

# Il Progetto accoglienza

Maria Paola Bareggi<sup>1</sup>, Liliana Piccaluga<sup>2</sup>, Arianna Cocco<sup>3</sup>, Elisabetta De Lorenzi<sup>4</sup>, Sylvie Andreoletti<sup>5</sup>, Pietro Vigorelli<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>RSA Residenza Borromea, Mediglia (MI); <sup>2</sup>RSA L'Arca, Desio (MB); <sup>3</sup>RSA Ballestrero, Torino; <sup>4</sup>RSA I Fiori di Loto, Genova; RSA Fond. S. Maria Ausiliatrice, BG; <sup>5</sup>Gruppo Anchise, Milano.

**Premessa** Nel triennio 2011-2013, il Gruppo Anchise, con il patrocinio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria - Sezione Lombarda, ha realizzato in Italia un progetto per introdurre l'*ApproccioCapacitante*<sup>®</sup> nell'accoglienza dei nuovi ospiti, in particolare quelli con demenza, nelle strutture per anziani, sia residenziali che semiresidenziali. In questa sede presentiamo i risultati preliminari.

**Scopo** Lo scopo principale del progetto consiste nel valutare la fattibilità di un colloquio d'accoglienza basato sull'Approccio capacitante, in contesti diversi, con operatori di varie qualifiche e pazienti con vari gradi di decadimento cognitivo;

uno scopo ulteriore consiste nel valutare, dopo 4 settimane, i cambiamenti nel comportamento verbale degli operatori che hanno partecipato al Progetto e, secondariamente, degli altri operatori della stessa équipe e dei nuovi ospiti.

**Metodo** Il Progetto si è sviluppato in due fasi.

Nella prima sono stati effettuati solo i colloqui d'accoglienza di nuovi ospiti in RSA, nella seconda è stata aggiunta una scheda di autovalutazione del follow up a 4 settimane da parte degli operatori che hanno condotto il colloquio.

L'intervento è basato su un colloquio della durata di 5 minuti. Durante il colloquio l'operatore non si occupa di raccogliere informazioni né di valutare lo stato cognitivo del nuovo ospite. Il suo obiettivo primario è di creare le condizioni per cui, nel qui e ora dell'incontro, i due partecipanti possano sperimentare una convivenza sufficientemente felice. Per raggiungere l'obiettivo l'operatore utilizza alcune tecniche dell'*Approccio capacitante* tra cui "ascoltare in silenzio, rispettare le pause e la lentezza, non correggere, non fare domande, rispondere alle domande, restituire il motivo narrativo" (maggiori dettagli sono presentati nel Poster 50: Vigorelli P. *Il colloquio d'accoglienza in RSA*).

La partecipazione degli operatori è stata volontaria, quella dei nuovi ospiti è stata di tipo sequenziale, condizionata solo dalla presenza in turno dell'operatore e dalla possibilità concreta di svolgere il colloquio.

Il Progetto è stato concepito in modo da facilitare l'applicabilità del colloquio d'accoglienza nella realtà concreta delle strutture per anziani. Per questo motivo, così come è semplice e abbastanza flessibile il protocollo, è stata semplice e abbastanza flessibile la formazione richiesta agli operatori che hanno partecipato (da 3 a 30 ore formative); nella maggior parte dei casi si trattava di un livello di formazione costituito dalla partecipazione a uno o due seminari o interventi brevi di sensibilizzazione sull'Approccio capacitante e sulla sua applicazione nel colloquio d'accoglienza. L'obiettivo principale della formazione consisteva nell'illustrare le tecniche verbali da adottare.



## **Risultati**

I risultati riguardano 1) la fattibilità del colloquio d'accoglienza basato sull'Approccio capacitante; 2) il follow up dopo 4 settimane.

