

---

## Prevenire la *maltraitance*, favorire la *bienveillance*

[Luisa Lomazzi](#)

Nella prevenzione dei maltrattamenti nei confronti degli anziani, risulta decisiva, accanto a una rigorosa politica di lotta agli stessi, l'attenzione verso i fenomeni di *maltraitance ordinaire*: quelle attitudini - «ordinarie», appunto - che, se non individuate e affrontate con decisione nella quotidianità, possono portare alla normalizzazione di prassi ambigue. Al contempo, occorre promuovere nelle strutture residenziali, quale approccio virtuoso, il modello della *bienveillance*, un modello imperniato sul valore della persona, sulle sue attese e la sua concezione di benessere, capace di rigenerare continuamente l'attenzione e la motivazione.

Il congresso della Fondazione Sasso Corbaro «Sentieri oscuri della cura. Prendersi cura dei curanti» intendeva svelare/affrontare e riconoscere quelle situazioni di ombra, quei sentieri oscuri appunto che a volte intrappolano i curanti, esposti quotidianamente a emozioni, spesso estreme, che possono compromettere la qualità della vita lavorativa. Il momento formativo ha poi dato voce a fruttuosi scambi che consentono, «a bocce ferme», di rileggere la realtà e ri-orientarsi, aiutando a individuare strategie di possibili vie d'uscita (più che vie di scampo!).

Il nostro esposto «Prevenire la *maltraitance*, favorire la *bienveillance*» è frutto di riflessioni e di esperienze maturate dalle ricercatrici<sup>1</sup> del Centro competenze anziani (CCA) della SUPSI nel corso di diversi anni di attività formativa, di accompagnamento e ricerche nelle case per anziani ticinesi. Queste esperienze ci hanno portato a sostenere l'esigenza di centrare l'attenzione, non tanto sugli abusi (eclatanti e generalmente ben visibili), quanto su quel tipo di maltrattamento definito «*ordinaire*» proprio perché, manifestandosi attraverso gesti o mancanze apparentemente non clamorosi, s'introduce nella vita delle istituzioni in modo subdolo e difficilmente riconoscibile ai più. «La *maltraitance ordinaire* è quel tipo di maltrattamento che s'insinua in modo impercettibile nella quotidianità di una struttura, è caratterizzata da "piccoli" gesti di negligenza che portano la persona a non sentirsi considerata ma trascurata e a volte anche invisibile»<sup>2</sup>.

Gli esempi possono essere numerosissimi e vanno dall'aiuto all'igiene frettoloso e poco attento alla relazione, alla scarsa sensibilità o banalizzazione di richieste di aiuto, attenzione e ascolto, all'utilizzo di un linguaggio non consono alle capacità della persona, o a proposte di animazione non adeguate ai desideri, alle capacità e aspettative della persona o, ancora, all'insufficiente attenzione al rispetto della *privacy*. Queste situazioni rappresentano un rischio troppo spesso sottovalutato, innanzitutto perché la banalizzazione dell'espressione e del «sentire» della persona anziana può avere un grave impatto sulla sua qualità della vita, portandola a interiorizzare attitudini subite e pratiche di bassa qualità come prassi istituzionali e dunque come una «norma» a cui adeguarsi. D'altro canto, diventa rischiosa per le équipes, perché quando nessuno più sembra accorgersi delle negligenze o di un clima relazionale ambiguo, si giunge a un'accettazione quasi passiva di prestazioni di bassa qualità e conseguentemente alla banalizzazione del gesto di cura, con grave impatto sulla motivazione del personale, nonché sulla qualità della vita di tutti gli attori coinvolti.

In certi casi possono sussistere situazioni in cui non si tiene in dovuto conto l'autodeterminazione (obiettivi riabilitativi esagerati, ordini medici interpretati in modo rigido e senza margine di negoziazione oppure adozione di misure di contenimento ecc.). In questi casi, risposte inadeguate (in termini di somministrazione automatica di terapie, restrizione degli spazi di libertà dei residenti) possono paradossalmente essere interpretate dai curanti come buone pratiche.

