

# **Prevenzione del maltrattamento nei servizi per le persone non autosufficienti**

**Luglio 2017**

Approvato con delibera Azienda USL n. 305 del 16 maggio 2018

## **Coordinamento del Gruppo di lavoro**

Lucio Belloi

**Consulente Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria**

## **Componenti del Gruppo di Lavoro**

<b>Roberto Colla</b>	Coordinatore Tecnici della Prevenzione - Distretto Sud-Est
<b>Daniela Egoritti</b>	Responsabile del SAA - Distretto di Fidenza
<b>Bruno Larini</b>	Responsabile Settore Disabili - Distretto di Parma
<b>Maria Grazia Loss</b>	Coordinatrice Area Anziani DASS - A.USL di Parma
<b>Gianfranca Mazzolenis</b>	Assistente Amministrativa - Regione Emilia Romagna
<b>Serena Rolandi</b>	Responsabile Ufficio di Piano - Distretto Valli Taro e Ceno
<b>Paolo Volta/Anahi Alzapiedi</b>	Direttore delle Attività Socio Sanitarie - A.USL di Parma

Il presente Documento e il relativo Allegato 1 sono il frutto del confronto e dei molteplici contributi dei Componenti del Gruppo di lavoro, che hanno dato luogo a diverse elaborazioni e successive revisioni ed integrazioni.

La redazione del Documento è a cura di Lucio Belloi.

L'impostazione dell'Allegato 1 è a cura di Roberto Colla, che - assieme a Lucio Belloi - ne ha curato la redazione.

Il documento è stato condiviso ed approvato dal Gruppo per l'Integrazione socio sanitaria nella seduta del 25 ottobre 2016.

Successivamente, in data 9 maggio 2017, è stato approvato dall'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della provincia di Parma.

## INDICE

<b>1.</b>	Finalità del Gruppo di lavoro.....	4
<b>2.</b>	Introduzione.....	5
	2.1. Un fenomeno complesso	
	2.2. Condizioni e problemi della vita nelle strutture	
	2.3. Peculiarità e rischi delle professioni di aiuto e di cura	
	2.4. Condizioni del lavoro di cura e gestione delle risorse umane: criticità e potenzialità	
<b>3.</b>	Aree di prevenzione del maltrattamento e possibili "leve" d'intervento.....	8
	3.1. Selezione, inserimento, formazione di base e continua come strumenti di prevenzione	
	3.2. Monitoraggio e adeguamento delle condizioni del lavoro di cura e dei fattori di stress correlati	
	3.3. Responsabilità organizzative e qualità della gestione come cardini della prevenzione	
	3.4. Apprendimento organizzativo e "comunità di pratica" fra i responsabili dei servizi	
	3.5. Committenza e altre parti interessate in un'azione condivisa di miglioramento qualitativo e di prevenzione del maltrattamento	
	3.6. Coerenza fra lavoro sulla qualità e prevenzione del maltrattamento	
<b>4.</b>	Una proposta aperta a tutte le parti interessate.....	14

**Allegato 1** Aree d'intervento, attese ed evidenze su "Qualità del servizio alla persona e prevenzione del maltrattamento".

## 1. Finalità

Il Gruppo di lavoro sul tema "Prevenzione del Maltrattamento nei servizi per le persone non autosufficienti" è stato istituito su mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria conferito al Gruppo Integrazione nella seduta del 21 marzo 2016.

A seguito del mandato ricevuto, il Gruppo di lavoro ha iniziato un percorso di approfondimento ed elaborazione sui temi di seguito enunciati.

- Individuare i principali meccanismi e i contesti che generano – all'interno dei servizi per le persone non autosufficienti – fenomeni di abuso e maltrattamento delle persone ospiti. In seguito il lavoro di approfondimento potrà focalizzarsi anche sul fenomeno in ambito familiare.
- Definire linee e "leve di intervento" per prevenire i fattori di rischio evidenziati e le asimmetrie di potere fra assistente/assistito che si creano nell'ambito delle strutture.
- Definire linee comuni per il miglioramento dei servizi per la non autosufficienza, con particolare riferimento al tema.
- Coinvolgere in percorsi di sensibilizzazione, formazione e sperimentazione sul tema, tutte le parti interessate al superamento del problema: utenti, familiari (e loro rappresentanti), committenza, gestione, sindacati, terzo settore, volontariato, associazionismo.
- Promuovere – assieme alle parti interessate – iniziative per incrementare l'apertura e la trasparenza delle strutture verso la cittadinanza.

**Il materiale prodotto dal Gruppo in questa prima fase di lavoro è composto da due documenti:**

- a) Il documento "*Prevenzione del maltrattamento nei servizi per le persone non autosufficienti*";
- b) il relativo allegato *Aree di intervento, Attese ed Evidenze su "Qualità del servizio alla Persona e Prevenzione del Maltrattamento"*.

Nel *primo documento* vengono, da una parte, individuati aspetti, condizioni e meccanismi correlati all'insorgere dei fenomeni del maltrattamento; dall'altra, delineate le aree di prevenzione del problema e possibili "leve" di intervento. Infine, si formula una proposta – aperta a tutte le parti interessate al tema – per la realizzazione di un percorso condiviso adeguato alla complessità del problema.

Nell'*allegato* si presenta una Scheda – che prevede 10 Aree di intervento inerenti la qualità dell'organizzazione e della gestione dei servizi - ove si specificano elementi che si ritengono importanti sia ai fini della Prevenzione del Maltrattamento sia in funzione del miglioramento della Qualità dei servizi stessi.

## 2. Introduzione

### 2.1. Un fenomeno complesso, derivante da molteplici fattori

Gli episodi di maltrattamento verso le persone non autosufficienti (anziani e disabili) sono sempre più spesso oggetto dei media, che ci rimandano immagini violente e brutali di drammatici casi di cronaca. Immagini di questo tipo, che ci lasciano sconcertati, rappresentano forse soltanto *la punta dell'iceberg di un fenomeno più vasto*, che comprende, anche forme di abuso e maltrattamento meno eclatanti e palesi (e tuttavia non minimizzabili), che possono caratterizzare i comportamenti nei confronti delle persone non autosufficienti, sia nell'ambito delle strutture che in ambito domestico.

Non di rado, da parte dei caregiver di tali contesti, il maltrattamento – in un senso più lato – può assumere, infatti, la forma di atteggiamenti o comportamenti contrastanti con i bisogni della persona, di omissioni, di mancanza di attenzione e sottovalutazione, che pur nascendo all'interno di una relazione di cura, *comunicano mancanza di riconoscimento, di rispetto e considerazione*, generando - talora inconsapevolmente - disagio e sofferenze a danno della persona assistita.

Ma la questione non riguarda soltanto le caratteristiche dei caregiver di volta in volta interessati e delle situazioni contingenti che si vengono a creare; il maltrattamento è un fenomeno complesso e sfaccettato che, da una parte, affonda le sue radici *nelle condizioni stesse in cui vivono le persone non autosufficienti* nella nostra società e che, dall'altra, *può assumere forme differenti in base a fattori di contesto fra loro interdipendenti di tipo soggettivo, organizzativo, sociale e culturale*.

Sul piano culturale, ad esempio, un aspetto non banale che può favorire il rischio di comportamenti inadeguati o scorretti è la stessa *visione negativa dell'anziano* nella nostra società (complementare ad un certo giovanilismo imperante, che rimuove il più possibile l'idea di vecchiaia e di morte); una visione della persona anziana, e più in generale della persona non autosufficiente, normalmente 'classificata' come problema e raramente come risorsa, a cui spesso viene associata una *connotazione negativa* secondo gli stereotipi culturali vigenti. Tale elemento che sembra permanere come dato culturale di fondo - nonostante le dichiarazioni e azioni di segno contrario di istituzioni e soggetti della società civile - ha quasi il carattere di *una profezia che si auto avvera* (se vedo la persona anziana o non autosufficiente soltanto come un problema, di fatto concorrerò, in modo più o meno consapevole, a renderla tale).

### 2.2. Condizioni e problemi della vita nelle strutture

Per quanto riguarda l'ambito dei servizi per le persone non autosufficienti, diversi sono i fattori che possono contribuire a determinare una condizione di disagio per le persone assistite, fino a generare – in certi contesti - i gravi episodi di maltrattamento di cui si è detto.

