliche o private, già autorizzate, che ne facciano richiesta e ne posseggano le caratteristiche, lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del SSN, in quanto in possesso di adeguate capacità.

2 Come afferma l'Autore, persino l'istituto della certificazione, anch'esso fortemente centrato su logiche burocratiche e di processo, rischia di rispondere più alle esigenze di competitività dell'organizzazione erogatrice che a logiche di garanzia dei diritti e di risposta ai bisogni del cittadino.

Measure	Definition	Example
Input	Resources that go into a support service	Staff Money Facilities
Process	What an organization does with the inputs	Procedures Units of Service Personal Support
Outcome	Individual Outcomes due to supports/services	Personal Functional Clinical

Tabella 1: Performance Measure (Council on Quality and Leadership, 1999)

La categoria degli *input* (risorse) racchiude tutti gli elementi che sono necessari alle organizzazioni per erogare i servizi: denaro, personale, immobili, attrezzature e così via. In Italia, la verifica del possesso delle risorse necessarie per produrre i servizi costituisce un passo indispensabile per potersi collocare all'interno del sistema, al punto da dover essere sottoposti a procedimenti di tipo autorizzativo, atti a questa peculiare tipologia di accertamento. Pertanto, qualsiasi organizzazione per poter proporsi come presidio di aiuto alla persona, deve ricevere l'*autorizzazione al funzionamento*, documento che attesta l'avvenuta verifica dei requisiti. In questo tipo di impostazione, il rischio è quello di sbilanciare l'attenzione degli organismi di controllo sulla categoria degli *input*, con possibili difficoltà nell'eseguire ulteriori verifiche tese ad accertare che cosa le organizzazioni fanno *con* e *delle* proprie risorse, e *come* e *quanto* in definitiva esse abbiano le capacità di trasformarle in risultati.

La seconda categoria, quella dei *processi*, racchiude ogni aspetto organizzativo che configura le risorse disponibili, rendendole atte alla produzione dei servizi. In questa tipologia, pertanto, possono rientrare tutti gli elementi che intessono la gestione di un'organizzazione, come ad esempio l'amministrazione, la formazione e gestione del personale, ma anche la scrittura degli oramai tradizionali documenti di processo, come organigramma e funzionigramma, procedure, protocolli, etc.

Anche per quanto riguarda i processi si è largamente diffusa tra le autorità responsabili delle politiche dei servizi un'attitudine alla verifica, in Europa largamente debitrice al contributo della norma ISO-9001 (2015); l'accertamento dei processi prende il nome di *accreditamento*, provvedimento ulteriore a quello autorizzativo, come ulteriore è la tipologia di elementi che esso sottopone a controllo. Semplificando un poco l'assetto politico-istituzionale, si può dunque affermare che l'autorizzazione verifica il possesso delle risorse (*input*), mentre l'accreditamento accerta il rispetto di requisiti di processo (*process*). Nell'uno e nell'altro caso è possibile che le autorità responsabili del controllo dedichino scarsa o nulla attenzione ai risultati, comunque vengano definiti.

La terza categoria racchiude appunto gli *outcomes*, intesi come i risultati che le organizzazioni devono perseguire, e che consistono in benefici per la persona destinataria dei servizi: a questo proposito può essere utile la distinzione operata dal CQL nell'ambito dell'*ODI - Outcomes Design Index*. Gli *outcomes* vengono suddivisi in tre tipologie di esito, che si caratterizzano per focus, tipologia e modalità di accertamento:

- Gli *esiti clinici (clinical outcomes)* si focalizzano sui sintomi di malattie o sindromi, avendo come obiettivo la riduzione dei sintomi stessi, misurabile attraverso registrazioni di tipo sanitario;
- Gli *esiti funzionali (functional outcomes)* si focalizzano sulle abilità di vita quotidiana (Activity of Daily Living), avendo come obiettivo generale l'autonomia della persona, misurabile attraverso l'utilizzo di scale o check-list;
- Gli *esiti personali (personal outcomes)* si focalizzano sui sogni e le priorità della persona, avendo come obiettivo il senso di pienezza esistenziale (la Qualità di Vita), misurabile attraverso la verifica del raggiungimento degli obiettivi personali che la persona anziana ha scelto in passato (storia di vita) e ancora oggi sceglie per il proprio tragitto di vita.