La *maltraitance ordinaire* è da considerarsi dunque un fenomeno legato tanto a comportamenti individuali quanto, in modo ancor più significativo, a fattori istituzionali che s'influenzano a vicenda:

sovente il confine è sottile. Distinguere però le due tipologie è importante in quanto molti sono i professionisti che subiscono il peso di un'organizzazione rigida e meccanicista, di abitudini radicate, di regole talvolta discutibili o difficili da comprendere. Come sostiene Phaneuf, è la banalizzazione stessa del maltrattamento ordinario che diventa pericolosa: «*Le personnel ne veut pas nécessairement se montrer négligent, mais on observe trop souvent que dominant l'absence de prise de conscience, le manque d'écoute et d'empathie et, le grand risque de la maltraitance ordinaire est sa banalisation*»<sup>3</sup>.

È rilevante dunque sottolineare, accanto a una rigorosa politica di lotta ai maltrattamenti, quanto sia importante centrare l'attenzione sulla *maltraitance ordinaire*, costringendoci in tal modo a soffermarci su quelle attitudini, apparentemente non straordinarie, ma che per le loro innumerevoli sfumature nei toni, sguardi, ritmi, considerazioni e scelte possono colorare di grigio il vissuto della persona anziana. In effetti, il limite è sovente determinato dall'intensità del gesto, dal contesto nel quale si svolge, dal tono di una frase o di un'affermazione e, in particolare, dalla percezione del suo impatto sulla persona che lo subisce.

Parafrasando Borgna<sup>4</sup>, è importante ribadire che siamo tanto responsabili delle parole dette quanto di quelle non dette, di quelle che sfuggono e rompono ogni incanto. Siamo pure responsabili delle loro innumerevoli risonanze emozionali. Siamo responsabili dei gesti, di quelli che soccorrono, di quelli che feriscono, di quelli che non sono, degli sguardi carichi di presenza che aprono al possibile, come anche delle mancanze: la mancata attenzione al silenzio che nasce dal dolore dell'anima, la mancata considerazione di un'angosciosa attesa...

In effetti, come dice Luigina Mortari, «c'è una cura necessaria per continuare a vivere, una cura necessaria all'esistere per dar corpo alla tensione alla trascendenza e nutrire l'esserci di senso, e una cura che ripara l'essere sia materiale sia spirituale quando o il corpo o l'anima si ammalano. La prima è la cura come lavoro del vivere per preservare l'ente che noi siamo, la seconda è la cura come arte dell'esistere per far fiorire l'esserci, e la terza è la cura come tecnica del rammendo per guarire le ferite dell'esserci»<sup>5</sup>.

È però fondamentale richiamare anche il principio aristotelico della buona cura in termini di ricerca della misura proporzionata secondo la necessità e cioè l'esigenza di trovare la giusta misura, intesa come quella forma di armonia esistente tra due poli opposti. «Socrate usa il termine *orthos* che nel greco antico è usato per indicare il punto di equilibrio perfetto, quando una linea incontra un'altra stabilendo un angolo di novanta gradi. Possiamo azzardare una risposta alla domanda socratica, interpretando il giusto con l'equilibrio, con la giusta misura dell'esserci. Si è nel giusto quando si sa trovare la giusta misura, il punto di equilibrio fra i poli opposti entro i quali sempre ci si trova a operare: l'occuparsi di sé e l'occuparsi dell'altro, fare da sé e delegare ad altri, sapere fino a che punto agire per l'altro o interpretare la cura come richiesta»<sup>6</sup>.