### ***1) La fattibilità del colloquio d'accoglienza basato sull'Approccio capacitante***

La fattibilità del colloquio d'accoglienza basato sull'Approccio capacitante è stata verificata effettuando 250 colloqui d'accoglienza, condotti da 66 operatori con varie qualifiche (OSS, ASA, Psicologi, Animatori, Medici, Coordinatori infermieristici, Fisioterapisti, Educatori, Infermieri, Arteterapeuti, Responsabili di Struttura, Terapisti occupazionali) e vari livelli di formazione professionale, in 33 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 5 Centri Diurni Integrati (CDI), in 7 Regioni d'Italia (Lombardia, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia nel Nord Italia; Marche e Toscana nel Centro; Sicilia nel Sud).

Tutti i 250 colloqui sono stati audio registrati, con il registratore ben in vista, dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente, per quanto possibile, e del familiare di riferimento; 159 audio registrazioni sono poi state fedelmente trascritte, parola per parola, e sono state utilizzate per verificare l'adesione al protocollo; 33 di queste sono state utilizzate per la redazione di un manuale di formazione che è ora disponibile per un'ulteriore implementazione spontanea del colloquio d'accoglienza.

### ***2) Il follow up dopo 4 settimane***

La valutazione dettagliata dei risultati nel follow up è rivolta a evidenziare i cambiamenti osservabili nelle 4 settimane successive al colloquio, a 3 livelli: i cambiamenti negli operatori, negli ospiti e nell'ambiente.

I cambiamenti nel comportamento verbale degli operatori sono stati studiati analizzando 164 questionari di follow up. A questo fine sono stati presi in considerazione, separatamente, sia gli operatori che hanno partecipato direttamente, sia quelli che non hanno partecipato ma che appartengono allo stesso team.

Dall'analisi dei questionari di follow up risulta che 4 settimane dopo il colloquio d'accoglienza la maggior parte degli operatori percepiscono come modificato il proprio comportamento verbale nei confronti dell'ospite. In particolare, tendono a fare meno domande, a non correggere e a non interrompere. Questi cambiamenti sono percepiti anche in occasione degli scambi verbali con gli altri ospiti.

Per quanto riguarda i cambiamenti negli altri operatori del team, è risultato che chi ha condotto i colloqui d'accoglienza ne ha parlato con i colleghi e che questi, anche se non coinvolti direttamente nel progetto, hanno provato a utilizzare alcune delle tecniche capacitanti.

Collateralmente si segnala che gli operatori che hanno effettuato il colloquio d'accoglienza hanno valutato positivamente l'impatto di questo colloquio sulla relazione interpersonale e sull'inserimento dell'ospite.

Tab. 1 **La diffusione del Progetto Accoglienza**

	<i>Numero</i>
Regioni coinvolte*	7
RSA coinvolte**	33
CDI coinvolti**	5
Operatori	66
<i>Colloqui d'accoglienza</i>	249
<i>Schede di follow up</i>	164

\* 7 Regioni su un totale di 19: Lombardia, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia nel Nord Italia; Marche e Toscana nel Centro; Sicilia nel Sud.

\*\* *RSA Residenza Borromeo, Mediglia (MI); ASP Pio e Ninetta Gavazzi, Desio (MB); RSA Cardinale Ballestrero (TO); RSA I Fiori di Loto di Quarto (GE); RSA Fond. Santa Maria Ausiliatrice (BG); CDA Rifugio Re Carlo Alberto, Luserna (TO); RSA Il Castello, Montelupo Fiorentino (FI); RSA ASP IMMES e Pio Albergo Trivulzio (MI); RSA Asilo dei Vecchi, S.Germano Chisone (TO); RSA San Camillo, Carugate (MI); RSA Ente Morale Pio XI, Bresso (MI); Residenze Heliopolis Buccinasco (MI); RSA Soc. Coop. San Francesco, Legnano (MI); Casa di Cura Santa Maria, Multimedica, Castellanza (VA); CDA INRCA – IRCCS (AN); RSA Opera Pia Roscio, Albavilla (CO); RISS Premosello Chiovenda (VCO); Fondazione Sacchi, Filighera, (PV); RSA Il Sole, Cinisello Balsamo (MI); Villaggio Amico, Gerenzago (VA); Casa San Teresa, Livraga (LO); Fondazione Casa famiglia San Giuseppe, Vimercate (MB); Piccolo Cottolengo Don Orione (MI); Residenza Caffaro, Genova; RSA Angelina e Angelo Pozzoli, Legnano (MI); RSA Casa di Riposo Gina Erba, Porlezza (CO); RSA Prina, Erba (CO); RSA Villa Antea, Pavia; RSA Villa Arcadia, Bareggio (MI); CDA Messina; CDA Coop. Progetto Sociale, Cantù (CO) ; Casa Emmaus, Trieste.*