In quest'ultima tipologia di esito la persona è considerata nella sua unicità, senza poter essere compresa attraverso strumenti strutturati di valutazione. Mentre sotto il profilo degli esiti clinici la persona anziana è "paziente" destinatario di cure, e sotto il profilo degli esiti funzionali è "utente" di trattamenti già decisi, sotto il profilo personale egli è norma a se stesso, potendo esprimere le proprie priorità e desideri, che diventano il punto di riferimento per la progettazione degli interventi (vedi Tab. 2).

Outcome	Definition Focus	Result	Measure	Measurement	What We Call People	Where Services/ Supports Occur
Personal	Dreams & Priorities	Life fulfillment	Personal outcomes	Multiple samples of one	Their name	The World
Functional	Life functions	Increased capacity	Functional scales	Norms and median scores	Resident Client	Group Home Workshop Half-Way House Program Center
Clinical	Symptoms	Symptom reduction	Cure, remission	Charts, records, utilization review	Patient	Clinic

Tabella 2 - Outcome Design Index (Council on Quality and Leadership, 1999)

Questo mutamento di prospettive nella formulazione degli standard presuppone e ha come conseguenza la possibilità di mettere in atto un radicale cambiamento nelle organizzazioni, che devono relativizzare i loro processi e servizi, mettendo la persona anziana al centro del loro funzionamento, non solo nelle dichiarazioni contenute nelle

mission istituzionali, ma nelle loro forme e procedure, che devono rispondere con responsabilità alle reali e più profonde richieste della persona anziana.

Pertanto, il rinnovamento degli standard può realmente diventare la chiave per guidare la riforma delle organizzazioni. Occorre andare oltre la tradizionale tendenza a definire la qualità in termini di standardizzazione di processi organizzativi, spostando la definizione degli obiettivi dalla cornice del “requisito” all’orizzonte della responsabilità (Council on Quality and Leadership, 2005).

Gardner e collaboratori riassumono in quattro prospettive le linee portanti di questo cambiamento, per come esso debba essere guidato e sostenuto dalla definizione di standard centrati sugli *outcomes* (Gardner, Carran, Nudler 2001); secondo gli Autori, occorre dunque passare:

- dal rispetto di requisiti alla responsabilità nei confronti delle persone;
- dal focus sui servizi (trattamenti) al focus sulla domanda;
- dalla misura dei processi alla misura degli esiti;
- da check-list dettagliate e complesse, che presuppongono il semplice adempimento di requisiti (*compliance*), alla comprensione del collegamento tra processi organizzativi ed esiti personali.

Naturalmente la definizione di standard di esito è una questione molto complessa, e lo è in modo incomparabilmente superiore alla fissazione di requisiti organizzativi, al punto tale da far pensare che la decennale tradizione che descrive la qualità in termini di processo sia in parte dovuta alla difficoltà a definire, operationalizzare e valutare i risultati di un percorso di aiuto alla persona. Questa difficoltà si moltiplica in modo esponenziale se, rispetto agli esiti clinici e funzionali, in qualche modo più misurabili, viene data preminenza agli *outcomes* di tipo personale, cioè alla Qualità di Vita delle persone. Tuttavia, negli ultimi vent’anni il concetto di Qualità di Vita è stato oggetto di un’ampia letteratura, anche di taglio sperimentale, che ad oggi probabilmente consente di elaborare proposte concrete per la riforma dei sistemi di valutazione dei servizi.

4. L’organizzazione tradizionale: il PAI e il Piano di Lavoro

A fronte della debolezza della cultura di valutazione degli esiti, i sistemi professionali di presa in carico corrono il rischio di centrare la loro azione sui loro stessi servizi o “trattamenti”, piuttosto che sulla persona. Può crearsi in questo modo un circolo vizioso, all’interno del quale al “cliente-utente” è chiesto di adattarsi ai servizi e alle “terapie”, mentre viene meno il principio della centralità della persona e della sua qualità di vita.