Esperti, addetti, volontari del settore, riportano non di rado la percezione che le condizioni reali di vita in struttura – *talora anche in strutture ritenute idonee* in base ai requisiti qualitativi e agli strumenti assistenziali acquisiti - presentino aspetti che non valorizzano adeguatamente le persone e che, al contrario, determinano in vario modo una riduzione delle loro prerogative e dei loro diritti.

Di fatto la persona non autosufficiente trascorre la propria vita in un ambiente prevalentemente regolato dai vincoli dell'organizzazione, in cui "normalmente": vengono ridotti gli spazi di privacy, mancano oggetti e beni personali di cui il soggetto poteva usufruire nella sua casa, si diradano i rapporti con le persone care e con l'ambiente esterno, cambia lo status, la funzione sociale della persona e le condizioni che hanno dato significato alla sua vita.

Già questi aspetti – intrinseci al vivere in residenza - tendono a creare una condizione di maggiore debolezza dell'individuo, di riduzione delle sue prerogative e aspettative.

Inoltre, *la pianificazione complessiva dei ritmi di vita e di assistenza* vigente in struttura comporta – se non vi è un forte impegno ed una consapevole gestione in senso contrario - il serio rischio di un lavoro assistenziale di tipo “prestazionale”; *un lavoro di cura* che disattende i requisiti di “personalizzazione” richiesti, basati sulla *definizione di un chiaro progetto di vita e assistenza, condiviso, aggiornato al bisogno e valutato assieme alla persona e alla famiglia*.

In altri termini – se il *progetto personalizzato* non è davvero elaborato e gestito come riferimento fondamentale per il lavoro integrato di cura – è probabile che l'ospite venga “visto” dal personale della struttura più come un compito da svolgere, *una serie di servizi da compiere nelle diverse fasi della giornata*, che come una persona nella sua complessità, *con i propri peculiari bisogni, desideri, relazioni e la sua storia personale unica* (aspetti non omologabili a quelli delle altre persone ospiti).

Se tali condizioni – come può accadere – si verificano, *le persone perdono, almeno in parte, le loro prerogative: ad es. la possibilità di essere adeguatamente ascoltati, di far valere le loro esigenze, la loro facoltà di decidere* (nella misura in cui è ancora presente); e vengono “gestite” in modo poco personalizzato, secondo i criteri e i limiti prevalenti dell'organizzazione, subendo talora disagi frustrazioni e dolorose “disconferme”.

In tal modo si possono creare situazioni di asimmetria di potere e facoltà di decidere fra chi assiste (non solo l'operatore, ma l'organizzazione nel suo complesso) e chi è assistito (compresi i suoi familiari).

Inutile dire che tale condizione – già di per sé penalizzante e ingiusta per le persone e le loro famiglie - può facilitare ulteriormente *l'insorgere e anche il nascondimento di situazioni di maltrattamento specifico* e richiede – come vedremo più avanti - contromisure che possano tutelare e offrire *sostegno metodico alle parti più deboli*.

Problematiche analoghe a quelle descritte possono presentarsi, ovviamente, anche fra le mura domestiche, dove talora la persona anziana o non autosufficiente rischia, in certi casi, di avere ancor meno possibilità di tutela rispetto ai comportamenti inadeguati o abusanti dei congiunti in difficoltà o degli assistenti familiari lasciati soli a “gestirli”.

### *2.3. Peculiarità e rischi delle professioni di aiuto e cura*

Fra i fattori di rischio, riguardo al tema trattato, va evidenziato un aspetto intrinseco alle professioni di aiuto e di cura, che per loro natura sono soggette al rischio di stress e burn-out, da cui possono derivare – in assenza di un'azione preventiva - comportamenti dannosi anche verso le persone utenti.

Il rischio può aumentare in presenza di certe tipologie di utenza, che possono presentare maggiore difficoltà nella gestione dell'assistenza.

Si pensi ad esempio, alla presa in carico dei *malati di Alzheimer* e delle *persone con problemi cognitivi che presentano disturbi comportamentali*; situazioni critiche che possono favorire i rischi citati e che sono spesso connesse al tema delicato e problematico della *contenzione*, su cui si è intrapreso di recente un apposito intervento nel nostro territorio.

Anche il *generale aggravamento delle persone che vengono inserite nelle residenze per anziani* - con problematiche sanitarie di rilievo, che richiedono particolare impegno (fisico e psicologico) nella gestione assistenziale - può favorire ulteriori condizioni di stress, burn-out e l'insorgere di episodi di maltrattamento.

Tuttavia rischi analoghi – più o meno significativi - connessi alla cura delle persone si possono manifestare anche con *altre categorie di utenza*: ad esempio con i minori problematici e talora con gli stessi bambini degli asili nido; ragione per cui nessun contesto di servizio alla persona può ritenersi escluso a priori da tali problematiche.

#### 2.4. Condizioni del lavoro di cura e gestione delle risorse umane: criticità e potenzialità

Tuttavia molto dipende - come si è in parte visto sopra - dalle effettive condizioni di lavoro in cui operano gli addetti, strettamente connesse alle caratteristiche del contesto organizzativo e gestionale.

Un tema particolarmente rilevante in tal senso è quello dell'adeguata presenza di risorse umane nell'organizzazione e dell'impatto dei parametri assistenziali applicati in relazione ai diversi casi presi in carico. Inadeguatezze o carenze a questi livelli possono comportare la *scarsità di tempo necessario per gli interventi richiesti dall'utenza e, ovviamente, per la necessaria personalizzazione e attenzione relazionale verso gli assistiti.*

Ciò genera ulteriori frustrazioni e difficoltà da parte del personale, con maggiori probabilità di incorrere in situazioni di burn-out e con le conseguenze sopra citate.

Altri aspetti di rilievo che *possono fare la differenza (in negativo o in positivo) sia in materia di qualità del servizio, sia di prevenzione del maltrattamento*, riguardano *la qualità della gestione* (e quindi l'azione organizzativa dei responsabili del servizio ai vari livelli), con particolare riferimento al tema della *gestione e sviluppo delle risorse umane*, cruciale soprattutto nei servizi alla persona.

Innanzitutto, le carenze nella selezione e nel reclutamento (*aspetti che bisognerebbe migliorare e monitorare con il concorso di tutti i soggetti interessati*) possono portare all'inserimento di *personale non sufficientemente idoneo e motivato* (per ragioni attitudinali e livello formativo) a *svolgere i delicati compiti del servizio* alla persona, che richiedono un certo orientamento all'"altro", adeguate competenze relazionali e consapevolezza di sé. Ciò incrementa il rischio di comportamenti non idonei o nocivi nell'ambito del servizio.

In secondo luogo, si sottolinea il tema della formazione che, anche dopo l'inserimento in struttura, è fondamentale per "attrezzare" costantemente il personale alle nuove esigenze dell'organizzazione e della cura. *Senza adeguata formazione l'operatore fatica ad affrontare ospiti con problematiche particolari* di tipo cognitivo o disturbi comportamentali o anche semplicemente a negoziare in modo costruttivo con le istanze delle persone utenti e dei familiari. Se l'addetto non possiede gli strumenti e la consapevolezza per svolgere il suo lavoro, sono più probabili errori tecnici e relazionali e conseguenti frustrazioni, senso di inadeguatezza, che possono nuocere sia all'interessato sia alle persone con cui deve trattare.

Ma fra le carenze che possono generare maggiori problemi in relazione al tema vi sono certamente quelle inerenti alla *gestione diretta delle risorse umane da parte dei responsabili di vario livello*<sup>1</sup>. È, infatti, noto che la qualità del rapporto fra responsabili e personale ai diversi livelli dell'organizzazione è strettamente interdipendente con il modo in cui gli operatori si rapportano con le persone utenti e le loro famiglie.

Anzitutto, è importante che i responsabili dei servizi *non manchino di garantire* - come talora capita, anche per ragioni non dipendenti da loro - adeguate condizioni organizzative (*ad es. obiettivi chiari, metodi, strumenti, supporto*) e di favorire un buon clima *nell'organizzazione e nei gruppi di lavoro*; condizioni fondamentali sia per la prevenzione dei fenomeni citati, sia per il miglioramento della qualità del servizio.

