



FILOSOFIA DELLE CURE
CASA BIANCAMARIA

Indice

- 1. Descrizione della Struttura**
- 2. L'accoglienza**
- 3. R.A.I. e Approccio Interdisciplinare**
- 4. Le relazioni all'interno della casa**
- 5. Il Concetto di Cura**
- 6. L'animazione**
- 7. L'accompagnamento alla Morte**
- 8. Il Principio dell'Autodeterminazione**
- 9. Mission**
- 10. Bibliografia e Sitografia**

Descrizione della struttura

La Fondazione Casa Bianca Maria è una struttura medicalizzata che accoglie utenti geriatrici. A disposizione vi sono **52** posti letto suddivisi in camere doppie e singole, personalizzabili, con lo scopo di garantire un soggiorno confortevole a lungo termine.

A disposizione del cliente operano infermieri, operatori socio sanitari, addetti alle cure, ausiliari delle cure, animatori, terapisti dell'attivazione, fisioterapista, operatore validation, tre medici tra i quali il Direttore Sanitario della Casa.

La Casa fornisce diversi servizi tra cui:

- l'animazione,
- la parrucchiera,
- il bar,
- la pedicure,
- la fisioterapia,
- il trasporto esterno individualizzato.

Gran parte dei dipendenti sono attivi nell'ambito sanitario ed offrono una tipologia assistenziale di qualità grazie alla costante motivazione e alla continua crescita professionale.

In questo modo si vuole offrire all'anziano residente un'accoglienza adeguata, benessere quotidiano e un accompagnamento alla morte in modo professionale e rispettoso della singola individualità.

L'accoglienza

Il giorno del ricovero è come uno spartiacque nella vita della persona e la divide in due mondi: *il Mondo del prima* e *il Mondo del dopo*.

La separazione dal *Mondo del prima* è vissuta dalla persona come un lutto e può evolvere in una forma di adattamento positivo se riesce a sviluppare una nuova forma di attaccamento al *Mondo del dopo*.

La persona che si ricovera in una casa anziani si separa dalle sicurezze/insicurezze del mondo precedente e cerca nuove sicurezze. L'inserimento si sviluppa favorevolmente quando la persona trova nella casa anziani e nei suoi operatori una nuova base sicura.

Le modalità di accoglienza risultano determinanti per il ben-essere o il mal-essere di tutto il tempo a seguire.

Il giorno dell'ingresso in struttura l'operatore si occupa di raccogliere informazioni ma non di valutare il paziente e lo stato cognitivo.

La raccolta informazioni si impronta in un colloquio tra due persone timorose e curiose di conoscere e farsi conoscere, lo scopo è di realizzare (dove possibile) uno scambio verbale dove l'anziano si sente riconosciuto, *anche se presenta deficit cognitivi*, e si mettono le basi per una convivenza.

<http://www.francoangeli.it>

L'accoglienza dell'anziano in CpA è un processo complesso di inserimento e integrazione dove l'individuo prende coscienza del cambiamento radicale che sta avvenendo nella sua quotidianità sia dal punto di vista pratico-organizzativo, sia dal punto di vista psicologico-relazionale. Esso è inoltre un processo di conoscenza reciproca in cui da un lato l'anziano prende visione del nuovo ambiente in cui viene inserito, struttura, persone, regole scritte e non scritte, dall'altro la CpA deve conoscere il soggetto sotto una molteplicità di punti di vista: carattere, abitudini, gusti, legami familiari e sociali. Le risorse interne alla CpA sono tutte finalizzate al mantenimento e recupero dell'anziano nella sua interezza, preservando, e se possibile, ripristinando le condizioni funzionali, cognitive e relazionali eventualmente compromesse.