**Tab. 2 Caratteristiche dei nuovi ospiti che hanno fatto il colloquio d'accoglienza**

Sesso	
	Numero (%)
<i>Maschi</i>	86 (34,5)
<i>Femmine</i>	163 (65,5)

Età	
<i>Range</i>	57 anni – 99 anni
<i>Media</i>	84,07 anni
<i>Deviazione standard</i>	6,76

Grado di demenza in base al punteggio del MMSE

Grado di demenza*	Punteggio grezzo del MMSE	% di nuovi ospiti
<i>Assente</i>	30-27	3,3
<i>Possibile</i>	26-25	1,4
<i>Lieve-moderata</i>	24-10	65,2
<i>Moderata-grave</i>	9-6	13,8
<i>Grave</i>	5-0	16,2

**Tab. 3 Caratteristiche degli operatori che hanno condotto i colloqui**

<i>Ruolo professionale</i>	<i>Numero (%)</i>
Operatori dell'assistenza (OSS/ASA)	17 (25,7)
Psicologi	14 (21,2)
Animatori	7 (10,6)
Medici	5 (7,6)
Coordinatori infermieristici	5 (7,6)
Fisioterapisti	4 (6,1)
Educatori	4 (6,1)
Infermieri	3 (4,5)
Arteterapeuti	3 (4,5)
Responsabili di Struttura	2 (3,0)
Terapisti occupazionali	2 (3,0)
<b>TOTALE</b>	<b>66</b>
<i>Sesso</i>	
Maschi	8 (12,1)
Femmine	58 (87,9)

**Tab. 4 Tecniche capacitanti utilizzate**

**A) La tecnica capacitante *nei confronti del nuovo ospite* che è stata indicata come quella utilizzata con maggiore frequenza (149 risposte), è risultata:**

1. Ascoltare in silenzio (45 operatori) (30,2%)
2. Rispettare la lentezza e le pause (43 operatori) (28,9%)
3. Non correggere (24 operatori) (16,1%)
4. Non interrompere (11 operatori) (7,4%)
5. Non completare le frasi lasciate in sospeso (14 operatori) (9,4%)
6. Non fare domande o farne poche e aperte (8 operatori) (5,4%)
7. Rispondere alle domande (2 operatori) (1,3%)
8. Fare eco (2 operatori) (1,3%)
9. Restituire il motivo narrativo (0 operatori)
10. Somministrare frammenti pertinenti della propria autobiografia (0 operatori)

**B) La tecnica capacitante *nei confronti degli altri ospiti* che è stata indicata come quella utilizzata con maggiore frequenza (148 risposte), è risultata:**

1. Ascoltare in silenzio (45 operatori) (30,4%)
2. Rispettare la lentezza e le pause (34 operatori) (23,0%)
3. Non correggere (22 operatori) (14,9%)
4. Non interrompere (8 operatori) (5,4%)
5. Non completare le frasi lasciate in sospeso (12 operatori) (8,1%)
6. Non fare domande o farne poche e aperte (5 operatori) (3,4%)
7. Rispondere alle domande (5 operatori) (3,4%)
8. Fare eco (17 operatori) (11,4%)
9. Restituire il motivo narrativo (0 operatori)
10. Somministrare frammenti pertinenti della propria autobiografia (0 operatori)



## Discussione

Per una corretta valutazione dei risultati bisogna tenere presente che lo studio ha privilegiato il suo aspetto di intervento (diffondere la pratica del colloquio d'accoglienza) su quello di ricerca.