---

<sup>1</sup> Riguardo al tema delle carenze nella gestione diretta dei collaboratori, sono emersi alcuni esempi concreti nella discussione del Gruppo di lavoro, che si riportano in nota per fornire ulteriori elementi di discussione. Le osservazioni riguardano l'esercizio dei ruoli di RAA e Coordinatore. **Esercizio del ruolo di RAA.** Talora, quando il RAA svolge attività di controllo diretto sugli operatori, viene "tacciato" di sostituirsi al Coordinatore, ma si tratta di un errore, di un fraintendimento di carattere organizzativo. Il RAA - secondo le descrizioni tipiche del ruolo - è, fra l'altro, responsabile del controllo, della verifica e della valutazione dell'attività svolta dai propri diretti collaboratori. **Esercizio del ruolo di Coordinatore.** Esiste il rischio che, quando il CR - a fronte di difficoltà reali - non è sufficientemente ascoltato e supportato dall'organizzazione (in particolare dalla posizione superiore), possa cercare in modo eccessivo il consenso da parte dei diretti collaboratori, fungendo talora da 'tutore' del gruppo nei confronti dell'organizzazione o dei famigliari. Ciò rischia talora di tradursi in carenze nel servizio, nell'ascolto e nella tutela delle persone ospiti.

Il clima relazionale instaurato dipende in buona parte dalle condizioni organizzative, dalla cultura del servizio, ma può essere *influenzato significativamente* (in senso positivo o negativo) *dallo stile gestionale e dall'esempio personale dei responsabili* di vario livello.

*Il clima può inibire o facilitare le persone nel segnalare preventivamente le proprie difficoltà, i propri disagi, le fasi di stress, i comportamenti con rischi di maltrattamento propri o altrui; in altri termini può concorrere a creare o a prevenire gli episodi di disagio o maltrattamento di cui si tratta<sup>2</sup>.*

Inoltre è necessario che i responsabili non trascurino di valutare i comportamenti professionali del personale (in particolare la relazione con gli ospiti) e gli esiti ottenuti, sia in termini di efficacia, sia di percezione della qualità da parte delle persone e delle famiglie, anche al fine di *intercettare tempestivamente lacune nella risposta ai bisogni delle persone, scarsa personalizzazione ed episodi specifici di maltrattamento.*

Si rileva, tuttavia, che una valutazione puntuale e sistematica delle risorse umane così come del clima, non è sempre presente nell'ambito dei servizi.

In questa rapida rassegna relativa al tema abbiamo evidenziato – senza pretese di completezza - diversi fattori critici connessi a condizioni di disagio e rischi di maltrattamento verso le persone non autosufficienti. Ne emerge un quadro complesso dove si intrecciano elementi soggettivi, professionali, organizzativi, gestionali e culturali, che coinvolgono diverse componenti implicate a vario titolo nella gestione dei servizi.

Nei paragrafi che seguono prenderemo in esame *diversi aspetti delle organizzazioni dei servizi alla persona sui quali si può intervenire per prevenire ed evitare situazioni di disagio e maltrattamento.* Si tratta di *fattori fra loro strettamente interdipendenti, che vanno letti e gestiti in termini sistemici all'interno delle organizzazioni.*

Diversi di questi aspetti possono interessare – fatte le dovute differenze - anche *l'ambito familiare* e offrire spunti di riflessione in tal senso.

---

<sup>2</sup> In questo senso va ricordato che nei diversi casi drammaticamente emersi nel nostro paese, *il problema del maltrattamento è stato spesso rilevato nella sua evidenza da persone esterne* all'organizzazione, come tirocinanti, visitatori o altro; "come se" all'interno delle strutture il problema fosse ignorato, non sufficientemente considerato/monitorato o non ci fosse comunque da parte di chi ne era a conoscenza la determinazione e/o la possibilità di farlo emergere in modo esplicito.

In certi casi si possono generare episodi di *reticenza od "omertà"* da parte degli operatori e del gruppo; talora anche in base all'idea che tutti potrebbero – in certe circostanze - essere colti in fallo e avrebbero perciò qualcosa da perdere ad esplicitare i problemi esistenti e il comportamento altrui.

In altri casi, il personale – in assenza di azioni di prevenzione, controllo, dialogo da parte dei responsabili - può anche arrivare a *minimizzare o tollerare comportamenti negativi* verso le persone non autosufficienti, *in una sorta di autoreferenziale conformismo di gruppo*, in cui si assopiscono o vengono comunque scoraggiate le capacità critiche individuali.



### 3. Aree di prevenzione del maltrattamento e possibili 'leve' di intervento.

#### 3.1. Selezione, inserimento, formazione di base e continua come strumenti di prevenzione

In generale, pur nelle differenze specifiche, tutte le professioni di aiuto e cura, che prevedono una relazione diretta e impegnativa fra operatore e persona utente, comportano non solo il possesso delle abilità tecniche connesse all'esercizio del ruolo, ma mettono in gioco anche capacità 'più personali', cioè *oltre al "saper fare" anche un certo "saper essere"*, e una certa "delicatezza" e sensibilità nei riguardi delle emozioni, dei valori e delle aspettative delle persone in cura. Capacità che sono essenziali, come del resto la *consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri limiti* e, in generale, la *capacità di tutelare il proprio stato fisico e mentale*, onde non scivolare in situazioni di burn-out; situazioni che possono comportare malessere, perdita di controllo e atteggiamenti negativi da parte dell'operatore, con conseguenti ricadute, più o meno gravose, sugli assistiti.

Le competenze citate devono essere previste nella *formazione di base* per l'esercizio di certi ruoli e professioni nel campo dei servizi alla persona e di seguito verificati e rinforzati durante il percorso professionale degli addetti.

In questo senso anche *la selezione, l'inserimento e la formazione continua* del personale sono elementi fondamentali per prevenire circoli viziosi e interdipendenze negative fra operatore e persone utenti.

Per quanto riguarda *la selezione* del personale nell'ambito dei corsi di formazione e qualifica, è preziosa la collaborazione dei *Centri di Formazione e degli Organismi di valutazione* (Commissioni di esame) sia nella *selezione di ammissione ai corsi, sia nell'esame finale*; in particolare su temi connessi alla relazione con la persona in cura, alla prevenzione dello stress correlato al lavoro e – per i ruoli di responsabilità – agli aspetti inerenti alla gestione e sviluppo delle risorse umane.

In generale, è importante *un confronto preventivo con gli enti di formazione sulle esigenze e i criteri di reclutamento e sui bisogni formativi dei servizi alla persona*, in coerenza con le esigenze dell'utenza e lo sviluppo delle organizzazioni<sup>3</sup>.

*La selezione e il reclutamento restano comunque prerogative essenziali delle organizzazioni*. E' necessario che esse valutino le *caratteristiche della persona (predisposizione, motivazione e competenze maturate)* in relazione al tipo di lavoro richiesto. Nel caso di carenze riscontrate, l'organizzazione può scegliere di non procedere all'assunzione o - in altre circostanze – di garantire successivamente *una formazione integrativa o supervisione sul campo*, al fine di compensare le lacune e indirizzare la crescita professionale del personale in modo idoneo.

La fase **dell'inserimento lavorativo** del personale è un altro momento prezioso:

- o sia di *"imprinting"*, per sottolineare gli aspetti essenziali e le finalità del lavoro, in primis il *rispetto e l'ascolto delle esigenze dell'utenza*, come parametro fondamentale della propria attività;

---

<sup>3</sup> Ciò è particolarmente importante in un periodo in cui molte persone senza lavoro cercano un inserimento – anche provvisorio – nei servizi alla persona e frequentano a tal fine corsi a mercato.

- o sia di *verifica e valutazione* – fra le altre cose - del *comportamento professionale e relazionale verso le persone utenti e verso i colleghi* (fra questi due aspetti esistono interdipendenze significative).

La formazione deve avere un carattere continuo anche dopo l'ingresso nell'organizzazione, in coerenza con:

- o *le esigenze delle persone utenti e le necessità di personalizzazione degli interventi*;
- o *le esigenze di crescita professionale degli operatori; tra le quali non va dimenticata la consapevolezza circa le criticità del lavoro di cura e delle dinamiche relazionali.*

Il tema della formazione è molto importante anche per i caregiver familiari che assistono i loro congiunti a domicilio e per gli assistenti familiari assunti privatamente dalle famiglie.

Per loro la formazione può avere *una funzione essenziale di orientamento, di uscita dalla solitudine e di sostegno nelle difficoltà*, soprattutto a fronte di persone con patologie complesse. Inoltre, a partire da contesti formativi si possono creare *gruppi di confronto e mutuo aiuto* fra persone che condividono analoghe problematiche.