Questo circolo vizioso può poi tradursi in “profezia che si auto adempie”, mettendo la persona in una condizione di “impotenza appresa” (Seligman, 2005), moltiplicando innaturalmente i bisogni, e di conseguenza gli interventi. Questo sistema, oltre ad essere inappropriato in termini di qualità di vita delle persone, è anche molto costoso, in quanto genera ulteriori interventi, piuttosto che promuovere autonomia.

Anche il Piano di Assistenza Individuale (PAI), che dovrebbe costituire l’antidoto alla standardizzazione, in quanto dispositivo della personalizzazione, risente di questa

impostazione: il rischio è che il progetto si traduca nel posizionare la persona dentro le pianificazioni professionali, riconducendo il PAI ad un percorso di fruizione di prestazioni fissate a monte, e per così dire “pensate a partire dai professionisti”.

Nel cosiddetto paradigma problema-soluzione (Franchini, 2017), gli operatori hanno il compito di individuare i problemi della persona (attraverso la cosiddetta valutazione multidimensionale) e di programmare gli interventi a partire dalle risorse in loro possesso. Una serie di strumenti clinici e di check-list misurano le problematiche cliniche e il deficit dell’anziano, e sulla base di queste valutazioni si pianificano gli interventi. In questo modo, il PAI costituisce una sommatoria di prestazioni tecniche, presumibilmente risolutive, in realtà fortemente standardizzate, per così dire “copia e incolla”.

A livello organizzativo si possono intravedere alcuni sintomi del fatto che una istituzione, qualunque essa sia, è dentro questo paradigma:

- il *piano di lavoro*: esso è concepito come accurata programmazione delle azioni professionali, in una sorta di neo-taylorismo. Ogni attività ha una sua interna giustificazione, intesa come possibilità di perseguire l’uno o l’altro obiettivo, in termini di obiettivi clinici e riabilitativi. Nella dinamica organizzativa il piano di lavoro tende a prevalere sul PAI, anzi, accade che il PAI si appoggia ad esso, come strumento di standardizzazione e prevedibilità degli interventi;

- le *logiche istituzionali*: l’organizzazione tende a dare un’eccessiva importanza alle procedure; ad esempio, ciò che sembra preoccupare è la temperatura del carrello prevista dal manuale HACCP, e non l’autodeterminazione e il gusto per il cibo; la procedura sull’idratazione, e non la disponibilità di bevande fresche in un frigorifero accessibile a tutti. Idratazione, alimentazione, movimentazione sono, più in generale, alcuni dei vocaboli di un linguaggio sconcertante, simbolo efficace del paradigma. Questa sorta di gergo dialettale non è imposto dalle norme, ma è stato elaborato dalla comunità scientifica, ovvero dalle scuole professionali, che generano linguaggi di settore, idonei ad accrescere il prestigio del proprio titolo.

Come già affermato, questa impostazione è confermata, o persino imposta dalle normative regionali sull’accreditamento: nelle verifiche sui progetti individuali ciò che importa è la rispondenza tra l’obiettivo funzionale e il tipo di intervento stabilito, che deve essere descritto in termini di durata, e giustificato da una professionalità adeguata a quel tipo di intervento. Nel diario, poi, deve essere puntualmente registrata l’attività, in un formalismo che trova così il suo pieno dispiegamento.

5. L’allineamento al Progetto di Vita

All’inizio del millennio la riflessione sulla Qualità di Vita (*Quality of Life*) ha finalmente generato una serie di modelli operativi, in grado di far uscire il movimento personalistico dalle strette di mere enunciazioni di principio. La Qualità di Vita della persona anziana, da semplice valore predicato, si è trasformato in costruito misurabile.

Dopo la pionieristica ricerca dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, sfociata nella pubblicazione del *World Health Organization’s Quality of Life* (WHOQOL), sono stati definiti ulteriori modelli per la misura della Qualità di Vita, tra i quali ad esempio la scala Kane a undici domini (Kane, 2013) e, in Italia, il *Quality-VIA* (Cantarella et al., 2013). Si tratta di interviste strutturate su valori, desideri, priorità e aspettative, tese a definire quelli che in precedenza sono stati definiti *personal outcomes*.

