

SUPSI

RAPPORTO

“PROMOZIONE DELLA *BIENTRAITANCE* IN CASA PER ANZIANI”

Centro degli Anziani - Balerna

Manno, 10.05.2017

A cura di

Luisa Lomazzi, Professoressa SUPSI in management e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari,
Sociologa delle organizzazioni (capoprogetto)

Rita Pezzati, Professoressa SUPSI, Psicologa psicoterapeuta

Carla Sargenti, Docente-ricercatrice DEASS, Infermiera specialista clinico in gerontologia e geriatria

Elisabetta Cortesia, Docente DEASS, Infermiera specialista clinico in gerontologia e geriatria

Paola Ferrari, Ricercatrice DEASS, Infermiera specializzata in gestione e insegnamento

Ringraziamenti

Le ricercatrici ringraziano innanzitutto il comune e la direzione del Centro degli Anziani di Balerna per l'interesse e l'apertura mostrata nei confronti del progetto *bientraitance* quale occasione di rilettura e ripensamento del proprio operare.

Un particolare ringraziamento a tutti gli operatori del Centro Anziani per l'accoglienza che ci è stata riservata, la disponibilità e la partecipazione alle diverse fasi del progetto.

INDICE

1. Introduzione: dalla ricerca al progetto cantonale <i>bientraitance</i>	p. 4
2. L'approccio della <i>bientraitance</i>	p. 5
3. Introduzione ai risultati dell'osservazione	p. 6
4. Griglia di osservazione	p. 7
5. Presentazione dei principali esiti delle schede	p. 20
Bibliografia	p. 29

1. Introduzione: dalla ricerca al progetto cantonale *bientraitance*

La Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF), su indicazione dell'Ufficio anziani e cure a domicilio (UACD) e di Pro Senectute Ticino e Moesano, ha promosso e finanziato un'innovativa ricerca-azione volta a promuovere l'approccio della *bientraitance* nelle CpA ticinesi e ad acquisire, al contempo, elementi che stanno alla radice dei fenomeni di maltrattamento identificandone i relativi fattori di rischio e protezione e sensibilizzando i collaboratori alle tematiche considerate.

La ricerca, condotta dal team SUPSI CCA, si è svolta in un campione di 17 CpA ticinesi tra il 2013 e il 2015. Gli interessanti elementi emersi hanno indotto l'Ufficio anziani e cure a domicilio (UACD) e la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF) a proporre un progetto di promozione della *bientraitance*, aperto a tutte le Case per anziani su base volontaria. *Bientraitance* intesa «...come quello stato di vigilanza dinamica che associa, lo sguardo alla persona anziana, la storia di vita e il contesto personale ed istituzionale e che ne valorizza l'espressione delle sue volontà»¹ e, ancor più nel dettaglio come un «...insieme di attitudini e comportamenti positivi basati sui principi di: rispetto, ascolto, fiducia, sollecitudine, buone cure, accompagnamento e compassione, agiti verso soggetti vulnerabili, fragili e dipendenti»²

Obiettivi del progetto

- Rilevare uno spaccato di vita quotidiana in CpA, con particolare attenzione a comportamenti ed elementi di *bientraitance* e di eventuale *maltraitance* “ordinaire”;
- individuare i fattori di rischio di maltrattamento (in particolare di quella che viene chiamata *maltraitance ordinaire*³) e gli elementi di *bientraitance* presenti;
- sensibilizzare il personale e, se richiesto, le famiglie delle persone residenti nelle strutture all'approccio della *bientraitance*;
- individuare piste di miglioramento a sostegno della prevenzione dei maltrattamenti e opportune strategie di promozione e sviluppo di una cultura della *bientraitance*.

Tappe del progetto

Il progetto prevede, per ciascuna CpA che aderisce:

- un incontro conoscitivo preliminare con il team direttivo per l'acquisizione di dati e di informazioni;
- una giornata di osservazione strutturata (durante le attività della vita quotidiana –giorno e sera);
- la somministrazione di una scheda di rilevazione delle percezioni e rappresentazioni in merito al binomio maltrattamento/*bientraitance* (vignette, situazioni, domande aperte) a tutti i collaboratori presenti nel corso della giornata di osservazione;
- l'analisi della documentazione raccolta o visionata (informazioni sulla struttura, protocolli, strumenti di cura, ecc.) nel corso dell'incontro preliminare e della giornata di osservazione;
- un incontro di scambio e approfondimento sugli elementi emersi e di raccolta di ulteriori informazioni con la direzione ed i quadri istituzionali;

¹ Duportet, «Du concept de maltraitance à celui de bientraitance ».

² Péoc'h, Nadia, Bientraitance et éthique.

³ Compagnon e Ghadi, “La maltraitance ordinaire”.

La *maltraitance ordinaire* è quel tipo di maltrattamento che si insinua in modo impercettibile nei gesti di vita quotidiana di una struttura. È insidiosa perché non si manifesta attraverso gesti clamorosi e chiaramente definiti, ma attraverso «piccole» negligenze e disattenzioni quotidiane (ad esempio: fare una toilette velocemente, imboccare diverse persone alla volta, non prestare attenzione alla richiesta di vicinanza ed ascolto, ecc.).

- un incontro di restituzione dei risultati e di sensibilizzazione dei collaboratori e, se richiesto, uno rivolto ai familiari;
- la redazione di un rapporto finale.

2. L'approccio della *bientraitance*

Il termine *bientraitance*, coniato in Francia a metà degli anni '90 nel settore della prima infanzia⁴, è così onnicomprensivo e profondo da essere intraducibile ed è stato ripreso negli anni dall'insieme del contesto socio-sanitario con riferimento a tutte le condizioni di fragilità.

L'approccio della *bientraitance* si caratterizza per il cammino che le organizzazioni e i professionisti devono compiere per sviluppare una cultura comune che ponga realmente al centro il **rispetto incondizionato della persona**, rispondendo ai principi enunciati nella **Carta della *bientraitance*** e all'evoluzione legislativa in materia di tutela dei diritti umani.

CARTA DELLA BIENTRAITANCE⁵

1. **ADOPTARE** in ogni circostanza e per ogni tappa del percorso della persona anziana (beneficiario) un'attitudine professionale di ascolto.
2. **DARE** alla persona anziana e ai suoi cari informazioni accessibili, individuali e leali.
3. **GARANTIRE** alla persona anziana la possibilità di essere co-autore del suo progetto considerando libertà di scelta e di decisione.
4. **METTERE** in atto tutto ciò che rispetta l'integrità fisica e psichica, la dignità e l'integrità della persona anziana.
5. **IMPORSI** il rispetto della confidenzialità delle informazioni riguardanti la persona anziana.
6. **AGIRE** contro il dolore acuto e/o cronico, fisico e/o morale.
7. **ACCOMPAGNARE** la persona ed i suoi cari nel percorso di fin di vita.
8. **RICERCARE** costantemente il miglioramento delle prestazioni (accoglienza, alberghiere, cura, ...)
9. **GARANTIRE** una presa a carico medica e infermieristica conforme alle buone pratiche e alle evidenze scientifiche.
10. **VALUTARE** e considerare la soddisfazione della persona anziana e dei suoi cari in una dinamica di miglioramento continuo dei servizi.

La *bientraitance* dunque come dinamica che reinterroga in modo continuo le pratiche professionali e le modalità di accompagnamento delle persone anziane fragili e che esalta l'importanza della comunicazione tra tutti gli attori in gioco: la persona anziana, i curanti, l'istituzione e l'ambiente familiare e sociale di riferimento. *"... la qualità assistenziale è determinata in modo decisivo dall'abilità non solo professionale, ma anche relazionale e umana degli operatori. In questi casi si potrebbe dire che la tecnologia "sono" gli operatori e la qualità della **care** può essere garantita principalmente dalla loro capacità di prendersi cura dei pazienti, nel senso più pieno di questa espressione".*⁶

L'approccio della *bientraitance*, pienamente centrato sulle persone residenti nelle CpA e sulla loro qualità di vita, contribuisce dunque alla difficile ricerca di un punto di equilibrio tra la qualità attesa e percepita (dalle persone residenti, dalle famiglie e persone di riferimento, dagli operatori) e quella effettivamente erogata dai servizi. In questo quadro le istituzioni ed il loro *management* giocano un ruolo determinante

⁴ Rapoport, «Maltraitance, bientraitance», 6.

⁵ HAS, FORAP, «Principes de bientraitance», 6.

⁶ Ascoli e Trabucchi, *Assistenza in psicogeriatrica*, 7.

nella promozione della *bientraitance* e nella conduzione di un percorso di sensibilizzazione e accompagnamento delle *équipe* curanti.

3. Introduzione ai risultati dell'osservazione

Il seguente rapporto, dopo una breve presentazione del progetto cantonale e del concetto di *bientraitance*, espone i principali esiti emersi dall'osservazione e dall'analisi della documentazione consultata presso la CpA, mediante una griglia in cui si declinano gli elementi essenziali dell'approccio scelto, i principi valoriali enunciati dalla Carta della *bientraitance*, nonché le modalità ed i criteri con cui le ricercatrici hanno osservato il contesto.

La griglia, struttura sulla base di un "modello ideale della *bientraitance*", è composta da tre macroaree e dai relativi elementi di dettaglio:

- INFORMAZIONI GENERALI, PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO E ACCOGLIENZA
 - Presentazione della CpA: Materiale informativo e contratto di accoglienza a sostegno di una presa di decisione consapevole.
 - Processo di accoglienza come percorso di orientamento e inserimento delle persone nella nuova realtà di vita.
- VITA IN CPA
 - Conoscenza della persona e organizzazione degli interventi professionali.
 - Attenzione e considerazione dei bisogni/scelte individuali, attenzioni psicologiche e cura delle relazioni tra residenti e personale.
 - Considerazione e rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita delle persone.
 - Rispetto della dignità, dell'intimità, della confidenzialità e della tranquillità della persona nelle cure e nella vita in CpA.
 - Rispetto delle volontà e della dignità della persona nel fine vita e attenzioni nei confronti della famiglia/persone e residenti di riferimento.
 - Rispetto della libertà, della privacy e della sicurezza nella vita in CpA.
 - Continuità della vita sociale (all'esterno e all'interno della CpA) delle persone residenti e integrazione della CpA nel territorio di appartenenza.
 - Supporto all'integrazione delle persone (residenti e famiglie) nel contesto della CpA mediante una costante e adeguata cura degli scambi informativi.
- POLITICA ISTITUZIONALE E MANAGEMENT ORIENTATI ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE DELLE PERSONE (operatori, residenti e famiglie)
 - Comunicazione della struttura organizzativa e della politica istituzionale come guida all'erogazione del servizio e all'interazione tra le persone (operatori, residenti e famiglie).
 - Scelte gestionali e stile manageriale orientati alla promozione del benessere degli operatori.