### **3.2. Monitoraggio e adeguamento delle condizioni del lavoro di cura e dei fattori di stress correlati**

I fattori che nel lavoro di cura generano stress sono molteplici e possono riguardare, come si è in parte accennato, gli aspetti sotto citati.

- **Il lavoro in senso stretto**, ad esempio, l'ambiente e la struttura in cui si lavora (più o meno agevoli e idonei alle tipologie di servizio), la carenza di strumenti e risorse, la presenza di risorse umane non sempre adeguata, i turni di lavoro stressanti.
- **L'aspetto economico e lo status**, cioè la considerazione, che in generale e nello specifico contesto lavorativo viene attribuito al ruolo esercitato<sup>4</sup>.

Il tema della *scarsa valorizzazione del lavoro "sociale" o "socio-assistenziale"*- a cui si richiede molta responsabilità e competenza, spesso senza fornire le condizioni e il supporto necessario per l'esercizio delle funzioni richieste - meriterebbe un capitolo a parte per la sua incidenza sul tema del maltrattamento e più in generale della qualità dei servizi.

- **Le caratteristiche dell'utenza**, più o meno complesse e difficili da gestire; ad esempio, la tipologia e quantità di richieste che ricevono gli operatori durante la giornata assistenziale; la specificità e il carattere tecnico degli interventi richiesti, la difficoltà nella progettazione, personalizzazione e continuo adeguamento degli interventi assistenziali.

Affrontare questi aspetti richiede strumenti per valutare i fattori stress e la differenza fra le aspettative dell'organizzazione nei confronti degli operatori e le loro effettive capacità di operare nelle condizioni date (sia per ragioni di carattere quantitativo che di competenza professionale). Ciò vale in particolare – come si è detto - nei casi in cui i servizi accolgono utenza che può presentare difficoltà particolari; si tratta di casi che richiedono un'adeguata valutazione dei carichi lavorativi e dei rischi.

---

<sup>4</sup> È noto che se il lavoratore ritiene la propria *retribuzione* inferiore a quanto è socialmente accettabile, ciò influisce negativamente sul suo grado di motivazione e senso di appartenenza all'organizzazione. Analogamente, *il modo in cui il ruolo è rappresentato e valorizzato (o scarsamente valorizzato)* nell'organizzazione può avere significativa incidenza sulla sua adesione e motivazione verso il contesto e il lavoro richiesto.

Ciò non impedisce – come spesso accade - all'operatore portato per tale lavoro, di trovare comunque buone motivazioni personali riguardo alla funzione sociale della sua attività e all'importanza della cura delle persone affidate (anche se il contesto non lo supporta adeguatamente e non facilita il suo impegno).

In tal senso, **l'ingresso di nuovi utenti** in struttura comporta uno sforzo metodico di consapevolezza e di responsabilità da parte dei responsabili, perché il rischio è quello di “scaricare” successivamente gli eventuali problemi sul livello operativo, senza le necessarie precauzioni. Se manca un costante monitoraggio e azione preventiva in questa direzione, l'organizzazione si espone ed espone i suoi operatori e utenti a situazioni non governate, che dipendono dal combinarsi contingente di reazioni individuali agli stati di disagio generati; situazioni foriere anche di conflitti relazionali, che logorano i rapporti personali ed ostacolano normalmente la soluzione dei problemi.

In casi analoghi a quelli citati è necessario (oltre alla valutazione e alla cura degli aspetti organizzativi e di gestione delle risorse umane) predisporre **strumenti di supporto agli operatori**: si riportano alcuni esempi.

- Prevedere *una stanza di relax* o altre modalità di “alleggerimento” per gli operatori.
- Attuare la *rotazione del personale* su certe situazioni critiche ed eccessivamente impegnative sul piano fisico e/o psicologico; la “rotazione” del personale può essere utile anche per introdurre elementi dialettici e stimolanti in un gruppo ormai caratterizzato da comportamenti ripetitivi e poco inclini alla personalizzazione.
- Anche in questo ambito, una *formazione specifica sulla gestione quotidiana dello stress in ambito lavorativo* può costituire sia un utile fattore di consapevolezza, prevenzione e *autotutela individuale*, sia un'occasione di *dialogo costruttivo, con colleghi e responsabili*, al fine di affrontare con maggiore collaborazione reciproca le situazioni potenzialmente più stressanti.
- Un importante aiuto e un fattore di riduzione dello stress può essere dato dalla *possibilità di supervisione per gli operatori* nella gestione di situazioni complesse e difficili.
- Altrettanto utile e facilitante è poter usufruire dell'*azione di supporto consulenziale delle UVG/M verso personale delle strutture*, per la gestione dei casi critici e la valutazione dei requisiti necessari ad una gestione *sia appropriata sia sostenibile* da parte degli operatori.

### **3.3. Responsabilità organizzative e qualità della gestione come cardini della prevenzione**

Come si è già accennato, i fattori individuali che possono indurre abuso e maltrattamento sono a loro volta influenzati da aspetti ambientali e organizzativi e dalla loro gestione da parte dei responsabili di vario livello.

Per queste ragioni, da una parte, sarebbe *sbagliato cercare il “capro espiatorio”* di certe situazioni di maltrattamento (ricerca che in ambito organizzativo è normalmente fuorviante e tende a confondere “cause” con “colpe”, a formulare giudizi sommari, piuttosto che a cogliere l'insieme dei fattori influenti su cui lavorare), dall'altra, *non si può nemmeno pensare la prevenzione come una lista di interventi fra loro autonomi*, che rischierebbero di essere vanificati da altri aspetti non coerenti o integrati dell'organizzazione.

Anche un elemento importante, citato al punto 3.1. come *la formazione del personale, non è di per sé sufficiente a prevenire i rischi di cui si parla*, se la struttura organizzativa, l'impostazione del lavoro e lo stile di gestione delle risorse umane da parte dei responsabili non assicurano condizioni di contesto e relazionali coerenti con le finalità della formazione stessa. Non è, infatti, raro verificare che corsi formativi adeguati e graditi da operatori e responsabili, trovino ben poco riscontro nella prassi lavorativa quotidiana.

Lo stesso vale per *le buone prassi* esemplificate al punto 3.2., il cui esito dipende in buona parte da quanto sono effettivamente integrate con la gestione dell'organizzazione e delle risorse umane perseguita dai responsabili.

Veniamo, dunque, ad un nodo cruciale del nostro discorso, da cui dipende largamente tanto *la qualità del servizio* (e il benessere possibile delle persone anziane), quanto – in modo correlato – *la prevenzione e possibile eliminazione degli episodi di maltrattamento* a danno delle persone utenti.

Come è noto, il cosiddetto **“momento della verità del servizio”** si realizza nel momento dello scambio - a livello operativo, nel momento di erogazione - fra operatori/professionisti di diverse competenze (più o meno integrati fra loro) e la persona utente (la sua famiglia). Qui si gioca e si verifica in buona sostanza *la qualità effettiva del servizio erogato*.

Decisive in tal senso – come si è detto – sono la capacità, la motivazione e il saper essere degli operatori, che vengono espressi nel momento dell'incontro con la persona e nella risposta ai suoi bisogni. Tuttavia, *il buon esito del momento della verità dipende anche dall'“agio professionale” degli operatori, cioè dalle condizioni di contesto (professionale, gestionale e organizzativo) che devono essere garantite dai livelli superiori di responsabilità; in altri termini, dalle diverse funzioni di coordinamento e responsabilità dei Soggetti Gestori, in rapporto con i rispettivi livelli della Committenza.*

Si può, dunque, dire che esiste una stretta interdipendenza fra le modalità di gestione dei collaboratori adottate dai responsabili di vario livello e il rapporto effettivo che i collaboratori del livello operativo adottano nel relazionarsi con le persone utenti e le loro famiglie.

Detto più chiaramente: il modo in cui i responsabili considerano e trattano gli operatori influenza decisamente il modo in cui questi ultimi considerano e trattano le persone utenti. Ad esempio, è improbabile che un operatore che non trova ascolto rispetto alle proprie difficoltà di lavoro assistenziale possa essere facilitato o motivato all'ascolto delle molteplici e variabili esigenze delle persone utenti. Diverso sarà, probabilmente, il suo comportamento se si sente indirizzato, ascoltato, supportato e anche formato sul campo, sia dal responsabile che in equipe.