L'anziano ricoverato è infatti una persona fragile, che troppo spesso rischia di subire passivamente il momento dell'ingresso in struttura e di non essere quindi in grado di mettere in atto strategie di auto protezione e fronteggiamento dei traumi esterni. Diventa automatico e scontato constatare che modalità, tempistiche e qualità dell'accoglienza possono influenzare enormemente l'aspettativa di vita dell'interessato, non tanto dal punto di vista funzionale, quanto piuttosto sotto l'aspetto psico-motivazionale.

Nella nostra struttura è prassi favorire l'inserimento in due fasi:

- . la **"pre-accoglienza"**, è soprattutto una fase informativa da parte della struttura con visita dei vari locali e presentazione organizzativa, e valutativa da parte delle famiglie
- . il momento dell'"**ingresso**" è poi quello in cui l'ospite forma le sue impressioni (positive o negative che siano) sulla struttura; più che l'efficienza e l'abilità del servizio, i fattori determinanti per la formazione di un positivo imprinting emotivo risultano essere l'umanità e il calore dell'accoglienza.

Sin dai primi giorni seguenti l'ingresso, l'attenzione viene riservata sugli aspetti prettamente clinici, ovvero sull'osservazione dell'ospite: monitoraggio delle condizioni psico-fisiche, e sul profilo relazionale, conoscendo più a fondo le sue abitudini e i suoi gusti.

Per garantire e agevolare un buon livello di accoglienza, è bene che il giorno e l'ora dell'entrata in struttura siano preventivamente concordati. Per agevolare il distacco, il giorno dell'entrata in struttura viene offerta la possibilità di condividere un momento altrettanto importante, il pasto con il/i familiari/e

***"Io vedo che, quando allargo le braccia, i muri cadono.
Accoglienza vuol dire costruire dei ponti e non dei muri"***

(Andrea Gallo)

<https://it.wikiquote.org>

RAI – NH e approccio interdisciplinare.

Cenno storico

RAI > Resident Assessment Instrument for Nursing Homes è nato negli anni '80, il congresso USA lo ha introdotto nel 1987 come strumento di miglioramento della qualità nella cura a lungo termine. Prevedeva inoltre che tutte le case anziani che fornivano prestazioni riconosciute dal programma

finanziario nazionale Medicare e Medicaid avrebbero dovuto usare un programma di valutazione standardizzato, globale e unitario. Lo scopo centrale è di offrire cure individuali e mirate per i bisogni degli ospiti come pure con questi dati avere informazioni per garantire la qualità e la promozione della qualità. Lo scopo principale dello strumento è di permettere all'ospite di raggiungere o mantenere il più alto livello di autonomia.

Diffusione del RAI

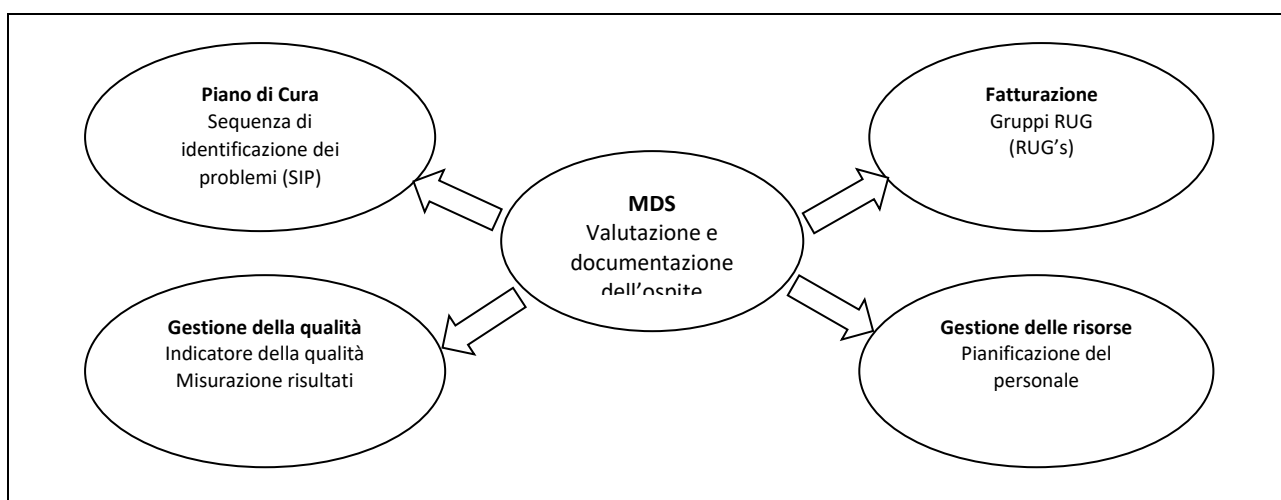
In Svizzera lo strumento è usato a partire dalla fine degli anni '90. Le prime case in Svizzera tedesca che hanno introdotto il RAI e hanno concordato un contratto con le casse malati sulla base dei RUGs erano le CpA di Argovia. Nel '99 è stato introdotto nel Canton Soletta, ulteriori cantoni Basilea, Zurigo, Berna, S. Gallo e Ticino.