Per ogni macroarea e relativi elementi di dettaglio si riportano le osservazioni delle ricercatrici. A completamento del quadro di osservazione suggeriamo un'attenta rilettura dei risultati dell'ultima rilevazione della qualità percepita dalle persone residenti e dalle famiglie, in particolare di approfondire le suggestioni emerse dalla componente qualitativa (Report 2b e 3b del 2016). Ciò permetterà un approfondimento e arricchimento di quanto rilevato durante la giornata di osservazione e consentirà di evidenziare ulteriormente gli elementi favorevoli la *bientraitance* e le zone a rischio di *maltraitance ordinaire*.

Centro degli Anziani - Balerna
Giornata di osservazione: 26 ottobre 2016

PROMOZIONE DELLA *BIENTRAITANCE* IN CASA PER ANZIANI

Principi valoriali che guidano l'osservazione in CpA:

- rispetto della persona, della sua dignità e intimità, della riservatezza e della privacy;
- rispetto dell'autodeterminazione;
- riconoscimento dell'identità della persona e del suo progetto di vita;
- rispetto della libertà e tutela della sicurezza;
- garanzia di continuità: nell'accoglienza, nell'accompagnamento, negli ambiti sociali (famiglia, relazioni con persone e ambiti significativi)

Legenda:

GRIGLIA di OSSERVAZIONE della *BIENTRAITANCE* in CASA per ANZIANI

Documentazione e sistemi	Consultazione e analisi della documentazione e dei sistemi di raccolta dati presenti in CpA in base al modello della <i>bientraittance</i>
Osservazioni ricercatrici	Elementi riscontrati dalle ricercatrici nel corso della giornata di osservazione coerenti con il modello della <i>bientraittance</i> o da migliorare nell'ottica della prevenzione della <i>maltraittance ordinaire</i> .
Documentazione e osservazione	Consultazione e analisi della documentazione ed elementi riscontrati dalle ricercatrici nel corso della giornata di osservazione coerenti con il modello della <i>bientraittance</i> o da migliorare nell'ottica della prevenzione della <i>maltraittance ordinaire</i> .
Descrizione da parte del team	Descrizione da parte del team direttivo e degli operatori del <i>modus operandi</i> della CpA
Documentazione e descrizione da parte del team	Consultazione e analisi della documentazione e dei sistemi di raccolta dati presenti in CpA in base al modello della <i>bientraittance</i> e descrizione da parte del team direttivo e degli operatori del <i>modus operandi</i> della CpA
	Evidenziazione di progetti/strumenti/risorse/soluzioni innovative con particolare valore aggiunto rispetto al modello della <i>bientraittance</i>
RESIDENTI	A completamento della griglia di osservazione si riportano, in coda al documento, i commenti delle persone residenti raccolte nel corso dell'ultima rilevazione della qualità percepita e tratti dal relativo Report 4, al fine di dare voce anche ai diretti interessati su alcuni importanti aspetti della vita in CpA.

GRIGLIA di OSSERVAZIONE della *BIENTRAITANCE* in CASA per ANZIANI

INDICATORI

OSSERVAZIONI

INFORMAZIONI GENERALI, PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO E ACCOGLIENZA**Presentazione della CpA: Materiale informativo e contratto di accoglienza a sostegno di una presa di decisione consapevole**

Materiale informativo e contratto	Il contratto di ammissione e il regolamento della casa sono chiari e completi. La brochure informativa è molto allettante ed informale, fruibile per l'anziano (tranne alcune pagine dove il colore di fondo utilizzato non consente una facile lettura). Sarebbe utile avere anche alcune fotografie della casa (camera, vari spazi interni ed esterni, servizi). Al suo interno, oltre alla descrizione dei vari servizi e delle figure responsabili dei vari settori, sono riportati i valori e la filosofia della casa in modo semplice e chiaro (anziano al centro, dignità, autodeterminazione, privacy). Il sito internet della casa, incluso in quello del Comune di Balerna e di Mendrisio, è estremamente essenziale e non consente una comunicazione mediatica atta a favorire una minima possibilità di conoscenza dell'istituto.
Divulgazione del materiale informativo	La cura, l'accessibilità e la fruibilità del materiale informativo e della relativa modalità di divulgazione e accompagnamento alla presa di decisione, risulta un fattore imprescindibile a sostegno di una scelta consapevole e, per quanto possibile, autodeterminata da parte dell'anziano. I primi incontri dovrebbero essere centrati sul vissuto della persona e sulla consapevolezza dell'istituzionalizzazione, oltre che a fornire informazioni che gli permettano una prima conoscenza della CpA. Il coinvolgimento dell'anziano è fondamentale ed è meritevole di ulteriore attenzione proprio alla luce dei valori dichiarati dalla casa, in tutto il processo di accoglienza, a partire dalla consegna del materiale informativo.

Processo di accoglienza come percorso di orientamento e inserimento delle persone nella nuova realtà di vita

Processo di accoglienza (pre-accoglienza, ingresso e inserimento dell'anziano in CpA)	Non è presente un vero processo di accoglienza e di inserimento strutturato e organizzato in funzione del singolo anziano come pure non si trova un protocollo in tal senso. Le richieste di istituzionalizzazione giungono alla direzione che in seguito le vaglia con il municipio. I primi contatti avvengono (quasi nella totalità dei casi) con i familiari e attraverso i quali vengono raccolte informazioni generali ed i motivi di richiesta di ammissione. La maggior parte degli anziani proviene da ospedali/cliniche in seguito ad eventi acuti; vengono raccolte le informazioni di ordine medico-terapeutico dalla struttura inviante. Non è possibile attualmente da parte dei curanti conoscere prima il futuro residente (nessuna visita né al domicilio né in altra struttura). Dopo il colloquio con i familiari talora il direttore si reca negli istituti invianti, per un incontro con assistente sociale e parenti. La responsabile cure e l'équipe non sono coinvolte nelle pratiche di organizzazione dell'ammissione. Occorrerebbe a nostro avviso approfondire ulteriormente, in modo condiviso in équipe, la riflessione sull'accoglienza come processo a lungo termine, focalizzandosi sul concetto di centralità dell'anziano lungo tutto il percorso e di integrazione alla vita comunitaria durante i primi mesi. La conoscenza della persona prima dell'arrivo in CpA (colloquio/i di pre-accoglienza), del vissuto relativo alla sua storia di malattia e alla decisione di istituzionalizzazione, sono aspetti fondamentali al fine di definire un accompagnamento mirato. Per l'anziano può essere un momento prezioso (per chiedere informazioni, comprendere quali cambiamenti comporterà
---	--

l'istituzionalizzazione, ecc.) e avere una prima conoscenza con una o più figure di supporto che ritroverà al suo ingresso in CpA. La conoscenza delle informazioni sul futuro residente da parte dell'équipe interdisciplinare sono fondamentali per l'individualizzazione dell'accoglienza del giorno di ammissione e per preparare l'accompagnamento nelle prime settimane e definire il supporto necessario, sia all'anziano che ai famigliari. Sarebbe inoltre utile definire procedure di accoglienza differenziate in funzione della tipologia di residenti (es. persone affette da demenza), dal luogo di provenienza (es. casa, ospedale/clinica, altra CpA), dalla presenza o meno di famigliari, ecc.

Per quanto concerne il rispetto dell'autodeterminazione all'istituzionalizzazione, spesso la CpA si trova ancora di fronte a raggiri sulla reale natura dell'ammissione (temporanea vs definitiva), ideati da famigliari e medico, togliendo al residente qualsiasi possibilità di autodeterminarsi. Queste situazioni, oltre che essere legalmente e eticamente insostenibili, pongono i curanti in una pesante posizione e sopprimono la possibilità di gettare le basi per la costruzione di una relazione di fiducia.

VITA IN CPA

Conoscenza della persona e organizzazione degli interventi professionali

Raccolta, aggiornamento e condivisione dei dati relativi ai residenti: dossier/consegne

Le cartelle infermieristiche (in costruzione quella informatizzata) contengono le principali informazioni bio-psico-sociali; alcune risultano più individualizzate, altre più standardizzate. I valori, le volontà e le aspettative del residente, come pure la biografia, non sono descritti. La conoscenza condivisa di questi aspetti è di basilare ai fini di una reale conoscenza della persona anziana nella sua unicità e permette, oltre che offrire cure individualizzate, la progettualità di vita all'interno della casa, garantendo così la continuità della propria storia, della propria identità, del proprio ruolo sociale e famigliare. Per quanto concerne nello specifico la biografia, non viene redatta in modo costante e, a nostro avviso, questo strumento meriterebbe una riflessione rispetto alla sua importanza nella definizione di una cultura geriatrica, oltre che nella progettualità di vita. L'animatrice, che è delegata alla sua redazione, ne riconosce l'importanza, ma per motivi organizzativi, non riesce a garantirne la presenza per tutti i residenti. L'unica ritrovata negli incarti, risulta essere di qualità, con informazioni individualizzate che mettevano in evidenza il percorso di vita ma anche i valori ed i vissuti della persona anziana. La condivisione dei dati in équipe interdisciplinare avviene prevalentemente attraverso scambi brevi ed informali e riguardano vari cambiamenti dello stato di salute. Il fisioterapista, quando necessario, riporta le sue osservazioni nella cartella infermieristica e nel suo diario fisioterapico, oltre che eseguire l'aggiornamento del RAI, secondo le scadenze definite. L'animatrice non utilizza documenti propri ed il passaggio d'informazioni avviene unicamente in forma orale con la responsabile cure e il personale di reparto. Per quanto concerne il lavoro in équipe interdisciplinare vedi anche le osservazioni riportate in seguito nell'indicatore sull'organizzazione degli interventi.

Le consegne alle quali abbiamo assistito sembrano essere prevalentemente di carattere operativo; anche a questo livello occorrerebbe ripensarle in un'ottica di vita istituzionale.