D'altra parte - come già accennato nell'introduzione - i responsabili di vario livello devono innanzitutto: *creare le condizioni per il buon lavoro dei propri collaboratori e valutarne costantemente processi, comportamenti ed esiti*, fra i quali risulta decisivo *l'impatto dell'azione dei collaboratori nei riguardi delle persone utenti*.

Dunque, se è vero che *“il momento della verità”* dipende largamente dalla qualità professionale e umana degli operatori, esso *non può, tuttavia, essere banalmente “scaricato” sul livello operativo*, le cui possibilità di operare e il cui agio lavorativo, dipendono, oltre che dal *contesto organizzativo*, dalle *effettive modalità gestionali dei responsabili*.

Ci riferiamo, ad esempio, ai seguenti aspetti gestionali, che influenzano notevolmente – in base al modo in cui vengono definiti e attuati, le relazioni responsabile-collaboratore:

- o chiarezza circa: ruoli, confini di ruolo, relazioni organizzative, compiti, obiettivi;
- o ascolto e coinvolgimento dei collaboratori, attenzione costante al loro feedback;
- o supporto, correzione, formazione sul campo;
- o monitoraggio e verifica, valutazione delle performance individuali e del servizio, interventi di correzione e rinforzo;
- o confronto sulle valutazioni effettuate e in particolare sulla percezione della qualità delle persone utenti e dei familiari.

In particolare è importante che lo stile gestionale del responsabile (e delle posizioni superiori) crei delle condizioni di contesto e un clima in cui si realizzino i seguenti aspetti.

- o Venga favorita *l'integrazione e lo spirito di collaborazione*. Tali elementi giocano sia a favore degli operatori che delle persone utenti; si può, infatti, prevedere che se le componenti professionali e organizzative non sono in sintonia fra loro ma disorganiche o addirittura in conflitto, ciò nuoce all'utenza. In tal senso l'équipe resta un momento e uno strumento fondamentale di integrazione a livello operativo e interprofessionale, da svolgere *in orario di lavoro, con la presenza di tutte le componenti necessarie*.
- o Venga favorita una gestione del servizio basata sulle esigenze e le istanze delle persone in cura, in cui il *progetto personalizzato sia effettivamente il riferimento fondamentale* per il lavoro integrato di cura, per la relazione con la persona e la famiglia e per la valutazione degli esiti ottenuti.
- o Venga creato un contesto organizzativo - relazionale in cui *l'operatore possa essere ascoltato e sentirsi libero di manifestare le sue difficoltà, i suoi disagi e chiedere aiuto in situazioni o casi difficili*; comportamenti che – come si accennava - dovrebbero essere favoriti come elementi di prevenzione dello stress (e del potenziale maltrattamento) e di miglioramento della qualità possibile del servizio.

Da una parte, si tratta di *elementi gestionali* che convergono nel garantire e verificare la qualità del servizio e – contestualmente - nel creare un clima ed un ambiente più favorevole all'operatore ed alla sua azione di cura, attivando così dei possibili *circoli virtuosi fra clima positivo ed esiti di qualità (sia a vantaggio degli operatori che degli utenti)*.

Dall'altra, potremmo anche definirli *elementi culturali*, perché attraverso la gestione *traducono valori essenziali del servizio in azione organizzativa e prassi concreta*.

L'ultimo punto citato è coerente con una *cultura dell'ascolto e della gestione "costruttiva" dell'errore, dell'episodio negativo*, come punti di partenza per il miglioramento della qualità.

Non rilevare e palesare problemi od errori nei tempi giusti può comportare in seguito conseguenze ben più gravi. Per diverse organizzazioni, in cui vi è reticenza sulle difficoltà e i problemi (ad esempio, i casi di stress e maltrattamento), questo aspetto potrebbe costituire un elemento decisivo, ma comporta appunto *un cambiamento strategico, del modo stesso di vedere le cose, ai vari livelli di responsabilità*.

### **3.4. Apprendimento organizzativo e "comunità di pratica" fra i responsabili dei servizi, in materia di prevenzione del maltrattamento**

Riguardo all'ampia gamma di temi organizzativi e gestionali citati, risulta molto importante *la selezione e la formazione continua dei responsabili di vario livello nelle organizzazioni di servizi alla persona*.

Importante può esser anche – a livello distrettuale o talora più vasto - l'azione di *confronto fra responsabili (Coordinatori Responsabili, RAA, Coordinatori infermieristici)* delle strutture assistenziali; ad esempio, attraverso l'azione di raccordo, promozione e formazione dei Servizi Assistenza Anziani territoriali o le iniziative formative promosse nel quadro degli indirizzi della CTSS.

Si potrebbero, ad esempio, favorire delle vere e proprie *"comunità di pratica"*, nelle quali i professionisti che esercitano lo stesso ruolo possano *scambiarsi buone prassi, anche sulla prevenzione del maltrattamento, e affrontare problemi comuni*, al fine di essere più consapevoli dell'evoluzione dei servizi e usufruire dell'esperienza altrui. Ciò consentirebbe loro di acquisire anche *maggiori possibilità di dialogo e negoziazione con le posizioni superiori* – cioè con i

rappresentanti della gestione e della committenza - in merito ai principali temi della qualità del servizio e delle condizioni necessarie per ottenerla.

### **3.5. *Committenza e altre parti interessate in un'azione condivisa di miglioramento qualitativo e di prevenzione del maltrattamento***

Ovviamente il contesto e i vincoli ambientali influenzano anche i Responsabili dei servizi nella loro funzione di creare le condizioni adeguate per i collaboratori. Tali vincoli derivano – oltre che dalle situazioni contingenti o interne alla gestione – anche dal tipo di rapporto e dalle *modalità di comunicazione con i rappresentanti della Committenza, degli Enti e delle diverse parti interessate del territorio*.

In effetti, anche delegando una serie di funzioni di servizio al Soggetto gestore, la Committenza non perde la sua responsabilità e quindi facoltà di agire in merito; ad esempio, la facoltà di compiere *verifiche sulla qualità della gestione, sul modo di erogare il servizio e di trattare* (da ogni punto di vista) *le persone utenti*. In sostanza, non è pensabile che la Committenza non eserciti pienamente queste sue facoltà, perché ne porta comunque la responsabilità; e mentre i compiti o le funzioni sono delegabili, le responsabilità restano a carico di chi le ha assunte (anche se, ovviamente, i Gestori sono a loro volta responsabili verso la Committenza).

Ciò significa che il dialogo e la negoziazione di merito fra Committenza e Gestione (sui programmi, le modalità gestionali e la valutazione degli esiti) è necessario e va sistematicamente rinnovato, proprio a tutela della qualità del servizio verso l'utenza.

Del resto la visione complessiva che i sistemi per la qualità propongono è quella di *misurare la qualità innanzitutto in relazione alla persona utente, ma anche in rapporto a tutte le "parti interessate"* al funzionamento dei servizi, come i familiari, il personale, i gestori, la committenza, i rappresentanti dell'utenza e così via. Secondo questa impostazione – che chiama in causa e a collaborare tutti i soggetti e le competenze coinvolte, *secondo le loro diverse responsabilità* – risulta forse più probabile progettare e realizzare servizi più adeguati, che costituiscano la migliore *garanzia anche verso i rischi del maltrattamento*.

### **3.6. *Coerenza fra lavoro sulla qualità e prevenzione del maltrattamento***

Come si evince dai paragrafi precedenti, risulta cruciale che *le azioni di prevenzione a molteplici livelli siano fra loro coerenti ed integrate*, nel quadro di un sistema di gestione della qualità. Sarebbe, infatti, strano che la prevenzione del maltrattamento fosse separata dalla logica complessiva di costruzione e miglioramento della qualità che le strutture da anni perseguono, culminato nei percorsi e negli strumenti di Accreditamento dei servizi previsti dalla Regione.

In questo senso, può essere utile che riguardo al tema in questione si individuino o si sottolineino ulteriormente – oltre a quanto già è previsto dall'Accreditamento – *indicatori ed evidenze* che favoriscano un processo costante di confronto fra i diversi livelli dell'organizzazione e le parti interessate.

A tal fine il Gruppo di lavoro, per favorire la discussione in merito, ha elaborato una Scheda dal titolo: *Aree di intervento, Attese ed Evidenze su "Qualità del servizio alla Persona e Prevenzione del Maltrattamento"*; si veda l'Allegato al presente documento<sup>5</sup>.