Ma quanto è faticoso trovare e applicare la giusta misura nella pratica quotidiana! Bisogna fare i conti con i valori di ciascuno, le differenti rappresentazioni, le interpretazioni, il contesto di riferimento, le diverse poste in gioco... e il parere del principale attore (paziente o residente) al quale, spesso ancora, faticiamo a prestare il giusto ascolto. Come curanti, siamo costantemente sottoposti alla tensione della ricerca di questo importante equilibrio nell'incontro con la persona anziana in situazione di fragilità, che si confronta con la fatica di vivere la dipendenza, gestire le trasformazioni, in un periodo in cui anche le priorità sovente si modificano. È perciò imprescindibile riconoscere questa complessità, individuando, monitorando e condividendo i diversi rischi di deriva in un'ottica di co-costruzione, mettendo al centro lo statuto dell'errore come modalità di gestione e di evoluzione condivisa - «riparando con l'oro». Ci riferiamo qui alla pratica giapponese del *Kintsugi* che consiste nel riparare ceramiche fragili usando metalli preziosi (generalmente oro) per saldare i frammenti: «ogni ceramica riparata presenta un intreccio di linee dorate unico ed irripetibile. La pratica nasce dall'idea che dall'imperfezione e da una ferita possa nascere una forma ancora maggiore di perfezione estetica e interiore»<sup>7</sup>. Valorizzare fragilità e limiti ci accomuna proprio tutti: curati e curanti.

Diventa dunque essenziale agire sulla capacità dei manager di prendersi cura del curante, attribuendo la dovuta centralità e attenzione agli operatori, sostenendoli e accompagnandoli in un percorso evolutivo e di condivisione indirizzato alla promozione della *bientraitance*. La *bientraitance*<sup>8</sup> si traduce dunque in un progetto istituzionale ad alta valenza etica che promuove la qualità della vita di tutti gli attori coinvolti (persona anziana, collaboratori e famiglia), in una ricerca costante di equilibrio

tra la qualità attesa e percepita e quella concretamente erogata dai servizi. Ciò rimanda all'attenzione data alla situazione specifica della persona anziana (fisica, psichica, morale, esistenziale...), alle sue attese e aspettative, a quelle dei familiari e al livello di personalizzazione delle scelte assistenziali e di accompagnamento proposte nel contesto di vita comunitario. Si caratterizza nel percorso che un'intera istituzione attiva e per il quale coinvolge dinamicamente, a partire dai vertici, la responsabilità di ogni collaboratore nel rispetto della sua professione e del suo specifico ruolo.

Questo richiede:

- una cultura basata sul *care* geriatrico e sull'importanza attribuita al luogo di vita;
- una grande conoscenza della persona, delle sue risorse, dei suoi valori, desideri e aspirazioni, indirizzandosi sempre di più verso l'adozione di modelli che promuovono *progetti di vita*<sup>9</sup>. A questo proposito è importante valorizzare l'apporto di ogni collaboratore nel rispetto del suo ruolo specifico;
- una visione e un approccio inclusivo della famiglia, intesa nel senso ampio, come sistema di appartenenza;
- un'attenzione costante all'interscambio e a tutte le dimensioni della comunicazione;
- un progetto manageriale interdisciplinare condiviso, costantemente rivalutato e adeguato all'evoluzione dei bisogni e delle aspettative, che valorizzi i risultati positivi ottenuti e le pratiche di *bienveillance*; individui, monitorizzi e condivida i diversi rischi di deriva (*malveillance ordinaire*) in un'ottica di co-costruzione; crei le condizioni per la promozione del pensiero critico sull'azione e sulle pratiche professionali in uso, attraverso il concreto sostegno nella quotidianità di momenti di discussione di situazioni/ casi clinici complessi, in cui interrogarsi tanto a livello di buone cure, quanto di funzionamento del gruppo; favorisca momenti di riflessione su tematiche fondamentali legate ai gesti di cura in ambito gerontologico-geriatrico (come ad esempio: intimità-nudità e cure, *privacy*, famiglia e vita comunitaria, dignità e disabilità/dipendenza, rispetto della persona e opposizione o rifiuto delle cure, vita, fine di vita e vita fino alla fine, dolore e sofferenza, spiritualità e senso della vita ecc.).