Poiché la Qualità di Vita non è standardizzabile, essa può essere valutata unicamente mediante un'intervista o un'osservazione approfondita: soltanto una conoscenza attenta e puntuale della persona permette di costruire un vero progetto individualizzato, inteso come Progetto di Vita. La valutazione multidimensionale geriatrica, integrata da un'intervista alla persona (o al suo portatore di interesse - *proxy*), in grado di approfondire la storia personale, gli interessi e le propensioni del ricoverato, sono gli strumenti migliori per la definizione del progetto legato al ricovero in RSA. Tramite questi strumenti è possibile formulare assieme al ricoverato e alla sua famiglia non semplicemente un progetto assistenziale (PAI), ma un progetto di vita che dia senso, valore e significato personale alla vita in RSA (Noelker e Harel, 2001).

In accordo con quanto affermato dalle Linee Guida della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (Guaita, 2005), il PAI diventa "Progetto di Vita" (PdV), cioè la realizzazione concreta del diritto di avere la migliore qualità di vita possibile in ogni fase dell'esistenza, anche dopo l'accoglienza in una residenza sanitaria.

Diversamente dal PAI, il PdV non è articolato in aree cliniche e funzionali, secondo la tradizionale suddivisione per figure o funzioni professionali, ma nei domini della Qualità di Vita, in modo congruente con un paradigma condiviso - per esempio, il modello a 11 domini di Kane. Così facendo, la residenza riesce nell'intento di non offrire semplicemente un posto letto per la cura della malattia, ma un luogo ove abitare, insieme ad un pacchetto di sostegni personalizzati, idonei a rendere sensata e a dare pienezza alla vita, nell'ultimo segmento del percorso esistenziale (Guaita, 2021).

6. Nuove residenze per un nuovo Welfare

La crisi pandemica, e la conseguente situazione drammatica del Welfare, pone in modo pressante la domanda di nuovi sistemi di regolazione, attraverso i quali sia possibile accertare in modo più efficace la rispondenza tra spesa pubblica e benessere del cittadino. Non è infatti per nulla assodato che la moltiplicazione di requisiti tecnici e professionali, di per sé molto costosa, abbia come esito una maggiore efficacia dei servizi alla persona.

In effetti, il concetto di Qualità risponde a questa richiesta, introducendo una possibile alternativa al modello regolativo del Welfare-State, opzione che evita il salto nell'antitesi della pura *deregulation*, da più parti invocata nella logica di puro mercato, rintracciando la via della *governance* attraverso la valutazione.

L'ottica di regolazione del Welfare-State si organizza intorno alle principali tipologie di bisogno (anziani, disabili, minori, etc.), costruendo l'offerta di servizi a partire dalle risorse disponibili. Attraverso i dispositivi normativi dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento i fornitori sono selezionati mediante la loro capacità di rispondere ad un numero molto elevato di requisiti, rispetto ai quali lo Stato ha il compito di accertare la conformità per così dire a monte, senza riguardo per gli esiti. Ne deriva un sistema di erogazione ad accesso molto restrittivo, nel quale le organizzazioni sono tutto sommato garantite, nella loro sopravvivenza, dal rapporto stretto con l'apparato pubblico, del quale costituiscono una sorta di articolazione. Il cittadino in condizione di bisogno viene guidato nel ricevere i trattamenti di cui ha bisogno, per lo più senza che egli possa esercitare il diritto alla scelta degli interventi che sente più appropriati. I limiti di questa impostazione sono noti oramai da lungo

tempo: creazione di un oligopolio nell'erogazione dell'offerta, peso delle dinamiche politiche nell'affidamento dei servizi, forte tensione verso la sopravvivenza, e debole verso il miglioramento continuo.

L'antitesi a questo tipo di regolazione consiste nella delega completa ai meccanismi del mercato, nella speranza che essi abbiano la capacità di generare al loro interno dinamiche di premialità nei confronti delle buone organizzazioni. In questa logica, occorre ridurre al minimo i requisiti di accesso alla condizione di erogatore di servizi, in modo tale da massimizzare l'offerta, creando una situazione di concorrenzialità tra fornitori. Il contrappunto tra domanda e offerta sarebbe poi in grado di rendere flessibile la configurazione concreta del sistema, all'interno del quale il cittadino avrebbe la capacità di orientarsi, selezionando autonomamente gli interventi di cui ha bisogno. Il punto debole è in realtà proprio questo: il cittadino potrebbe non possedere i parametri e i criteri di giudizio necessari per scegliere il trattamento appropriato, con il rischio che il mercato finisca per premiare i servizi di minore costo, senza riguardo alla qualità dei servizi (anzi, probabilmente con grave pregiudizio di questa).