---

5 N.B. E' già stato chiarito internamente e riferito nel contesto del Gruppo integrazione che il "Gruppo di lavoro sul maltrattamento" non intende sostituirsi ad altri organismi competenti in materia di Qualità. Il tentativo sviluppato in merito alla citata Scheda ha soltanto un valore esemplificativo

La Scheda riprende 10 Aree di intervento che sono in linea con quanto già previsto nell'ambito Accreditamento e specifica elementi che si ritengono importanti sia ai fini della Prevenzione del Maltrattamento sia in funzione del miglioramento della Qualità del servizio.

I temi sviluppati (anche attraverso *indicatori ed evidenze*), nell'ambito della citata Scheda, riguardano diversi aspetti coerenti con l'impostazione e contenuti già espressi nel presente documento, che *si possono meglio apprezzare leggendo la Scheda stessa*.

*A titolo esemplificativo si riportano i seguenti*: la chiarezza dei ruoli e delle responsabilità (soprattutto in merito alle questioni più attinenti al benessere della persona); la verifica delle competenze e del comportamento professionale del personale e la formazione costante in merito ai temi cruciali dell'assistenza e della buona relazione; sistemi di prevenzione dei rischi di burn-out e di maltrattamento; l'ascolto costante della persona su tutti gli aspetti inerenti alle sue esigenze e il suo benessere psicofisico; il rispetto della dignità e delle esigenze della persona, della sua facoltà di decidere e il maggior coinvolgimento possibile della persona utente e della famiglia nella definizione e verifica dei progetti personalizzati e delle attività programmate (in modo che non possano essere ignorate esigenze, richieste e stati di disagio o altro); ascolto e verifiche con i familiari; verifiche periodiche in struttura previste dalla committenza sulle fasi cruciali del servizio alla persona; sistemi di valutazione delle performance del personale di tutti i livelli e della qualità del servizio in generale; sistemi di autovalutazione all'interno dell'organizzazione, di valutazione della qualità percepita da parte delle persone e dei familiari e del clima organizzativo; sistemi di rilevazione dei disservizi e delle anomalie o dei comportamenti non idonei e scorretti del personale e azioni correttive e di miglioramento in merito, ecc.

Una parola in più va spesa sul tema della **valutazione** e delle sue possibili articolazioni (aspetto talora negletto o non sufficientemente praticato nelle organizzazioni). Senza adeguata valutazione dei diversi aspetti del servizio alla persona, si può dire che non vi sia *vera gestione* del servizio.

Gestire il servizio non è semplicemente intervenire quando emergono dei problemi, ma *creare condizioni adeguate al funzionamento del servizio stesso, intervenire sul piano gestionale e prevenire i disservizi o gli episodi di maltrattamento*; ciò richiede un costante lavoro di monitoraggio, valutazione ed autovalutazione da parte di tutti, ma in particolare da parte dei responsabili di vario livello.

In tal senso è importante, ad esempio, *la valutazione delle performance professionali individuali degli operatori da parte dei relativi responsabili* (e così, analogamente, per ciascun ruolo, salendo la scala gerarchica). Si pensi ad esempio quanto può essere rilevante, ai fini del nostro tema, *la valutazione costante degli operatori in merito alla relazione con le persone utenti, con familiari, al rispetto della privacy, al rapporto di integrazione con i colleghi, ecc.*

In modo e per ragioni diverse può essere molto importante che (oltre alla valutazione interna) ogni servizio o struttura venga *valutato anche dall'esterno*, in base a chiari e rigorosi criteri professionali ed organizzativi condivisi con i gestori, secondo modalità previste dalla committenza, per verificare il funzionamento e gli esiti del servizio e, in particolare, l'impatto sull'utenza e i familiari e il loro gradimento. Si tratta di temi delicati nei rapporti fra le parti, ma *decisivi per ottenere un più efficace controllo sulle variabili cruciali dei servizi e maggiori possibilità di valutazione effettiva* della qualità (ossia una valutazione *non meramente burocratica e formale*), a favore delle persone utenti e – in fondo – di tutta la cittadinanza.

Coerentemente con questi strumenti è importante prevedere che le strutture/i servizi abbiano un carattere sempre più *dialogico, trasparente e aperto sia verso i familiari sia verso tutte altre le parti interessate e la cittadinanza nel suo complesso*, ad esempio, *le associazioni dei familiari, il volontariato di settore ecc.*

---

e sperimentale, con il mero scopo di favorire l'approfondimento comune in merito. L'esito dell'elaborazione (del resto provvisorio e circoscritto) verrà offerto alla discussione comune nell'ambito del Gruppo integrazione e – se lo si riterrà opportuno - al confronto con gli organismi territoriali competenti.





Lo scopo di tali azioni è quello di **dar sempre più voce** – anche attraverso le loro rappresentanze - **alle persone e alle famiglie utenti e di favorirne l'empowerment**, bilanciando in tal modo quelle asimmetrie di potere sopra richiamate e favorendo contestualmente la qualità effettiva dei servizi e il benessere complessivo delle persone a cui essi sono dedicati.

#### **N.B.**

Un tema da non dimenticare in tal senso è quello degli anziani o persone non autosufficienti soli (senza familiari) in struttura, per i quali l'ascolto, la tutela, la valutazione del progetto assistenziale e del servizio prevede, fra l'altro, il ruolo importante dell'Assistente Sociale di riferimento.

## **4. Una proposta aperta a tutte le parti interessate per la realizzazione di un percorso condiviso adeguato alla complessità del problema**

Come si è cercato di mostrare nel presente documento, il tema del maltrattamento è complesso, deriva da molteplici fattori interdipendenti e riguarda – seppure in modo diverso - tutte le componenti via, via citate.

Se questo è vero, sembra logico *rispondere alla complessità del problema* coinvolgendo in un percorso di confronto e azione *tutte le "parti interessate" al tema specifico e, più in generale, alla qualità nell'ambito delle strutture per persone non autosufficienti* (riservandosi di estendere ulteriormente l'ambito di intervento dopo una prima sperimentazione).

Si ritiene in tal modo di poter seguire la logica stessa che le metodiche della qualità suggeriscono (riferendosi al concetto di "parti interessate"), cioè quella di confrontarsi con i punti di vista dei diversi attori – ciascuno secondo le sue competenze e responsabilità – per tenere conto delle loro istanze e del loro contributo in merito e definire un percorso condiviso *che costituisca la base di partenza per affrontare in termini sistemici e collaborativi i problemi posti e ottenere un miglioramento significativo rispetto ad essi, nel nostro ambito territoriale.*

Per **parti interessate** si intendono, in linea di massima:

- le Persone utenti e i loro Familiari e i loro rappresentanti (ad esempio le Associazioni)
- i Soggetti Gestori
- i Responsabili e il Personale delle strutture
- i rappresentanti della Committenza, Comuni e A.USL, Enti interessati del territorio; gli Assistenti sociali interessati, i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni, gli Uffici di Piano Integrati
- le Associazioni di Volontariato
- i Sindacati interessati
- gli Enti di Formazione del territorio
- altri soggetti della comunità che possano contribuire allo sviluppo e al miglioramento del Welfare locale.

Si profila in tal senso un percorso condiviso fra *Pubblico, Privato, Terzo settore* che può dar adito ad elaborazioni, sperimentazioni, metodologie di lavoro e forme di collaborazione innovative. Un'*azione condivisa e integrata* in cui ogni parte assuma sia piena responsabilità del suo compito specifico sia parte della *"responsabilità condivisa di sistema"* che la gestione di organizzazioni complesse come i servizi alla persona richiede, al fine di ottenere una qualità del servizio tendente al maggior benessere possibile delle persone utenti.

L'ipotesi di lavoro che qui si delinea, *da perfezionare e condividere con i rappresentanti designati dalle parti interessate* sopra citate, è la seguente.

- Organizzare *momenti di libero confronto e riflessione* con i rappresentanti delle parti interessate sui temi del maltrattamento ed altri correlati, enunciati nel *presente Documento*; momenti *finalizzati a definire i punti di comune impegno* in ordine al tema.
- **Costituire un Comitato di progetto** che sulla base delle opzioni condivise delinea *il percorso comune e il contributo di ciascuna parte interessata*.

In linea di massima – senza anticipare alcuna scelta, ma solo per stimolare la discussione – si possono ipotizzare diverse tipologie di intervento come di seguito elencate (che verranno poi sviluppate o ridefinite dal Comitato di progetto e proposte all'insieme delle componenti coinvolte).