Offerta e organizzazione degli interventi professionali	La possibilità di mantenere il proprio medico curante, oltre che alla presenza del direttore medico, permette di garantire la continuità nella presa in carico della situazione di malattia, e di mantenere, spesso, una relazione importante e di fiducia nella cura e nell'accompagnamento. Per quanto concerne i piani di cura, redatti attraverso un documento sinottico, vengono evidenziate problematiche prevalentemente di tipo fisico ed alcune anche di ordine psicologico – affettivo (tono dell'umore). Gli obiettivi e gli interventi da attuare risultano prevalentemente standardizzati; i decorsi sono invece redatti con regolarità e riprese le problematiche principali. Emerge scarsamente l'individualizzazione, anche se qualche intervento dimostra una certa progettualità sulla quale però la casa dovrebbe lavorare per garantirne la continuità. Il servizio di fisioterapia è assicurato dalla presenza di un professionista al 50% (dalle 8.00 alle 12.00), ma durante la sua assenza (vacanza o malattia) non viene sostituito, con conseguente interruzione dell'offerta terapeutica (in questi momenti il personale infermieristico si occupa di favorire una maggiore mobilitazione dei residenti). Da segnalare come elemento di valore nella presa in carico individualizzata, gli incontri bisettimanali del fisioterapista con una residente con obiettivi unicamente relazionali e di sostegno in quanto, pare, la signora lo abbia identificato come figura di supporto e di fiducia all'interno della casa. Per quanto concerne l'offerta di animazione, la responsabile del settore, molto impegnata e implicata nell'offerta, è consapevole che esistano ancora spazi e ambiti di miglioramento, a partire dalla progettualità della vita della quale riconosce l'importanza. Per il momento, è predisposto un incontro con il nuovo residente che permette di definire le attività alle quali desidera partecipare in funzione dell'offerta creata/disponibile, ma non vi è ancora la possibilità di sviluppo di progetti di vita condivisi anche con l'intera équipe. Entrambe le figure professionali, fisioterapista e animatrice, riconoscono il bisogno di lavorare in modo più interattivo con il gruppo infermieristico. Nonostante siano presenti alcuni iniziali tentativi di cooperazione/collaborazione, il lavoro interdisciplinare non è una modalità abituale nella CpA. Momenti di incontro regolari, dedicati al confronto e alla riflessione tra professionisti, come pure dei momenti di analisi di casi clinici complessi sarebbero da attivare rapidamente. Questa prassi permetterebbe di gettare le basi per costruire una reale cultura geriatrica condivisa e nel contempo, agire sull'importante unione dell'intero gruppo. Lo specialista clinico che già funge da referente per il gruppo per la presa in carico degli anziani e delle loro specifiche problematiche potrebbe costituire assieme alla capo cure, una risorsa importante, a questo proposito.
Attenzione e considerazione dei bisogni/scelte individuali, attenzioni psicologiche e cura delle relazioni tra residenti e personale	
Attenzione ai bisogni specifici	L'osservazione diretta durante l'accompagnamento nelle attività di vita quotidiana, ha messo in evidenza la tendenza all'individualizzazione, rispondendo alle necessità di vita e di cura del singolo anziano, e dimostrandone una buona conoscenza (che come detto non emerge però dai documenti di cura). Per i bisogni specifici l'attenzione è più o meno marcata in funzione del singolo curante e/o della singola situazione o aspetto. Sembra esserci una certa sensibilità da parte di tutti i curanti osservati per quanto concerne il dolore fisico e la sua presa in carico durante le cure (es. somministrazione di Morfina s/c prima dell'esecuzione della toilette, applicazione del cerotto Flector, ...) e vengono utilizzati strumenti interni specifici utili alla sua valutazione. Nel

	decorso si ritrovano informazioni in merito in modo costante e regolare. Attenzione è stata data negli ultimi anni alla prevenzione e alla cura delle lesioni, con la definizione di un protocollo creato in seguito al progetto di miglioramento dello specialista clinico. In effetti è presente una costante osservazione mirata alla situazione cutanea e vi è pure un buon riscontro nelle informazioni e nelle valutazioni dei decorsi. Meno attenzione si è invece notata per le problematiche di ordine affettivo-psicologico e cognitivo (ansia, preoccupazione, agitazione, ecc.), che vengono sì rilevate ma che richiederebbero valutazioni maggiormente approfondite e precise ed interventi di accompagnamento e supporto individualizzati e chiaramente definiti (non farmacologici come si è visto fare). Ci preme inoltre riflettere rispetto alla situazione di una residente particolarmente compromessa e con capacità di comunicazione verbale ridotte ma con ancora buone risorse cognitive con grave inappetenza e che viene costantemente accompagnata a tavola. A nostro avviso la situazione necessiterebbe di una riflessione più approfondita e di obiettivi ben definiti (solo nutrizione o piacere a riassaporare alcuni gusti?) e concordati con la signora: a che momento del decorso è? Quale è l'obiettivo di presa in carico? Ha ancora senso accompagnarla a tavola quando manifesta esplicitamente insofferenza davanti ad un piatto? Quali sono i suoi cibi preferiti in questo momento? ... In tal senso, la signora ha espresso con una delle ricercatrici, il desiderio di riassaggiare il gusto di una cotoletta di vitello impanata, desiderio che se possibile esaudire, favorirebbe l'instaurarsi di un approccio maggiormente empatico offrendo un momento, anche fugace, di piacere alla persona. Un altro importante tema riguarda la presa in carico e l'accompagnamento delle persone affette da disturbi cognitivi/demenze, che sono contraddistinte da problematiche e bisogni specifici, e che richiedono una peculiarità sia nell'approccio relazionale e comunicativo, che terapeutico. A questo proposito, anche i quadri durante l'incontro, riconoscono il bisogno di lavorare sullo sviluppo di competenze specifiche. È in progetto per il futuro la creazione di uno spazio ("reparto") protetto per questi residenti. Attualmente, per rispondere almeno in parte all'esigenza, il personale viene inviato, a rotazione, in stage di una settimana nel reparto Alzheimer della CpA di Morbio, e sono state fatte alcune formazioni con il geriatra.
Stile comunicativo e relazionale	Lo stile comunicativo e relazionale è risultato, in generale, adeguato alle capacità del singolo residente; il personale informa in modo perlopiù costante e vi è ascolto, aspetto fondante una buona relazione. Nonostante ciò, l'osservazione ha evidenziato luci e ombre sia a livello di comunicazione verbale (parole, tono, linguaggio utilizzato) che nell'approccio nel suo insieme, con difformità tra i singoli operatori; capita, inoltre, che operatori utilizzino stili comunicativi adeguati, ma poi "scivolino" in terminologie inappropriate. Alcuni esempi in seguito riportati permettono di comprendere meglio quanto rilevato. In una prima situazione di buona relazione e dove l'anziano è situato "al centro", la curante ha dimostrato individualizzazione, coinvolgimento (informa costantemente, chiede informazioni alla signora sulla visita dentistica del giorno prima, le affida piccole attività di cura della stanza), verifica costante dei desideri e rispetto (chiede il permesso per portare via i vestiti da lavare). Il secondo esempio, invece, mette in evidenza uno stile comunicativo non sempre adeguato alla persona e che non favorisce né il coinvolgimento del residente nelle decisioni che lo riguardano, né l'autodeterminazione: un residente appena istituzionalizzato, seduto all'esterno della casa dopo il pranzo, è desideroso di fumare una sigaretta che chiede alla curante. Quest'ultima nega la sigaretta, argomentando come

segue: *“Stamattina ne hai già fumate due, lo sai che è stato concordato un massimo di 5 sigarette al giorno. Se te ne do una adesso, fino a questa sera te ne rimangono solo altre due.”*. Il signore, borbottando, risponde: *“Ah, a 90 anni non dovrò mica farmi comandare, chi ha deciso questa cosa?”*, risposta *“L’ha decisa il medico con la figlia, aspetta che la chiamiamo così puoi parlare con lei”*; signore *“Allora vado a comprarmele da solo in paese!”*; la curante *“Non puoi andare da solo a prenderle: ce li hai i soldi? E non puoi da solo perché stamattina hai rischiato di cadere diverse volte.... (me lo ha detto il mio collega)”*. Al di là della decisione medica, in accordo con la figlia, sulla limitazione del numero di sigarette, senza dubbio in favore della salute, e del fatto che non conosciamo la situazione del signore, la modalità comunicativa utilizzata nella gestione del momento dimostra scarso coinvolgimento e scarsa garanzia di autodeterminazione nella decisione, oltre che essere, a nostra opinione, non rispettosa della dignità e della libertà sottolineando la dipendenza fisica ed economica, per evitare che andasse in paese da solo. Inoltre l’atteggiamento a tratti autoritario, infantilizzante e irrispettoso (utilizzo del “tu”). Sorprende anche la delega di responsabilità alla figlia e al medico per la decisione presa, *“... chiamiamo la figlia ...”*. Questo esempio dimostra che la persona anziana, in questa delicata situazione di istituzionalizzazione che corrisponde ad una delle maggiori crisi esistenziali, non è stata né accolta, né considerata.

In un’altra situazione, durante le cure del mattino ad una signora dipendente fisicamente, i due curanti presenti dimostrano nell’insieme un approccio sensibile, una buona vicinanza emotiva e confidenzialità, buona conoscenza della persona e dei suoi bisogni, un buon coinvolgimento sia durante le cure, sia in dialoghi più informali (notizia della chiusura dell’ufficio postale di Balerna). In alcuni momenti però, la terminologia utilizzata non è conforme (una volta la curante la chiama *“Robertotta”* -nome di fantasia, a volte le viene dato del lei a volte del tu) e alcuni commenti appaiono poco adeguati (*“L’altra volta ero afona perché dovevo parlare con lei e mi si è abbassata la voce!”*, la signora è ipoacusica). In seguito, inoltre, i due curanti hanno dimostrato scarso ascolto (la signora cerca di dire qualcosa durante la toilette, un curante si rivolge all’altro chiedendo *“Cosa ha detto?”*, risposta *“Ho capito parzialmente”*, in seguito nessuno verifica presso la signora, continuando a parlare d’altro! Infine, una curante riferendosi ad alcune residenti, dà indicazioni al collega con una terminologia spersonalizzante e non rispettosa: *“lei mettila qua, lei la metto là!”*, *“porta giù la 104, la 108 mettila là”*. Sottolineiamo inoltre che la forma confidenziale “tu” è utilizzata in modo abbastanza corrente da parte di tutti i collaboratori presenti durante la giornata di osservazione. Infine, andrebbero vigilati anche gli atteggiamenti “spiritosi” e che infantilizzano; all’entrata in una camera un curante dice: *“Buongiorno capo! Come stai?”*, alla risposta *“Male”* viene controbattuto *“Ma il tuo male vuol dire bene! Ma io ho capito che quando mi dirai che va bene inizierò a preoccuparmi! Sveglia sei sveglia, dai su, una volta alla settimana ti facciamo la doccia”*. In funzione di quanto sopra riportato, riteniamo quindi, che sia necessario riprendere la sensibilizzazione inerente la comunicazione e la relazione al fine di favorire lo sviluppo delle competenze necessarie al personale, coerentemente con i valori della casa, della filosofia di cura e di una cultura gerontologica e geriatria condivisa e chiaramente definita. A volte è necessario aiutare i collaboratori nella costruzione di relazioni con i residenti, individualizzate e di valore, rendendoli consapevoli che una buona relazione non è legata unicamente alla