Per questo motivo è stato utilizzato un protocollo semplice, che fosse utilizzabile da operatori con diverse qualifiche e che fosse attuabile senza interferire nelle abituali procedure d'accoglienza.

La flessibilità della proposta ha fatto sì, per esempio, che il colloquio d'accoglienza sia stato effettuato entro la prima settimana nel 93% dei casi, oltre il settimo giorno nel 7%. La durata media del colloquio è risultata di 9,83 minuti, quasi il doppio dei 5 minuti proposti. La durata relativamente lunga dei colloqui è da considerare un risultato positivo in quanto riflette la disponibilità dei due interlocutori superiore a quella prevista e concorda con una delle finalità dell'Approccio capacitante che consiste nel favorire lo scambio relazionale operatore-paziente e l'uso della parola anche nelle persone con deficit cognitivi.

La fattibilità del colloquio d'accoglienza è stata verificata effettuando 249 colloqui d'accoglienza, condotti da 66 operatori, in 33 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 5 Centri Diurni Integrati (CDI), in 7 Regioni d'Italia. Il mix altamente eterogeneo di RSA, operatori e nuovi ospiti coinvolti nello studio testimonia la fattibilità del colloquio d'accoglienza nella multiforme realtà assistenziale esistente nel territorio e non solo in situazioni standardizzate.

Dall'analisi dei questionari di follow up risulta che 4 settimane dopo il colloquio gli operatori hanno cercato *più del solito* di interagire con il nuovo ospite (32,9%), di parlare (32,9%) e di utilizzare alcune delle tecniche capacitanti (28,9%).

Per la valutazione di questi risultati bisogna tenere conto che la maggior parte dei colloqui di accoglienza (154 su 249, pari al 61,8%) sono stati fatti da un numero ristretto di operatori (6 su 66, pari al 9,1%) e che questi, quindi, al questionario di follow up rispondono di avere cambiato il loro comportamento verbale solo la prima volta, mentre rispondono di non averlo modificato nelle volte successive, confermando così che il cambiamento osservato all'inizio è diventato un'abitudine consolidata nel tempo.

Collateralmente si segnala che gli operatori che hanno effettuato il colloquio d'accoglienza hanno valutato positivamente la relazione interpersonale (soddisfacente o abbastanza soddisfacente 76,9%) e l'inserimento dell'ospite dopo quattro settimane (soddisfacente o abbastanza soddisfacente 87,9%).

Questa valutazione soggettiva, pur in assenza di un gruppo di controllo, è concordante anche con la bassa incidenza di disturbi psichiatrici e comportamentali (BPSD) desunta dalle cartelle cliniche. Per questa valutazione sono stati considerati i BPSD che hanno richiesto la nuova prescrizione di psicofarmaci o l'intervento del medico (19,5% dei pazienti) e quelli che hanno richiesto l'impiego di mezzi di contenzione fisica per un tempo superiore alle 24 ore consecutive (10,7% dei pazienti).

## **Conclusioni**

La sperimentazione di un colloquio d'accoglienza basato sull'Approccio capacitante ha dimostrato la fattibilità di tale colloquio in contesti molto vari della realtà italiana così come è rappresentato da RSA e CDI in diverse Regioni, operatori con varie qualifiche e differenti livelli di formazione, pazienti con vari gradi di decadimento cognitivo.

A distanza di 4 settimane, gli operatori coinvolti hanno modificato in senso capacitante il loro comportamento verbale e hanno valutato positivamente l'impatto del colloquio sulla relazione interpersonale e sull'inserimento dell'ospite.