- *Azioni formative sul tema*, destinate al personale che lavora a vari livelli nelle strutture.
- *Seminari pubblici sul tema*, aperti a tutta la cittadinanza, con la presentazione di *buone prassi di prevenzione del burn-out e del maltrattamento*, già sperimentate nell'ambito dei servizi o anche nei confronti dei caregiver familiari.
- Valutare in modo condiviso la possibilità di utilizzare le *indicazioni del presente Documento e dell'Allegato* (ulteriormente implementate e validate anche in base ai percorsi formativi), per *sperimentare interventi di valutazione del rischio e azioni di prevenzione e contrasto al maltrattamento* nell'ambito dei servizi.
- Definire, a partire da quanto già esiste ed è previsto dalla normativa e dagli esiti della sperimentazione, *modalità condivise di autovalutazione e valutazione* sul tema del maltrattamento, in correlazione con le variabili cruciali della qualità individuate.

Come si può notare, l'ipotesi di lavoro è volutamente indicativa e ancora da definire in modo puntuale, proprio perché la metodologia che si propone comporta *un reale e responsabile coinvolgimento di tutte le parti interessate in una comune azione di sistema*.

Sarà compito del *Comitato di progetto* definire in modo più compiuto le prime azioni da intraprendere e verificare via, via lo sviluppo del percorso ipotizzato.

Nota a seguito dell'approvazione del documento "Prevenzione del maltrattamento nei servizi per le persone non autosufficienti" da parte dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, nella seduta del 9 maggio 2017.

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha approvato il presente documento nella sua globalità (testo base e allegato), condividendone l'impostazione, l'analisi dei principali fattori inerenti al fenomeno, nella loro complessità e interdipendenza, l'individuazione delle aree di prevenzione del maltrattamento e la proposta delle possibili "leve" di intervento finalizzate a tale scopo. Temi e linee di lavoro che si dovranno poi ulteriormente sviluppare, precisare e condividere nel confronto con le parti interessate.

La discussione in merito ha evidenziato che *il tema in oggetto, data la sua complessità, non può essere affrontato in termini puramente "tecnici" o riduttivi e richiede uno sforzo comune e consapevole di tutte le parti interessate* (ciascuna per quanto di competenza).

In relazione alla complessità del tema e alla mancanza di soluzioni facili ed immediate, si è ribadita la necessità di *guardare al tema con maggiore apertura e di valutare con attenzione* – nei percorsi che verranno avviati - *i pro e i contro delle possibili linee e modalità di intervento*; in tal senso potranno essere prese in considerazione anche le ipotesi

attualmente emerse nei territori (quali, ad esempio, le soluzioni di tipo tecnologico), esaminando sia le motivazioni che le hanno sollecitate sia le controindicazioni in merito e gli eventuali effetti indesiderati che ne possono derivare.

**ALLEGATO 1 - AREE D'INTERVENTO, ATTESE ED EVIDENZE SU "QUALITA' DEL SERVIZIO ALLA PERSONA E PREVENZIONE DEL MALTRATTAMENTO"**

<u>Aree</u>	<u>Attese</u>	<u>Evidenze</u> (esempi da sviluppare e/o precisare)
<b>1. Politica e pianificazione strategica</b>	Il servizio è condotto in modo responsabile	<p>Esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegnazione formale delle responsabilità per il conseguimento degli obiettivi per la qualità a tutti i livelli di personale (da non confondersi con la designazione del responsabile della qualità)</li> <li>- Definizione chiara e diffusa (conosciuta) dei ruoli, dei compiti e delle responsabilità del personale del servizio (da non confondersi con l'organigramma o il funzionigramma)</li> <li>- <i>In particolare, definizione chiara e diffusa delle responsabilità (ai diversi livelli e in base alle diverse competenze) in merito alla tutela e al benessere delle singole persone assistite (ci si riferisce sia alle singole esigenze di vita, assistenza e cura degli ospiti in struttura, sia al benessere complessivo della persona, inteso come prodotto dei diversi aspetti trattati); definizione delle responsabilità in merito alla verifica dello stato effettivo di benessere (azioni di ascolto e verifica del gradimento delle persone e dei familiari, presa in carico dei disagi e delle criticità del servizio, sia sul piano tecnico che relazionale, aspetti inscindibili)</i></li> <li>- <i>Esistenza di una Matrice di responsabilità inerente agli aspetti più critici e significativi del servizio alla persona.</i></li> </ul> <p><u>Elementi e modalità di verifica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Determine, delibere, manuali di organizzazione con adeguate descrizioni dei ruoli (posizioni), atti sottoscritti per accettazione</i></li> <li>- <i>Colloquio con i responsabili di diverso livello e competenza</i></li> <li>- <i>Colloquio con gli operatori, di diversi ruoli e competenze professionali (e confronto fra gli elementi emersi)</i></li> <li>- <i>Colloqui e verifiche con le persone e i familiari</i></li> <li>- <i>Colloquio con gli Assistenti Sociali circa il loro intervento di responsabili del caso nei servizi (soprattutto nei casi di persone sole o la cui famiglia è difficilmente contattabile)</i></li> </ul>

<u>Aree</u>	<u>Attese</u>	<u>Evidenze</u> (esempi da sviluppare e/o precisare)
<b>2. Pianificazione operativa del servizio</b>	<p>a) Il servizio è condotto da persona adatta al compito</p> <p>b) Il servizio è <i>personalizzato</i>; (gli operatori conoscono gli ospiti loro affidati e ne rispettano le esigenze</p> <p>c) <i>le persone assistite e le loro famiglie condividono i programmi e i progetti personalizzati che li riguardano; il servizio è coerente con quanto pianificato ed è modificabile in base alle esigenze delle persone ospiti e delle loro famiglie</i></p>	<p>Esempi:</p> <p>a) Qualifiche del personale in relazione al ruolo assegnato Certificazione delle competenze (vedi ruolo dei Centri di Formazione) Supervisione e valutazione dell'attività del personale <i>da parte dei responsabili di vario livello e competenza ed eventualmente da parte di esperti esterni (vedi punto 1)</i></p> <p>b) - c) <i>Programmi di attività</i> in relazione alle caratteristiche degli ospiti, anche differenziati in base ad esigenze di gruppi omogenei di utenti o di singoli Modalità di raccolta delle richieste/attese dei singoli utenti e/o delle famiglie Definizione di obiettivi di salute e benessere dei singoli, <i>condivisi, verificati e riveduti periodicamente con la persona e con i familiari</i> Incontri formalizzati di discussione/revisione di casi</p> <p><u>Elementi e modalità di verifica:</u></p> <p>a) Definizione di criteri di selezione del personale, in relazione alle esigenze dell'utenza e del servizio; curriculum e fascicolo personale della formazione del personale</p> <p><i>Rilevazione delle percezioni circa il servizio, il ruolo e i compiti svolti, attese e motivazioni da parte del personale (modalità di ascolto-raccolta-supporto) (vedi anche punto 1)</i></p> <p><i>b) - c) programmi e progetti personalizzati adeguati, discussi e verificati con le figure interessate e con persona e famiglia;</i> <i>gli ospiti e i familiari sono a conoscenza dei programmi e in particolare degli obiettivi del progetto assistenziale - fin dal momento dell'ingresso in struttura - e si tiene conto delle loro esigenze nell'ambito della struttura</i> <i>(verifiche o colloqui con personale e familiari, vedi anche altri punti e in particolare punto 9)</i></p>

<u>Aree</u>	<u>Attese</u>	<u>Evidenze</u> (esempi da sviluppare e/o precisare)
3. Comunicazione, trasparenza, partecipazione	Garantire una scelta informata. Gli ospiti mantengono i contatti con la famiglia	<p>Esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sono note le modalità d'accesso e le regole della vita comunitaria.</li> <li>- Viene garantita la libertà di visita.</li> <li>- <i>Viene condiviso il progetto assistenziale - fin dal momento dell'ingresso in struttura - con la persona e la famiglia, si accettano modifiche in relazione alle esigenze e alle aspettative delle persone in cura. (vedi anche punto 2)</i></li> </ul> <p><u>Elementi e modalità di verifica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La carta dei servizi dichiara ciò che la struttura offre e la struttura fa ciò che dichiara nella carta dei servizi.</li> <li>- La committenza ha facoltà di verifica della coerenza della carta dei servizi con l'attività svolta dalla struttura; <i>la committenza ha facoltà di predisporre verifiche periodiche in struttura sugli aspetti essenziali del servizio e le modalità di verifica e autovalutazione (in particolare sul benessere delle persone, la qualità delle relazioni e il clima).</i></li> <li>- I familiari non sono ostacolati/dissuasi ad entrare in struttura; i familiari possono relazionarsi anche con i singoli operatori o responsabili.</li> <li>- <i>Si effettuano verifiche o colloqui con le persone e i familiari per valutare gli aspetti citati.</i></li> <li>- <i>Evidenza che vengono segnalati e discussi in équipe e con gli interessati, i casi rilevati o segnalati di non ascolto, di trascuratezza da parte degli operatori, di disagio delle persone, di abuso e maltrattamento; che vengono presi i provvedimenti necessari allo scopo e sviluppate azioni di miglioramento in merito.</i></li> <li>- <i>Colloqui con gli AS circa il loro intervento di responsabili del caso. (vedi punto 1)</i></li> </ul>