	possibilità di avere spazi dedicati alla relazione. In effetti, una curante riferisce che <i>“il lavoro svolto dai numerosi volontari è molto importante in quanto hanno la possibilità di momenti privilegiati solo per la relazione, mentre per noi curanti è molto più difficile perché non abbiamo mai tempo solo per parlare con loro.”</i> Purtroppo, durante tutto il periodo osservato, circa 30 minuti di attività di cura diretta, la curante non ha approfittato per parlare con i residenti, se non per le domande di rito e per alcune informazioni. Molti sono stati i momenti di silenzio anche mentre non stava svolgendo compiti specifici.
Autodeterminazione	L'autodeterminazione è un diritto fondamentale della persona che ne riconosce l'unicità e l'identità, e che va promossa e garantita costantemente sin dai primi momenti conoscitivi dell'anziano. Rappresenta quindi un fattore imprescindibile nella decisione di istituzionalizzazione, come pure in tutte le scelte, siano esse relative alla cura e/o alla quotidianità di vita. Nelle situazioni in cui l'anziano non concorda con la decisione di istituzionalizzazione, l'istituto deve implicarsi per favorire il dialogo tra la famiglia e la persona, per mediare una possibile soluzione legalmente e eticamente sostenibile. Anche se per la casa, l'autodeterminazione rientra tra i valori chiaramente esplicitati, nella pratica e verso il residente, questo valore deve essere maggiormente rivendicato e difeso (vedi criterio accoglienza). Nella quotidianità della vita, abbiamo ritrovato attenzioni e sensibilità variabili all'autodeterminazione a seconda del curante e del momento della giornata (più curanti non hanno, ad esempio, coinvolto l'anziano nella scelta dell'abbigliamento da indossare), ma nell'insieme si è notata una discreta tendenza alla rivalutazione dei desideri delle persone residenti, anche se vi sono ulteriori ambiti di miglioramento.
Considerazione e rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita delle persone	
Ritmi di vita, abitudini delle persone e orari di vita (sveglia, alzata, pasti, riposo pomeridiano, messa a letto)	Nell'insieme si è osservato un buon rispetto dei ritmi e delle abitudini delle persone. L'approccio, benché prevalentemente centrato sulle cure di base, è complessivamente corretto e si percepisce la volontà di rispondere al meglio ai bisogni; per l'igiene, differenziando gli orari di risveglio e le modalità di riposo del pomeriggio. Per quanto concerne i pasti, la maggior parte dei residenti mangia nella sala comune al PT con possibilità comunque di consumare il pasto in camera, se desiderato o quando la situazione è complessa. Nella sala comune abbiamo notato, a colazione e a pranzo, un ambiente silenzioso e poco gioviale. Sarebbe opportuno curare maggiormente la convivialità, conferendo a questo momento un senso di socializzazione e convivenza oltre che di alimentazione. Il locale si presenta semplice, ma con vari quadri e belle fotografie in bianco e nero che rievocano il passato; sono presenti, ma solo su alcuni tavoli, dei centrotavola decorativi. L'orario per la colazione si prolunga fino alle 10.00, ed il pranzo e la cena vengono servite in due turni: alle 11.00 e alle 17.00 per le persone più compromesse e/o che necessitano di aiuto e alle 12.00 e alle 18.00 per tutti gli altri residenti. L'offerta di pasti, ben presentati anche per i menù passati, con possibilità sempre presente di un'alternativa, sia per i cibi salati che dolci, sono garantiti dal nuovo chef di cucina che è presente in sala comune per la distribuzione. Da parte del personale la tendenza a chiedere la volontà della persona rispetto alla possibilità di scelta del piatto sembra esserci solo per le persone più integre. Una signora con problematiche psichiatriche, molto ben compensata in quel momento, consuma comunque il pasto delle 11.00 da sola al tavolo, segnala che non le piacciono gli spinaci

	ma le viene risposto <i>“Le fanno bene!”</i>, la signora mangia velocemente tutto il resto ma lascia gli spinaci e nessuno le propone un’alternativa. Abbiamo notato che alcune persone inappetenti avevano terminato la colazione verso le 9.30-9.45 e alle 11.00 veniva loro già proposto pranzo! Nel caso un residente si alzi tardi per sua abitudine o volontà, è stato riferito che offrono una colazione più leggera, al fine di pranzare all’orario previsto. È presente un forno a microonde ma non sembra essere utilizzato per riscaldare il piatto e permettere a questi residenti di assumere tutta la colazione e il pranzo. Questa prassi meriterebbe di essere rivista, a favore di un’alimentazione completa, indipendentemente dall’orario di risveglio del residente. Per la cena, alle 16.55, una decina di persone sono già accomodate a tavola! Una riflessione dovrebbe essere fatta a questo proposito, considerando il lungo lasso di tempo tra cena e colazione. L’aiuto al pasto per le persone bisognose ha mostrato una grande variabilità nelle attenzioni e nelle attitudini dei curanti, alcuni molto vicini e attenti, altri inadeguati e irrispettosi: imboccare <i>“al contrario”</i>, non guardando la residente e tamburellando, con l’altra mano, durante tutto il pasto, lasciare al tavolo per ben 2 ore una signora molto depressa che rifiutava il cibo proposto, incalzandola costantemente (da parte di diversi operatori) e il caso della signora citata negli esempi con grave inappetenza. Questi esempi dimostrano che non vi siano progetti condivisi e concordati e costantemente rivalutati. Per ciò che concerne la serata abbiamo constatato che alle 19.00-19.30 tutti i residenti sono a letto o in camera.
Rispetto della dignità, dell’intimità, della confidenzialità e della tranquillità della persona nelle cure e nella vita in CpA	
Rispetto della dignità e intimità delle persone nella vita in CpA	Sicuramente di valore la sola presenza di camere singole a favore della costruzione di un ambiente di vita proprio, della propria nuova casa, e di garanzia del rispetto della propria intimità. In generale, durante le cure e l’igiene del mattino, la privacy è stata garantita prestando attenzione al pudore e coprendo una parte del corpo; inoltre la buona presa a carico di utenti particolarmente compromessi e complessi viene assicurata dalla co-presenza di due operatori (che, come segnalato precedentemente per una situazione, dovrebbero però porre maggior attenzione alla comunicazione/interazione con l’anziano). Come descritto nei capitoli <i>“comunicazione e relazione”</i>, <i>“autodeterminazione”</i>, <i>“ritmi di vita”</i> è importante porre grande attenzione, a maggiore ragione con i residenti più compromessi, sia a livello fisico che cognitivo, allo stile comunicativo ed al linguaggio/terminologia utilizzata, alla progettazione di cure individualizzate, alla condivisione e alla continuità a garanzia del rispetto della dignità della persona. I passaggi di informazioni operativi, durante le cure del mattino, sono avvenuti in modo discreto e in luoghi adeguati.
Rispetto della tranquillità delle persone nella vita in CpA	Buona la propensione a tutelare la tranquillità delle persone mediante il controllo dei rumori, tanto di giorno, quanto durante i momenti di maggiore attività, che di sera. L’ambiente nella saletta all’entrata appare molto gioviale, si ritrovano residenti e famigliari e qualche curante per rispondere ai bisogni. Non vi sono spazi diversificati dove poter stare da soli o in piccolo gruppo. L’ambiente durante le cure dirette del mattino, è tranquillo.
Rispetto delle volontà e della dignità della persona nel fine vita e attenzioni nei confronti della famiglia e persone/residenti di riferimento	
Fine vita	Al momento non vi è un processo di accompagnamento al fine vita strutturato e condiviso ma vi è il progetto di chinarsi istituzionalmente sul tema. La responsabile cure ha da poco terminato la formazione di Cure palliative e prospetta la definizione di

	un protocollo che sarà importante costruire in gruppo! Rispetto a quanto raccolto, sembra esserci attenzione al coinvolgimento e al supporto al familiare (possibilità di rimanere 24 ore, pasti, poltrona per il riposo, richiesta di liberare la stanza solo dopo il funerale, ecc.) come pure la collaborazione con il medico curante o con Hospice. Non siamo in grado di esprimerci ulteriormente in merito alla promozione del benessere (aspetti fisici, psicologici-relazionali, sociali, spirituali, ambientali, ...) nel fine vita, ma il ricorso alla formazione della responsabile cure per la palliazione fa ben sperare in tal senso. Ci sono certamente ulteriori spazi di progettualità, anche per quanto concerne i diversi livelli di partecipazione a questa fase della vita di altre persone residenti (amici, di tavolo, di attività, ...) e la comunicazione, condivisione (funzioni, cimitero) ed elaborazione del lutto. Attualmente l'animatrice si occupa dell'informazione del decesso ai residenti più integri cognitivamente.
Rispetto della libertà, della privacy e della sicurezza nella vita in CpA	
Libertà come valore promosso dalla CpA	Nei valori della casa, né nella filosofia di cura si fa riferimento alla libertà, ma si evidenzia l'importanza del rispetto del diritto di autodeterminazione della persona anziana. Alcuni elementi dimostrano però una certa sensibilità, sulla quale si potrebbe ancora lavorare, quali: la libertà di uscire dalla casa previo avviso al personale, la possibilità di possedere la chiave della stanza e della propria bucalettere (anche l'armadio ha la sua chiave che però sembra poter aprire tutti gli armadi di tutte le stanze...), come anche la presenza di ausili per la sorveglianza a distanza delle persone affette da disturbi cognitivi, oppure l'ampia accessibilità per i familiari e visitatori. Al contrario, alcune indicazioni del regolamento della casa appaiono più limitanti, ad esempio si sconsiglia al residente l'utilizzo di abiti delicati, la presenza di oggetti di valore o, ancora, la richiesta di depositare il denaro nella cassaforte dell'amministrazione. La presenza di un cassetto di sicurezza permetterebbe la gestione autonoma, per chi lo desidera e ne è ancora capace, dei propri documenti e oggetti, che possono avere, oltre che un valore finanziario, un importante valore affettivo.
Libertà di movimento, tutela della sicurezza e della privacy	Nell'insieme vi è una certa propensione dei curanti alla tutela della privacy (bussare, rispettare gli incontri privati). Per quanto concerne la sicurezza e la libertà di movimento, a livello ambientale si è attenti a non creare ostacoli (es. carrelli nei corridoi) ma occorrerebbe più precauzione nel lavaggio dei pavimenti nei corridoi (segnalazione del suolo bagnato, lasciando uno spazio asciutto per consentire il passaggio in sicurezza). Lo spazio conviviale all'entrata appare, in funzione del numero di residenti presenti, in alcuni momenti della giornata affollato e limitato per muoversi in sicurezza (varie carrozzine e persone con il deambulatore, che passando si incastravano nei piedi di altri residenti), necessitando di una attenta sorveglianza ed intervento da parte del personale. La contenzione sembra essere utilizzata in modo attento e diversificato (giorno/notte, mezzì), decisa in accordo con il residente e familiare e rivalutata regolarmente. In due casi le misure contenitive ci hanno rese perplesse; il caso di una persona completamente immobile con comunque le spondine al letto e quello di un signore affetto da demenza seduto su una carrozzina ancorata, attraverso una cintura contenitiva, al calorifero della sala comune al piano terra. La presenza di braccialetti antifuga permettono invece una maggiore libertà ai residenti con disturbi cognitivi.
Continuità della vita sociale (all'esterno e all'interno della CpA) e integrazione della CpA nel territorio di appartenenza	
Progettazione, comunicazione e gestione	L'offerta di animazione è garantita da una animatrice, presente al 70%, aiutata sporadicamente da una persona ad ore, da un folto gruppo di volontari, da allievi e persone che svolgono servizio civile. Le attività sono diversificate e vengono progettate