Ci preme sottolineare quanto sia importante la valenza della coesione del gruppo, in progetti clinici sapientemente strutturati, e come questi incidano positivamente anche sul senso che il singolo collaboratore riesce ad attribuire al proprio operato. A tale proposito, gli specialisti clinici, in collaborazione con i quadri istituzionali e gli altri professionisti, possono costituire un valore aggiunto di grande interesse, sostenendo il ragionamento etico-clinico, le riflessioni sul limite, la valorizzazione dei saperi ecc., importanti strumenti, questi, di arricchimento della prassi, di affinamento delle strategie di presa in carico e di attribuzione di un senso condiviso del lavoro.

Concludendo, desideriamo ribadire che ognuno di noi può essere a rischio di commettere delle *malveillances ordinaires*, dato che le cause di questo fenomeno sono complesse e di varia natura, determinate tanto da caratteristiche specifiche delle persone, quanto a livello istituzionale, sociale e culturale. La *bienveillance* è un processo dinamico, un progetto, un orizzonte verso il quale tendere in una dimensione etica, che implica di decentrarsi dalle organizzazioni e di ripensarle situando la persona, le sue attese e la sua concezione di benessere al centro della riflessione. La *bienveillance* non deve dunque essere una condizione definita in modo rigido e statico e non deve avere necessariamente una finalità misurabile e oggettivabile, ma nemmeno normativa e giudicante. È d'obbligo interrogarsi però sulle risorse in termini di competenze, tempi e mezzi necessari per accompagnare la persona anziana e i collaboratori in un percorso di questo tipo.

Con queste affermazioni desideriamo sottolineare quanto l'orizzonte della *bienveillance* debba essere continuamente richiamato nei pensieri, nelle azioni e nelle rappresentazioni, pur nella consapevolezza degli aspetti di luce e ombra presenti in ciascuno di noi.

---

<sup>1</sup> Il gruppo di ricerca è composto da Luisa Lomazzi, professoressa SUPSI in management e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari, sociologa delle organizzazioni, Rita Pezzati, professoressa SUPSI in psicologia dell'invecchiamento,

psicologa e psicoterapeuta, Carla Sargenti Berthouzo, docente ricercatrice SUPSI -DEASS, infermiera specialista clinico in gerontologia e geriatria, Elisabetta Cortesia, docente SUPSI - DEASS, infermiera specialista clinico in gerontologia e geriatria, Paola Ferrari, ricercatrice SUPSI -DEASS, infermiera specializzata in gestione e insegnamento.

<sup>2</sup> C. Compagnon, V. Ghadi, «La maltraitance “ordinaire” dans les établissements de santé: étude sur la base de témoignages», 2009, dattiloscritto.

<sup>3</sup> M. Phaneuf, «Maltraitance ordinaire/ bientraitance et soins infirmiers», maggio 2013, disponibile all'indirizzo [www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2013/05/Maltraitanceordinaire-bientraitance-etsoins- infirmiers.pdf](http://www.prendresoins.org/wpcontent/uploads/2013/05/Maltraitanceordinaire-bientraitance-etsoins- infirmiers.pdf)

<sup>4</sup> E. Borgna, *Responsabilità e speranza*, Einaudi, Torino, 2016.

<sup>5</sup> L. Mortari, *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina, Milano, 2015, p. 35.

<sup>6</sup> *Idem*, p. 146.

<sup>7</sup> Tratto dalla voce «Kintsugi» di *Wikipedia. L'enciclopedia libera*, [https://it.wikipedia.org/wiki/ Kintsugi](https://it.wikipedia.org/wiki/Kintsugi).

<sup>8</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), «Déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés: analyses nationale 2012», Saint- Denis, ottobre 2013, disponibile all'indirizzo [www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/anesm- Rapport\\_d\\_enquete\\_Bientraitance. pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/anesm- Rapport_d_enquete_Bientraitance. pdf).

<sup>9</sup> L. Lomazzi, R. Pezzati, C. Sargenti, *Qui io esisto. Progetti di vita al Paganini Rè*, Edizioni InProprio, Melano (Svizzera), 2014.