Informazioni attuali sul RAI-NH in Svizzera le trovate sul sito internet alla pagina www.qsys.ch

Panoramica del sistema RAI e i suoi elementi

Al centro del sistema RAI-NH è l'Assessment di cure geriatriche, l'MDS (Minimum Data Set). Questo strumento permette, nella cura e nell'assistenza, di fare valutazioni che differenziano le risorse e i limiti degli ospiti e che danno la base per la pianificazione delle cure e l'assistenza necessaria. L'utilizzo permette una promozione sistematica della qualità nel processo centrale delle cure, il quale risponde alle richieste LaMal. Il modulo "tariffe/finanziamento" permette di creare gruppi RUGs per il tariffario.

Le funzioni principali del sistema RAI



L'MDS vorrebbe sostenere i curanti attraverso un procedimento sistematico nella cura quotidiana. L'uso dell'MDS strutturato aumenta la capacità di osservazione e di valutazione e garantisce che tutto il necessario sia preso in considerazione.

L'assessment (valutazione globale della persona) è fatto per la prima volta all'entrata in CpA con l'aiuto del formulario di valutazione "informazioni generali all'ammissione". Ulteriori valutazioni si seguono a distanza di 6 mesi: il documento MDS di valutazione "elementare" è rilevato una volta nei 12 mesi, ogni 6 mesi è fatta una "valutazione semestrale" che contiene una sequenza di punti da osservare ridotti.

Per ogni ospite con l'aiuto del RAI-Soft si ottengono informazioni sulle 20 aree problematiche in un documento chiamato **Riassunto SIP** (sequenza aree problematiche presunte/potenziati). Con i

risultati del MDS (profilo competenze attuali = risorse presenti e dipendenze) è generato il riassunto SIP che dà la base per l'implementazione del processo delle cure.

PROCESSO DIAGNOSTICO

Colloquio ospite, parenti, altri (non interni alla CpA)

Raccolta informazioni

- > Osservazione e valutazione RAI
- > Rilevazioni problemi
- > Piano di cura (seguendo il modello Carpenito)
- > Pianificazione > priorità > interventi > obiettivi
- > Valutazione

Il sistema prevede un periodo di 2 settimane di raccolta informazioni multidimensionale dell'ospite. Segue individuazione delle problematiche, e lo sviluppo del/dei piano/i di cura (risultato di un lavoro d'équipe).

La struttura investe sulla formazione del personale curante, invitato a frequentare corsi preparativi alla compilazione/valutazione delle MDS organizzati dalla Q-Sys.

L'intero personale curante partecipa alla raccolta di informazioni durante in periodo della valutazione RAI (ognuno nel rispetto delle proprie competenze):

medico, fisioterapista, specialista clinico, infermiere, operatore socio sanitario, addetto alle cure, ausiliari delle cure, animatrice ed eventuali figure professionali future. L'intera équipe partecipa all'applicazione del piano delle cure con l'intento di sempre migliorare la qualità delle prestazioni.