della vita socio-culturale e ricreativa della casa	considerando le proposte che si raccolgono in modo informale dai residenti stessi (al mattino di regola la ginnastica di gruppo con il fisioterapista e “l’allena-mente” alle 10.00, mentre al pomeriggio attività prevalentemente in gruppo di vario tipo, dai compleanni, alla musica, dalla tombola al Vernissage, ecc.). Durante il momento di animazione in gruppo, al quale abbiamo potuto partecipare, abbiamo osservato una buona capacità di relazione individualizzata, dar spazio a tutti i residenti presenti (coinvolte numerose persone con livelli differenti di dipendenza) e utilizzare la rievocazione di eventi del passato legati al territorio e allo stile di vita di allora, per coinvolgere e valorizzare la persona e la sua storia. Come già detto nell’indicatore “Organizzazione degli interventi”, non vi è una vera e propria definizione di progetti personalizzati o di vita nella casa, né una reale differenziazione dell’offerta in funzione di gruppi omogenei. L’attenzione ai bisogni dei residenti maggiormente compromessi cognitivamente è, a nostro avviso, migliorabile perché, nonostante la costante attenzione durante la giornata all’idratazione degli anziani, non vi sono momenti ricreativi/occupazionali mirati. Sarebbe necessario pensare a spazi dedicati, a proposte specifiche e/o integrarli in alcune attività già previste ma adattate in funzione della situazione.
Valorizzazione della vita sociale in CpA a livello strutturale	La sala con il suo camino all’entrata, piccola ma accogliente, è utilizzata da molti residenti nel corso di tutta la giornata; in alcuni momenti l’ambiente è più gioviale con interazioni tra i residenti, in altri appare più inanimato (soprattutto nella prima parte del mattino, dove abbiamo osservato residenti soli e con poche interazioni, alcuni si guardavano attorno, altri dormivano). Ampio invece il locale a disposizione per l’animazione che permette di creare un ambiente accogliente sia per gruppi grandi, sia per quelli piccoli. Lo spazio/vano presente lungo il corridoio dei due piani delle stanze, potrebbe essere maggiormente curato e predisposto per accogliere, in modo più comodo, residenti che desiderano godere di uno spazio meno affollato durante la giornata, per stare da soli, o in compagnia dei propri famigliari, o per i residenti più compromessi.
Continuità dei rapporti sociali, amicali, familiari dei residenti con l'esterno e integrazione della CpA nel territorio	La localizzazione della struttura al centro del paese e il bar aperto alla popolazione e frequentato regolarmente, sono aspetti che favoriscono l’integrazione della casa nel territorio. Diverse sono le attività mirate a questo scopo; la giornata con gli allievi della scuola elementare, i biglietti di Natale con i ragazzi che si preparano alla Cresima, le persone esterne che vengono invitate per momenti particolari (gruppi musicali, filatrice, merlettaia, ecc.). Interessante l’attività delle “Botteghe del paese” (cartelloni preparati e affissi nei vari luoghi del paese con la collaborazione dei residenti, a ricordare quale attività in passato veniva esercitata in quel posto, da chi, ecc.), che ha permesso di dare continuità e valore alla storia delle persone nel proprio paese. Durante i mesi estivi, viene inoltre organizzata per i residenti una settimana di vacanza. I famigliari hanno la possibilità di partecipare ad alcune attività e feste, prassi che permette di favorire il mantenimento delle relazioni con l’anziano e il loro coinvolgimento nella vita della casa. Riteniamo inoltre, un bel gesto, mettere a loro disposizione il veicolo della casa per uscite in occasioni particolari (previa piccola formazione inerente i sistemi di ancoraggio per le carrozzine).
Supporto all'integrazione delle persone (residenti e famiglie) nel contesto della CpA tramite un costante e adeguato scambio informativo	

Gestione dei flussi informativi inerenti la vita in CpA con residenti e famiglie	La comunicazione personalizzata con le persone che vivono in CpA e con le loro famiglie è un aspetto che necessita di costante cura, continuità, sensibilità e capacità di adattamento all'evoluzione delle situazioni (livello fisico, cognitivo, sensoriale, sociale, ecc.) per favorire l'integrazione e la partecipazione alla vita nella casa nel tempo. In questo ambito, le varie informazioni proposte attraverso il video nella sala all'entrata (animazione, menù, figure responsabili,...) è sicuramente un buon mezzo, utile per i residenti più indipendenti e per i famigliari. La frequenza del cambio immagine, però, potrebbe essere ridotta per consentire alle persone di soffermarsi e leggere con maggior tranquillità. Utile e ben fruibile dai residenti la lavagna vicino al camino che riporta il programma delle attività di animazione; pensabili ulteriori spazi e forme comunicative (es. copie dei menù e del programma di animazione sui piani o in camera, oppure tabellone con menù all'entrata della sala pranzo, ecc.). Originale ed utile il cartellone a cubi girevoli affisso fuori dall'ufficio infermieristico, dove viene presentata l'équipe in turno durante la giornata (fotografia e nome di ogni curante). Infine, l'osservazione di un momento d'incontro con le famigliari di un nuovo residente ha mostrato un atteggiamento disponibile e empatico, ma che poteva essere ulteriormente curato al fine di instaurare un clima di accoglienza e favorire il dialogo e la conoscenza, invitando le figlie in ufficio durante la conversazione (erano fuori dalla porta in piedi e in ufficio non vi era nessuno). Utile ai fini dell'accoglienza il progetto inerente la creazione di uno spazio di ricezione all'entrata della casa. Il direttore invia in modo puntuale una lettera informativa ai familiari inerente i vari cambiamenti/novità della CpA e allestita una bacheca "la vita della casa" con le informazioni in merito al turn over del personale.
--	--

POLITICA ISTITUZIONALE E MANAGEMENT ORIENTATI ALLA PROMOZIONE DEL BENESSERE DELLE PERSONE (operatori, residenti e famiglie)

Comunicazione della struttura organizzativa e della politica istituzionale come guida all'erogazione del servizio e all'interazione tra le persone

Mission, valori e contesto organizzativo	La Mission ed i valori del Centro degli Anziani sono definiti e ritrovabili unicamente sull'opuscolo "con voi e per voi". Tale strumento, che come già detto riteniamo sia molto adatto per l'anziano e i suoi familiari, risulta però meno indicato per i professionisti ai quali occorrerebbe una formulazione più mirata, strutturata e chiara dei valori e della Mission che la casa vuole perseguire (filosofia della casa, delle cure, dell'animazione, ecc.). Sarà inoltre importante lavorare ulteriormente, ed in modo maggiormente strutturato e condiviso, allo sviluppo della cultura gerontologica/geriatrica che permetta realmente e a pieno all'anziano di vivere nella sua nuova casa in piena libertà, autodeterminazione e al centro dell'attenzione di tutti, indipendentemente dal suo stato di salute e delle sue specificità. A tal fine, alcuni aspetti meritano prioritaria attenzione e riguardano: - La coesione di gruppo ed il lavoro interdisciplinare che vanno costruiti e consolidati, coinvolgendo tutte le figure professionali presenti ed i servizi (di cura, animazione, alberghiero, amministrativo) e laddove possibile e anche i residenti e i loro famigliari; - la riflessione in merito al ruolo e alla funzione delle specifiche figure professionali e, in particolar modo, a quello dello specialista clinico presente nella casa (che non compare nell'organigramma). La valorizzazione del suo ruolo è importante
--	--