<u>Aree</u>	<u>Attese</u>	<u>Evidenze</u> (esempi da sviluppare e/o precisare)
<b>4. Struttura</b>	Gli ambienti sono adatti, sicuri e ben mantenuti. Le camere da letto sono confortevoli e arredate con beni degli ospiti.	<p>Esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La struttura si adatta, se del caso, o è predisposta ad adattarsi all'evoluzione dello stato di salute degli ospiti.</li> <li>- locali ed arredi si prestano a ricreare un ambiente non spersonalizzato o francamente di tipo sanitario ospedaliero; <i>in tal senso si tengono in considerazione le esigenze e le preferenze degli ospiti.</i></li> </ul> <p>Elementi e modalità di verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- possibilità per gli ospiti di fruire in modo autonomo degli ambienti</li> <li>- finiture che tendano al comfort dell'ospite</li> <li>- presenza non fittizia di arredi e lay out secondo le attese, il gusto dell'ospite e nel rispetto delle esigenze ergonomiche di ospiti ed operatori</li> <li>- assenza di elementi strutturali confondenti in caso d'emergenza.</li> </ul>
<b>5. Attrezzature</b>	Gli ospiti hanno a disposizione attrezzature generali e specialistiche ad uso della propria indipendenza e <i>per facilitare la relazione con le altre persone.</i>	<p>Esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dotazione di attrezzature in numero adeguato</li> <li>- dotazione di attrezzature di facile uso</li> <li>- dotazione di attrezzature che facilitano lo scambio relazionale.</li> </ul>



<u>Aree</u>	<u>Attese</u>	<u>Evidenze</u> (esempi da sviluppare e/o precisare)
<b>6. Formazione e sviluppo risorse umane</b>	<p>Gli ospiti sono sempre in mani competenti, sicure;  <i>tutta l'organizzazione supporta lo svolgimento dei compiti e lo sviluppo del personale</i></p>	<p>Esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La <i>prassi di selezione/reclutamento</i> del servizio tiene conto della natura e delle caratteristiche dell'assistenza da prestare (<i>chi se ne occupa? Quali sono i diversi attori? Che rapporto c'è fra i diversi attori? Es. gli enti di formazione</i>).</li> <li>- Si svolgono colloqui motivazionali.</li> <li>- Si eseguono simulazioni d'assistenza.</li> <li>- <i>Esiste un preciso percorso di inserimento dell'operatore, con apposite responsabilità e momenti di monitoraggio e verifica (affiancamento, monitoraggio, tutoring, ascolto feedback, valutazione). L'operatore inserito deve trovare un ambiente in grado di accoglierlo e di avviarlo adeguatamente allo svolgimento del suo ruolo, sia sul piano relazionale che tecnico.</i></li> <li>- Esiste, in generale, una supervisione del lavoro di tutti gli operatori.</li> <li>- Agli operatori è garantito il supporto dell'organizzazione.</li> <li>- L'alternanza e la rotazione di compiti degli operatori è garantita quale forma di prevenzione di errori consolidati o di affaticamento o burn out.</li> <li>- La formazione è pianificata ed attuata e sottoposta a verifica.</li> <li>- <i>La formazione è coerente con le esigenze di benessere delle persone assistite e delle loro famiglie (oltre agli aspetti più strettamente "tecnico professionali", vengono valorizzati gli aspetti relazionali, l'integrazione professionale e organizzativa, la gestione delle risorse umane da parte dei responsabili).</i></li> <li>- La formazione tiene conto delle attese anche di progressione professionale ed economica degli operatori.</li> <li>- <i>Esiste un sistema di valutazione delle performance professionali individuali</i> (comportamenti professionali e risultati), coerente con le esigenze delle persone assistite, di sviluppo del personale e del miglioramento del servizio; ad esso è collegato un sistema premiante finalizzato al riconoscimento dei comportamenti professionali espressi e dei risultati ottenuti, alla crescita professionale del personale e al miglioramento della qualità complessiva del servizio.</li> </ul>

<u>Aree</u>	<u>Attese</u>	<u>Evidenze</u> (esempi da sviluppare e/o precisare)
<b>7. Sistema informativo</b>	Sono documentati i processi assistenziali ed è garantita l'accessibilità alla documentazione	<p>Esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il PAI non è un mero obbligo di legge ma uno strumento di lavoro e personalizzazione del servizio; è occasione di confronto costante fra gli operatori e con le persone interessate.</li> <li>- È noto a tutti ove si trovi, in che modo consultarlo ivi compresi i familiari.</li> <li>- Gli operatori sono consapevoli del debito informativo della struttura (<i>interno ed esterno</i>) e vi partecipano attivamente.</li> <li>- Esiste un sistema di registrazione e rendicontazione dell'attività e tutti gli operatori concorrono, ciascuno per la propria parte, a compilarlo.</li> <li>- I risultati sono diffusi all'interno dell'organizzazione, alla committenza, ai familiari ed agli operatori.</li> </ul>
<b>8. Processi e procedure generali</b>	I processi assistenziali della struttura si integrano con i bisogni propri dell'ospite	<p>Esempi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si effettua una valutazione dei bisogni dell'ospite all'ingresso in struttura.</li> <li>- Esistono procedure a garanzia degli ospiti per l'assunzione dei propri farmaci.</li> <li>- Viene assicurata una dieta completa, bilanciata e gradevole che tenga conto anche delle attese dei singoli.</li> <li>- Esistono modalità di esercizio delle proprie facoltà di scelta degli ospiti, <i>in relazione agli aspetti di vita in struttura</i>.</li> <li>- <i>Esistono modalità di raccolta sistematica del feedback di utenti e familiari (lamentele, esigenze, richieste, proposte, suggerimenti ecc.) al fine di migliorare costantemente i processi di erogazione del servizio. (si vedano anche i punti precedenti: in particolare 1, 2,3)</i></li> </ul>

<u>Aree</u>	<u>Attese</u>	<u>Evidenze</u> (esempi da sviluppare e/o precisare)
<b>9. Verifica dei risultati</b>	La struttura non è autoreferenziale e <i>verifica la qualità dei processi e degli esiti delle proprie attività.</i>	Esempi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esistono procedure di autovalutazione e rendicontazione del servizio offerto.</li> <li>- <i>Esiste un sistema di valutazione delle performance professionali individuali (comportamenti professionali e obiettivi come risultati attesi, coerente con le esigenze delle persone assistite, di sviluppo del personale e di miglioramento del servizio; ad esso è collegato un sistema premiante. (si veda anche punto 6)</i></li> <li>- <i>Esistono sistemi di valutazione della qualità percepita dalle persone utenti e dalle famiglie (gradimento).</i></li> <li>- <i>Esistono sistemi di rilevazione del clima organizzativo e delle situazioni di disagio dei lavoratori.</i></li> </ul>
<b>10. Miglioramento continuo</b>	La struttura tende a migliorare costantemente <i>le modalità gestionali, il clima organizzativo ed il servizio offerto.</i>	Esempi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il servizio rimedia ai disservizi ed esercita azioni di prevenzione.</li> <li>- Il servizio verifica l'efficacia delle misure correttive.</li> <li>- <i>In base al clima e alle eventuali situazioni di disagio rilevati vengono intraprese azioni correttive e di miglioramento. (vedi anche punto 9)</i></li> <li>- <i>Per ogni azione di rimedio a disservizi e per gli interventi di prevenzione ai diversi livelli esistono responsabilità specifiche assegnate. (vedi anche punto 1.)</i></li> </ul>