Sintesi di queste due opzioni, la *governance* mediante la qualità può salvaguardare i vantaggi delle due soluzioni precedenti, evitandone i guasti. Infatti, la centratura sugli *standards* di esito alleggerisce di molto i vincoli di accesso al sistema, favorendo comunque una possibile dinamica di concorrenza, che tuttavia è regolata dalla valutazione di efficacia: l'erogatore, infatti, se da una parte può con facilità entrare a far parte dell'offerta di servizi, non altrettanto facilmente vi può rimanere, se non dimostrando di avere la capacità di conseguire risultati. Il cittadino conserva un'ampia possibilità di scelta, entro un ventaglio di opzioni che è mediato da una selezione, attuata sulla base di valutazioni di efficacia, potendo anche accedere ai dati e alle evidenze su cui si fondano i giudizi.

Pertanto, nella definizione degli standard, e nella conseguente attività di valutazione, occorre rintracciare strumenti concettuali che consentano di rimettere le persone, e i benefici che esse attendono, al centro della logica del valutare. In questo scenario le organizzazioni, trasformate in "istituzioni di comunità", realmente centrate sulla persona, faranno del miglioramento continuo e dell'innovazione le chiavi di volta del fare impresa, per il bene comune.

BIBLIOGRAFIA

Cantarella, A., Borella, E. e De Beni, R. (2019). *Valutare la Qualità di Vita nelle Residenze per Anziani. Guida all'uso dell'intervista standardizzata Quality_VIA*. Milano: Franco Angeli.

Council on Quality and Leadership (2005). *Personal Outcome Measurements*. Towson: Author.

Council on Quality and Leadership (1999). *Designing Quality. Responsivity for the individual*. Towson: Author.

Franchini, R. (2017). Per un nuovo Welfare: il paradigma esistenziale nei servizi alla persona. *Spiritualità e Qualità di Vita*, 3/2017, 8-19.

Garder, J. F., Carran, D. T. e Nudler, S. (2001). Measuring Quality of Life and Quality of Service Through Personal Outcome Measures: implication for public policy. *International Review of Research in Mental Retardation*, vol. 24. San Diego: Academic Press.

Guaita, A. (2005). *Linee guida della SIGG per le RSA. Società Italiana di Geriatria e Gerontologia*, 2005 Reperibile sul sito [http:// www.sigg.it/](http://www.sigg.it/)

Guaita, A. (2021). I servizi residenziali. Guardare indietro per andare avanti. In Network per la non autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° rapporto 2020-2021*. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Kane, R. L. e West J. C. (2005). *It Shouldn't Be This Way: The Failure of Long-Term Care*. Nashville: Vanderbilt University Press.

Kane, R. L., Ouslander, J. G., Abrass, I. B. e Resnick, B. (2013). *Essentials of Clinical Geriatrics* (7 ed.). New York: Mc Graw Hill.

Noelker, L. S. e Harel, Z. (2001). Humanizing long-term care: Forging a link between quality of care and quality of life. In L.S. Noelker e Z. Harel (Eds.), *Linking quality of long-term care and quality of life*, pp. 3-26. New York: Springer Publishing Company.

Pagani, M., Grillo, A., Ivaldi, C. e Franchini, R. (2016). La Residenza Sanitaria Assistenziale. *Psicogeriatrica*, 3, 69-77.

Palumbo, M. (2001a). *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*. Milano: FrancoAngeli.

Palumbo, M. (2001b). Qualità ed efficacia nei servizi, *Politiche sociali e servizi*, 1/2001.

Ronch, J. e Weiner, A. S. (2013). *Culture Change in Elder Care*. Towson: Health Professions Press.

Seligman, M. (2005). *Imparare l'ottimismo. Come cambiare la vita cambiando il pensiero*. Firenze: Giunti.