	ai fini della promozione della cultura geriatrica, della riflessione attorno ai casi clinici e della riflessione clinica. Il ruolo della responsabile delle cure potrebbe essere ulteriormente valorizzato per divenire sempre più una figura di riferimento per i residenti e i loro famigliari, ma anche e soprattutto punto nodale per la coordinazione, la continuità e il sostegno all' équipe curante.
Distribuzione delle risorse umane sulle 24 ore e sulla settimana	La distribuzione degli operatori nell'arco delle 24 ore (es. differenziazione dell'inizio del turno del mattino) sembra offrire, attraverso il forte impiego degli stagisti e degli allievi, una risposta diversificata ai diversi ritmi, abitudini ed esigenze dei residenti, e permette di garantire maggiormente la presenza degli operatori nelle fasce orarie di maggiore attività e nei giorni infrasettimanali. La scelta di turni di lavoro di 10 ore (e che danno quindi diritto a un maggior numero di congedi mensili), il ricorso ad un certo numero di personale interinale in sostituzione di personale da lungo tempo in malattia, non favoriscono sicuramente la continuità della presa in carico dei residenti e non sostengono il coinvolgimento e l'implicazione degli operatori nella vita e nei progetti sviluppati all'interno della casa. Oltremodo, la presenza di 2 infermiere e un assistente di cura che coprono, ad alta percentuale, esclusivamente turni notturni pregiudicano l'integrazione di essi nel team di lavoro e la partecipazione alla vita della casa. La figura dell'infermiera responsabile della giornata a nostro avviso dovrebbe essere maggiormente definita e valorizzata, non solo ai fini dello svolgimento di attività specifiche e di coordinazione/gestione (si occupa dell'accoglienza al mattino in sala pasti ed accompagnamento durante le colazioni, contatti medici, atti più tecnici, ecc.), ma soprattutto come figura garante della continuità dell'assistenza e promotrice della cultura geriatrica, dei valori e della filosofia di cura. Inoltre, l'organizzazione della sua giornata le offre momenti privilegiati di vicinanza con i singoli residenti e/o il gruppo (es. colazioni) che potrebbero venire sfruttati in modo più consapevole in termini relazionali (conoscenza, verifica dei bisogni e supporto).
Scelte gestionali e stile manageriale orientati alla promozione del benessere degli operatori	
Gestione e sviluppo del personale	Il processo di accoglienza ed inserimento di un nuovo collaboratore del settore curante (protocollo di recente costruzione, datato ottobre 2016) prevede la designazione di un infermiere di riferimento che si occupa, in collaborazione con la Responsabile delle cure e al Direttore, dell'introduzione nelle prime settimane di lavoro e della valutazione al termine del periodo di prova. Gli strumenti interni utilizzati risultano prevalentemente utili per l'apprendimento degli aspetti più operativi; non si ritrovano gli elementi valoriali e di cultura istituzionale che devono fungere da guida per il nuovo collaboratore (non viene consegnata e condivisa la filosofia della casa/cure), come pure per tutti gli operatori, e ai quali deve essere richiesta la completa adesione. Rispetto agli operatori di altri servizi, a detta della capo cure, non esiste una linea comune di accoglienza ed accompagnamento del periodo introduttivo. I colloqui di valorizzazione del personale hanno cadenza annuale e la loro finalità è ben descritta nel protocollo specifico, volto a creare un momento di riflessione costruttivo, valorizzante e mirato al miglioramento continuo. Riguardo la creazione di un ambiente/clima di lavoro mirato alla co-costruzione, condivisione e a favore dello scambio di vissuti, visioni, proposte, ecc., le riunioni d'équipe e fra i vari professionisti implicati nella vita della Cpa, dovrebbero essere potenziate (solo 1-2 all'anno) e considerate come il tassello fondamentale per la costruzione e la vita del gruppo, della cultura geriatrica e per l'implicazione e la responsabilità di ciascuno al miglioramento continuo della qualità dell'offerta. Il piano di formazione è costruito sulla base degli interessi che emergono dai collaboratori durante i colloqui di valorizzazione. Le proposte formative dovrebbero

	essere definite anche sulla base degli obiettivi istituzionali. Notiamo che le tematiche affrontate nel 2016 e quelle previste nel 2017, sono riferite interamente ad aspetti tecnici o a problematiche fisiche; non sono stati invece affrontati gli importanti specifici dell'ambito geriatrico quali i temi della relazione/comunicazione con la persona anziana, dell'autodeterminazione (valore importante per la casa), come pure rispetto alla presa in carico dei residenti affetti da disturbi cognitivi/demenze. Alcune formazioni vengono organizzate in collaborazione con altre CpA, aspetto che favorisce lo scambio ed il confronto tra i professionisti e le diverse realtà professionali. Inoltre, due professionisti esterni sono stati dedicati alla supervisione del settore cure e del settore animazione (counseling filosofico e una psicologa) a favore del miglioramento della vita professionale dei collaboratori. La CpA ha deciso di coinvolgere un alto numero di persone in formazione (1 allievo Supsi al 1°anno, 3 apprendisti OSS al 1°anno e 3 stagisti) e ha designato 2 infermieri di riferimento e 2 assistenti di cura (per gli stagisti), dedicati al loro accompagnamento. A nostro avviso, dato l'elevato numero di persone in formazione, tutte le figure infermieristiche e non, dovrebbero essere coinvolte nell'accompagnamento puntuale nella quotidianità e potrebbero essere meglio utilizzate queste giovani risorse per individualizzare maggiormente la presa in carico dei residenti. L'implicazione dell'intera équipe, inoltre, diviene anche motore di autoformazione per gli stessi operatori e fornisce la possibilità di creare un ambiente collaborativo volto al miglioramento di tutti. All'osservazione è apparsa una eccessiva presenza di apprendisti/stagisti nel salone centrale senza grossa differenziazione delle attività proposte (accompagnamento per un giro in giardino, passeggiata in paese, ascolto della musica per persone maggiormente compromesse, gioco di carte, ecc.). Nella Casa è presente inoltre un gruppo qualità, composto dalla capo cure, dallo specialista clinico e da alcune infermiere/OSS e assistenti di cura.
Clima della CpA	Dall'incontro con i quadri emerge che, rispetto agli eventi dello scorso anno il clima è più rilassato, ma le continue sollecitazioni mediatiche non permettono appieno la ricostruzione di un ambiente sereno. Da alcuni scambi avuti con il personale curante durante la giornata di osservazione, abbiamo riscontrato la presenza di un fondo di scoraggiamento e rassegnazione, con sentimenti più di palliazione della pesante situazione vissuta negli scorsi anni che di investimento in iniziative incoraggianti, motivanti e di creazione di una coesione di gruppo capace di sostegno reciproco e di condivisione di progetti comuni guidati da una visione istituzionale orientante. Sicuramente, lo scorso anno, è stato molto importante organizzare, proprio durante il periodo di crisi, l'incontro con i famigliari, la direzione e la ricercatrice del team Supsi, per condividere i risultati della ricerca "soddisfazione percepita", azioni queste da sostenere e implementare. Il clima della struttura, in termini di ambiente, è gradevole grazie anche ad alcuni ambienti/spazi suddivisi e ben connotati (bar/osteria, sala con camino, sala animazione). Alcuni spazi, un po' più datati, potrebbero essere ulteriormente rinnovati.

5. Presentazione dei principali risultati delle schede

Nel percorso di valutazione della propensione alla *bientraïtance* e attenzione alla prevenzione della *maltraïtance ordinaire*, la rilevazione, tramite schede, ha l'obiettivo di aiutare a cogliere le sensibilità e le principali rappresentazioni degli operatori.

Alla rilevazione hanno partecipato **25 operatori** in servizio presso la CpA nel corso della giornata di osservazione, che rappresentano il **46%** circa del totale del personale¹.

Abbiamo aggregato le diverse figure professionali in 3 gruppi differenziati in base alla tipologia di scheda somministrata:

- Il primo gruppo è composto da **14 operatori** afferenti al **settore delle cure** (Capo cure, capo reparto, specialista clinico, infermiere insegnante, infermiere, assistente geriatrico, OSS, assistente di cura, ausiliario di cura, allievo, stagista), pari al 38% del totale del personale curante;
- il secondo è composto da **4 persone**, di cui 2 operatori dei **servizi riabilitativi** e di **animazione** (fisioterapista, ergoterapista, animatore, specialista in attivazione, musicoterapeuta, allievo, stagista), pari al 100% del totale del personale dei servizi riabilitativi e di animazione e da 2 **amministrativi** (Direttore, vicedirettore, personale amministrativo e contabile, responsabile del servizio alberghiero), pari al 67% del totale del personale amministrativo della casa;
- il terzo gruppo è infine composto da **7 operatori** dei servizi alberghieri (cucina, lavanderia, pulizie e manutenzione), pari al 54% dei servizi alberghieri della CpA.

Le schede utilizzate sono suddivise in quattro parti:

- la 1° è composta da vignette e intende raccogliere informazioni in merito alla predisposizione del personale a immedesimarsi nel residente (Vignette A) e a interagire con la persona anziana, ponendo attenzione al proprio stato emozionale (Vignette B);
- nella 2° si presentano situazioni non infrequenti di interazione tra residenti, operatori e familiari, finalizzate a cogliere rappresentazioni evocative di una tendenza più o meno marcata alla *bientraïtance*, a livello individuale e di organizzazione (reparti e/o CpA);
- la 3° parte esplora l'immagine che gli operatori hanno della CpA e la loro opinione su eventuali episodi di maltrattamento in CpA;
- nella 4° parte si rilevano infine dati anagrafici, informazioni personali e relative al percorso formativo dei partecipanti. Al fine di garantire l'anonimato delle persone che partecipano alla rilevazione, i dati e le informazioni raccolte in quest'ultima parte della scheda verranno utilizzati esclusivamente nell'elaborazione finale di aggiornamento degli esiti a livello complessivo cantonale.

I risultati relativi alle Vignette A evidenziano complessivamente una buona capacità di espressione delle diverse dimensioni esplorate, in particolare la capacità di uscire dal proprio sguardo e dal proprio sentire immedesimandosi nel pensiero e nei sentimenti dell'altro e la capacità di sintonizzarsi nell'interazione con la persona residente. Questi due processi sono indispensabili per accedere all'empatia, che la maggior parte delle persone coinvolte nella rilevazione ha saputo mostrare nelle proprie risposte. In alcuni casi invece si sono riscontrate difficoltà a mettersi nei panni degli altri (decentrarsi), vedendo in modo predefinito l'anziano o proiettando il proprio punto di vista nel pensiero della persona residente. Rispetto al tema dell'infantilizzazione è interessante notare come, pur stigmatizzando l'approccio proposto dalla vignetta, solo il 35% degli operatori (curanti, personale dei servizi riabilitativi, di animazione e amministrativo-direzionale) abbia dato peso esplicito alla parola "*tesoro*" e come, per taluni, tanto del personale dei servizi riabilitativi che del personale appartenente ai servizi alberghieri, l'approccio infantilizzante venga interpretato come una forma di "gentilezza".

¹ Fonte: dati Somed 2015 forniti dalla CpA.

Gli esiti delle Vignette B evidenziano generalmente una buona capacità di focalizzarsi in una prassi ma è interessante notare come la totalità degli operatori abbia risposto alla domanda *“in questa situazione cosa pensa l’operatore”* (dimensione cognitiva), mentre di fronte al riconoscimento emozionale (*“in questa situazione cosa prova l’operatore”*), si incrementa la difficoltà di espressione dei rispondenti. In particolare nelle risposte alla vignetta riservata esclusivamente al personale curante emerge infine in taluni un marcato atteggiamento paternalistico che esclude a priori il pensiero, il sentire e la volontà dell’altro (*“È per il suo bene”*). Emerge in ogni caso una diffusa difficoltà al riconoscimento della piena autodeterminazione delle persone residenti.

La valutazione delle situazioni, presenti nella seconda parte della scheda, è avvenuta mediante la richiesta dell’adesione o meno (sì o no) a una serie di risposte predeterminate, tanto a livello individuale (*Condivide o no il modo di fare descritto dalla risposta?*), che a livello di pratica all’interno dell’organizzazione (*Le succede di rispondere o di sentir rispondere così?*).

Complessivamente emerge una tendenza prevalentemente buona alla scelta di opzioni afferenti al modello della *bientraitance* a livello di conoscenza individuale (*Condivide o no*), mentre dalle risposte che valutano le prassi dell’agire quotidiano (*Le succede di rispondere o di sentir rispondere così?*), emerge un quadro meno orientato al rispetto e all’autodeterminazione delle persone.

Dall’analisi delle opzioni di risposta scelte dagli operatori è possibile tuttavia evidenziare attitudini che potrebbero mettere a rischio la piena adozione dell’approccio *bientraitant*; tra questi risulta l’adesione a situazioni di banalizzazione delle richieste e sollecitazioni dei residenti, accompagnate da atteggiamenti di rassicurazione standardizzata, non empatica e paternalista, come ad esempio l’opzione *“La capisco, ma le ho già dato le terapie previste, stia bella tranquilla che vedrà che le passa il male”*, condivisa dal 16.7% dei curanti e *“agita”* direttamente o indirettamente (*Le succede di rispondere o di sentir rispondere così?*) dal 66.7% degli stessi.

Dai risultati emerge inoltre, un’elevata variabilità nella conoscenza specifica sulla presa in carico e accompagnamento delle persone con compromissione cognitiva, come evidenzia l’adesione a opzioni di risposta quali *“Passando, il curante dice al collega: Non vedi come sta male? Diamole la riserva”*, condivisa dal 25.0% dei curanti e *“agita”* direttamente o indirettamente (*Le succede di rispondere o di sentir rispondere così?*) dal 83.3% degli stessi, che rileva una tendenza alla deresponsabilizzazione professionale che rischia di attivare deleghe alla soluzione più immediata (al farmaco, al medico, alla tranquillità dei familiari, delle équipe, ecc.) e la mancanza di un’attitudine alla ricerca di soluzioni articolate e adeguate alla situazione, o come l’adesione all’opzione *“Adele, non è possibile che tua mamma viva ancora, dovrebbe avere 150 anni!”*, condivisa dal 8.3% dei curanti e *“agita”* direttamente o indirettamente (*Le succede di rispondere o di sentir rispondere così?*) dal 50.0% degli stessi, nonché condivisa dal 40.0% del gruppo direzione, amministrativi, animatori e terapeuti di riabilitazione e *“agita”* direttamente o indirettamente dal 80.0% degli stessi, che mette in luce l’inadeguatezza della scelta rispetto alla capacità di lettura clinica della situazione, con il rischio di peggiorare il disagio della persona, come pure aggravarne lo stato cognitivo (possibilità di maggior confusione).

La terza parte della scheda esplora l’immagine che il personale ha della vita in struttura e della CpA stessa con tre domande aperte (*Pensando ad un vostro possibile futuro come residente in questa CpA, quali sono gli elementi attualmente presenti, che vorrebbe ritrovare, non vorrebbe assolutamente ritrovare/vivere, accetterebbe suo malgrado*) e sonda il tema del maltrattamento con ulteriori due

domande (*"Le è mai capitato di adeguarsi ad una pratica da lei non condivisa?" e "Nella sua pratica quotidiana di lavoro in casa anziani, ha mai vissuto, direttamente o indirettamente, situazioni che secondo lei possono definirsi maltrattamento"*).

L'analisi dei risultati emersi dalla ricerca nelle 17 CpA campione ci ha indotte a riportare integralmente, nel rapporto di ciascuna casa, le risposte dei propri collaboratori inerenti l'insieme di queste domande. Difatti, accanto a tematiche tipiche del contesto comunitario (orari, condivisione delle stanze, ecc.), le risposte riportano e rispecchiano vissuti e rappresentazioni identitarie e specifiche delle singole CpA.

Proprio per poter cogliere appieno questa importante e interessante dimensione peculiare, che completa il quadro di analisi collegando la scheda di rilevazione alla griglia di osservazione e alle opinioni e agli stati d'animo espressi dalle persone residenti nella rilevazione della qualità percepita², restituiamo gli elenchi di risposte consentendo a ciascun contesto di leggere e interpretare le visioni, i vissuti e le rappresentazioni emerse, specchio anche dei punti di forza e debolezza della casa, percepiti e riconosciuti dagli operatori stessi alla struttura in cui operano.

L'immagine ed il vissuto della CpA si sostanzia nelle risposte alla domanda seguente, rivolta agli operatori dei tre gruppi: *Pensando ad un vostro possibile futuro come residente in questa CpA o a quello di un vostro genitore, quali sono gli elementi (atteggiamenti, comportamenti, risorse, regole, etc.) attualmente presenti, che vorrebbe ritrovare, non vorrebbe assolutamente ritrovare/vivere, accetterebbe suo malgrado.*

Alla 1° domanda ha risposto il 100% dei partecipanti alla rilevazione, alla 2° il 96.0% e alla 3° (*Cosa accetterebbe suo malgrado*), l'88%. Le poche non risposte sono maggiormente frequenti nel gruppo di operatori dei servizi alberghieri e nel gruppo dei curanti.

Da futuro residente che cosa: **vorrebbe ritrovare**

- Équipe giovane e ben formata. Gentilezza. Clima familiare.
- Un curante come me, atteggiamenti di serenità lavorativa, comportamenti professionali.
- Pulizia, atteggiamenti e comportamenti (a seconda di chi c'è). Spero che in futuro venga ristrutturata.
- Attenzione nei confronti dei residenti, cortesia.
- Calma, armonia, collaborazione, organizzazione, rispetto delle abitudini, privacy.
- Empatia, operatori sempre presenti al bisogno, attività ogni giorno.
- Serenità, allegria, spontaneità.
- Ambiente familiare, atteggiamento rispettoso ma non distaccato dagli operatori.
- Infermieri giovani e competenti, proposte di animazione, vista della camera verso sud, camera singola.
- Delle amicizie, buona cucina, dei bravi operatori, momenti di svago.
- Personale qualificato, gente solidale, stanze singole, Pet Therapy, "organizzazione", libertà quanto possibile.
- Rispetto, umanità, empatia, sostegno nei momenti difficili, cure adeguate, pazienza.
- Il clima familiare, l'attenzione degli operatori, il bar, la proposta variegata dell'animazione.
- Personale educato, disponibile e la Direzione attuale.
- La "famigliarità" di una casa per anziani piccola.
- Camera singola, possibilità di portare cose da casa, le uscite, i momenti in comune, l'animazione, il giardino, le vacanze, la possibilità di dire la mia, residenza piccola.
- Le dimensioni a misura d'uomo (strutture troppo grandi si perde il contatto ospite/operatore).

² Sugeriamo di approfondire le suggestioni emerse dalla componente qualitativa dell'ultima rilevazione di qualità percepita (Report 2b e 3b del 2016).

- Lo stile di cucina, l'animazione.
- Cortesia, qualità della cucina.
- La familiarità di una casa piccola, familiare.
- Più personale curante in grado di non far aspettare l'ospite troppo in camera oppure quando deve andare in bagno.
- È da poco tempo che sono qua. Secondo me è tutto come vorrei (nei confronti degli ospiti) per un mio parente.
- Attività come allena la mente, con il cane, momenti in cui parlare con altri ospiti con il personale.
- Vorrei ritrovare la simpatia dei collaboratori, trovo sia positivo, che comunque è una struttura aperta e quindi il parente non si senta in prigione.
- Che la casa sia accogliente, pulita e sicura. Accoglienza e che accaduto con professionalità e gentilezza.

Da futuro residente che cosa: **non vorrebbe assolutamente ritrovare/vivere**

- Discriminazione per i frontalieri, bensì valutazione del personale su competenze e sul campo (gradimento degli ospiti). Direzione con "poco polso" negli ammonimenti degli operatori non in linea con atteggiamenti e comportamenti verso altri componenti dell'équipe e ospiti. Curanti oberati di lavoro perché compiono funzioni accessorie alberghiere.
- Rinchiuso in me stesso, la tombola.
- Situazione nella quale due curanti mentre si occupano di me parlano delle loro cose come se fossi "morta", non rendendomi partecipe di ciò che stanno facendo su di me.
- In una residenza per anziani dove mi impongono troppe regole.
- Stress, arroganza, severità.
- Sbalzi di temperatura, imposizioni sul cosa fare. Operatori frettolosi.
- Senza musica, poter uscire. Essere inserita in attività.
- Dover consumare i pasti in comune con gli altri. Orari di alzata poco elastico. In caso di mia incapacità a decidere, il dover rimanere negli spazi comuni tutto il giorno.
- Colazione uguale tutti i giorni, posto a tavola senza possibilità di cambiamento, poca tutela da parte dell'Ente proprietario, turn over di personale senza contratto.
- Andare a letto presto, mangiare male, trovare operatori antipatici e incompetenti.
- Personale poco qualificato e poco disponibile, male organizzazione sui piani, poca considerazione degli ospiti, poca libertà di scelta, ecc.
- Mancanza di rispetto, essere trattata come un oggetto o una routine, essere infantilizzata, sentirmi di peso.
- Fare mio malgrado ciò che mi viene chiesto.
- Di ritrovarmi senza potere parlare con nessuno.
- Mancanza di rispetto.
- Camere doppie, troppa confusione.
- Essendo solitario, il mangiare a tavola con persone di non gradimento.
- Alcune persone del personale, l'attuale sistema di organizzazione: orribile, male organizzato.
- Alcuni colleghi.
- La scarsità di attività.
- Persone che non capiscono il disagio di un anziano. Quando arrivo, vogliono capire.
- Rimanere sola in camera, ma poter rimanere in soggiorno con gli altri ospiti.
- Non vorrei trovare collaboratori che fanno commenti poco pertinenti al mio parente o a qualsiasi ospite della casa anziani.
- Buio, sporco, tutto rovinato ecc.

Da futuro residente che cosa: **accetterebbe suo malgrado**

- L'organizzazione della casa di cura.
- Accetterei che mi alzino presto.
- Gli orari di colazione, pranzo, cena, messa a letto.
- Prendere i medicinali.
- La convivenza, orari stabiliti.
- Partecipare, se non sono più in grado di decidere, ad attività di animazione che di regola non mi piacciono.
- Orario di alzata e messa a letto, orario pasti.
- Non so cosa accetterei, bisogna vivere la realtà e vedere come, e se ci arriverei.
- "Poco personale", orari non scelti da me.
- Nomignoli, orari.
- Le regole in generale.
- Le cure, il fatto di dovermi far lavare e vestire.
- Regole legate all'organizzazione, es: - orari, definizione dei giorni per doccia ...
- La perdita della mia autonomia al 100%.
- L'attesa per andare ai servizi.
- Nulla.
- Credo bene o male quasi tutto.
- Di mangiare.
- Quello che riguarda (allena la mente), secondo me dovrebbero tenere un po' più di attività manuali per tenere più impegnate gli ospiti (visto solo negli orari del mattino/il pomeriggio non so come va svolto).
- Gli orari dei pasti e la messa a letto.
- Accetterei gli orari che hanno da rispettare e che i collaboratori non possono dedicarsi ogni minuto al parente.
- "No", il genitore lo riporterei a casa !!

Concludiamo con le risposte in merito al tema del maltrattamento: alla domanda *“A volte capita che alcuni atteggiamenti, modi di fare, non condivisi, siano dettati dallo stile organizzativo dell’istituzione. Le è mai capitato di adeguarsi ad una pratica da lei non condivisa?”*, ha risposto affermativamente il 50% del personale curante (tra questi 1 operatore non ha specificato il tipo di pratica non condivisa) ed il 40% degli operatori del gruppo direzione, amministrazione, riabilitazione e animazione, esemplificando come segue:

- Le pressioni al mattino, prima della TP. Servire ai tavoli e sparecchiare perché manca personale addetto all'office che lo faccia, togliendo tempo alle cure e magari ad eventuali allenamenti alla supervisione durante l'alimentazione.
- Di troppa confidenza: risposte come se fossero dei familiari. Il rispetto è la base di tante cose.
- 1. Dover svegliare un ospite anche se esso vuole dormire più a lungo. 2. Imbottire necessariamente gli ospiti con dei medicinali.
- Mi astengo dal rispondere.
- Es. dover alzare l'ospite senza ausilio del sollevatore, perché di fretta.
- Allettare SUBITO dopo cena.
- Militare / Ospedale
- Orari non flessibili, orari di lavoro.

Questa domanda non è stata sottoposta al personale dei servizi alberghieri.

All'ultima domanda *“Nella sua pratica quotidiana di lavoro in casa anziani, ha mai vissuto, direttamente o indirettamente, situazioni che secondo lei possono definirsi maltrattamento”*, ha dato una risposta

affermativa, specificando il tipo di evento e le modalità con cui sono state affrontate o meno le diverse situazioni: il 66.7% del personale curante, il 60.0% degli operatori del gruppo direzione, amministrazione, riabilitazione e animazione ed il 25.0% del personale dei servizi alberghieri.

Per meglio evidenziare la sequenza delle risposte abbiamo predisposto una tabella che aiuta ad identificare i diversi vissuti e sensibilità, nonché il grado di diffusione della comunicazione in materia. Anche i contenuti qui di seguito riportati integralmente, costituiscono, in mano alla casa, un valore aggiunto da condividere e su cui lavorare in équipe nel percorso di miglioramento continuo.

Legenda: **ns**=non so **na**=non ancora **sn**=sì e no **nr**=non risposta

Nella sua pratica quotidiana di lavoro in casa anziani, ha mai vissuto, direttamente o indirettamente, situazioni che secondo lei possono definirsi maltrattamento? Se sì, di che tipo	La situazione è stata affrontata?	A che livello è stata affrontata?	È stata gestita in modo adeguato?	Ci sono state conseguenze ?	Se sì, di che tipo	Osservazioni
Esempio vignetta 2	nr	singolo operatore e capo reparto	no	no		
Costringere o insistere a far alzare un paziente anche se non è d'accordo.	sì	équipe	sì	no	nr	
nr	sì	singolo operatore, équipe, capo reparto e direzione	sì	sì	Operatore si è licenziato.	
Indirettamente, poiché non vi ho assistito di persona, a maltrattamento fisico e verbale.	sì	singolo operatore, équipe, capo reparto e direzione	sì	sì	Allontanamento del collaboratore, denuncia.	
Maltrattamenti fisici e psicologici.	sì	singolo operatore, équipe, capo reparto e direzione	sì	sì	Processo penale, ripercussioni su tutta l'équipe.	
nr	sì	singolo operatore, équipe, capo reparto e direzione	ns	ns	Fisico e psicologico.	Mi astengo nel rispondere, visto e considerato che da questa triste vicenda non ne siamo ancora usciti.
Verbale.	sì	capo reparto e direzione	ns	ns		
Maltrattamenti psicofisici.	sì	singolo operatore, équipe, capo reparto e direzione	sì	sì	Licenziamento.	
Di tipo fisico e verbale.	sì	Direzione	sì in parte	sì	Amministrativo e penale	Di fronte ad un caso complesso, non sempre le risposte sono adeguate e tempestive. Amarezza ed un iniziale smarrimento.
Mi è capitato di vedere un ospite che chiamava disperatamente e il personale curante non lo ha considerato.	no	Singolo operatore	no	no	nr	La mia risposta è data dal fatto che avendo assistito, sono andata dall'ospite per darle ascolto e capire di cosa avesse bisogno. Solo del bagno. Ho avvisato l'infermiere di riferimento.

continua Legenda: **ns**=non so **na**=non ancora **sn**=sì e no **nr**=non risposta

Nella sua pratica quotidiana di lavoro in casa anziani, ha mai vissuto, direttamente o indirettamente, situazioni che secondo lei possono definirsi maltrattamento? Se sì, di che tipo	La situazione è stata affrontata?	A che livello è stata affrontata?	È stata gestita in modo adeguato?	Ci sono state conseguenze ?	Se sì, di che tipo	Osservazioni
Psicologico.	sì	ns	ns	ns	ns	Non ho avuto modo di avere un riscontro rispetto alla gestione della situazione.
Maleducazione, indifferenza	no					
È capitato di sentire risposte un po' secche da parte del collaboratore, per evidente mancanza di pazienza.	no					

Ulteriori commenti: - Ho lavorato in tante residenze per anziani e gli operatori sanitari mi sono sempre sembrati gentili e pronti ad esaudire ogni richiesta dei residenti e la casa anziani di Balerna non fa eccezione. - Purtroppo, o meglio per fortuna, non ho mai notato e visto situazioni di maltrattamento. - È quasi 25 anni che lavoro qui e si è sempre cercato di migliorare.

Conclusioni

In sintesi, l'approfondito percorso effettuato durante il progetto *bientraitance*, ha mostrato i grandi sforzi compiuti negli ultimi anni dalla casa per allinearsi ai criteri di qualità richiesti a livello cantonale e la prioritaria necessità, per l'intera organizzazione, di ritrovare una spinta motivante e una nota di entusiasmo per il miglioramento e il rinnovamento che parta da una volontà costruttiva implicita piuttosto che da una risposta/difesa a stimoli esterni.

Per sostenere e valorizzare appieno delle condizioni favorevoli l'adesione al modello della *bientraitance* sarebbe opportuno, a nostro avviso, strutturare un percorso definito a partire da quanto emerso da questa esperienza che ha evidenziato la necessità di:

- consolidare e potenziare la Mission e la filosofia della casa e delle cure, quali basi fondamentali e imprescindibili di valori culturali istituzionali orientanti l'agire quotidiano di tutti gli operatori e guida alla riflessione etica, alla promozione del benessere e al rispetto della persona;
- “umanizzare il management” favorendo la creazione di un ambiente/clima di lavoro partecipativo, collaborativo, interdisciplinare che rafforzi lo spirito di squadra e la coesione nell'équipe e fra le équipes multidisciplinari (scambio, supporto, mutuo aiuto, ecc.);
- sviluppare e consolidare una cultura gerontologica/geriatrica diffusa che permetta la definizione di una presa in carico delle persone residenti condivisa e costantemente rivalutata da parte delle équipes multidisciplinari (curanti, riabilitazione, animazione e settore alberghiero);
- rivalutazione dell'impianto organizzativo e gestionale (modalità e strumenti operativi), a partire da una chiara attribuzione di funzioni e ruoli dei responsabili gestionali e clinici (capo cure, capo reparto, specialista clinico, responsabile della formazione), che rimetta al centro la persona anziana come “essere” e il suo percorso di vita all'interno della casa;
- promuovere momenti di scambio e di lavoro interdisciplinare su casi clinici a sostegno del percorso di crescita condiviso degli operatori dell'équipe curante e valorizzanti le competenze dello specialista clinico presente;
- definire e attivare percorsi formativi mirati a sostegno della realizzazione di specifici progetti (ad es. accompagnamento alla persona affetta da demenza, o individuazione di gruppi omogenei di residenti finalizzata alla definizione dei progetti di vita, ecc.).

I punti qui delineati hanno lo scopo di favorire, mantenere e sviluppare l'interiorizzazione di saperi, buone pratiche e attitudini a garanzia del processo di promozione della *bientraitance*.

Per ridefinire, stabilizzare e dare continuità al percorso compiuto finora sarebbe a nostro avviso opportuno un sostegno professionale esterno di lunga durata che li accompagni nel cambiamento.

Bibliografia

Asioli, Fabrizio, e Marco Trabucchi (a cura di). *Assistenza in psicogeriatría : Manuale di "sopravvivenza" dell'operatore psicogeriatrico*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore, 2009.

Compagnon, Claire, e Véronique Ghadi. « La maltraitance «ordinaire» dans les établissements de santé. ». (2009): 2-97.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

Duportet, Bernard. Tradotto da Carla Sargenti. « Du concept de maltraitance à celui de bientraitance. » *Soins Gériatologie*, n°84 (2010) : 20-24.

Haute Autorité de Santé. HAS, FORAP. Tradotto da CCA. «Les principes de bientraitance: déclinaison d'une charte ». Haute Autorité de Santé (Ottobre 2012) : 2-7.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bientraitance

Péoc'h, Nadia . Tradotto da Carla Sargenti. « Bientraitance et éthique du care ». *RSI*, n°105 (2011): 4-13.

Rapoport, Danielle. « De la reconnaissance de la "maltraitance" à l'émergence de la "bientraitance" », in *Enfants, adultes, vers une égalité de statuts?*, diretta da F. de Syngly, Universalis (2004): 2-8.
http://socio.ens-lyon.fr/agregation/famille/famille_fiches_singly_2004.pdf