***“Mettersi insieme è un inizio,
rimanere insieme è un progresso,
lavorare insieme è un successo”
(Henry Ford)***

Le relazioni all'interno della casa

La Casa Bianca Maria auspica e promuove un ambiente strutturato da relazioni schiette e sincere tra tutti gli attori presenti, (figure professionali, volontari, famiglie ed ospiti) con il fine ultimo di ottimizzare la soddisfazione dei bisogni di sicurezza, appartenenza e stima di sé, oltre che di quelli fisiologici, degli ospiti della casa.

Tra gli impegni della struttura c'è il rendere armonico l'operare dei professionisti al lavoro grazie, da un lato, ad un approccio all'ospite il più condiviso, empatico ed autentico possibile per aiutare gli operatori ad entrare nel mondo interiore dell'ospite, così che, quest'ultimo, si possa sentire accolto, preso in considerazione e riconosciuto, (Medoto Validation, N. Feil) dall'altro, ad una comunicazione trasparente, ad una divisione del lavoro equa e continui corsi di formazione per il personale. Questo, per cercare di ottenere un clima sereno all'interno della casa e per ottimizzare al meglio la qualità di vita dei singoli ospiti presenti.

Ogni operatore è spinto a conoscere quanto più possibile il vissuto dell'ospite e della rete di persone intorno a lui, per meglio poter relazionarsi ed interagire in tutti gli aspetti della vita quotidiana.

Parenti ed amici sono, dalla Casa, considerati una risorsa preziosa, con cui confrontarsi ed interagire sempre per promuovere la qualità di vita dell'anziano oltre che per fornire un senso di appoggio, di fiducia e sicurezza ai parenti stessi.

La Casa è una struttura "aperta", per ampliare il contesto di scambio, aiuto ed ascolto tra tutte le persone coinvolte.

Casa Bianca Maria adotta uno standard di relazione che mira, per quanto possibile, a generare intorno all'ospite un ambiente accogliente, rassicurante, stimolante ed invita i professionisti che operano all'interno alla massima cooperazione e coordinazione, dando comunque spazio alle proprie attitudini ed interessi durante le attività animative e non, al fine di migliorare contemporaneamente il benessere dell'operatore e dell'ospite.

Il Concetto di Cura

Il rispetto della dignità della persona è il presupposto fondamentale di tutti gli interventi di cura.

Lavoriamo attraverso il "processo diagnostico" che ci assicura in modo sistematico i mezzi per identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o potenziali.

Cerchiamo costantemente di valorizzare le risorse ed identificare i limiti dell'ospite per promuoverne il benessere.

Il soddisfacimento dei bisogni fondamentali della persona rimane un punto fermo della filosofia di cura.

La scelta di abbracciare una o più teorie infermieristiche consente all'operatore sia di svolgere un'attività assistenziale mirata, che di agire in modo maggiormente consapevole con conseguenze positive sullo sviluppo professionale stesso.

Oltre a ciò, sotto il profilo pratico, esse dispongono di punti di riferimento che permettono di effettuare una migliore analisi delle situazioni operative.

Inoltre la condivisione tra gli operatori delle teorie infermieristiche scelte consente di sviluppare obiettivi e linguaggi comuni, favorendo la continuità nelle cure.

Nel contesto specifico della "Casa Bianca Maria" la scelta di un'unica teoria infermieristica non può essere considerata alla luce anche della diversa formazione del personale curante.

Infatti, tenendo conto dei continui mutamenti demografici e professionali, della complessità dell'approccio individuale, la scelta è caduta soprattutto su due teorie infermieristiche sviluppate da Virginia Henderson e Dorothea Orem.

Dorothea Orem afferma:

« L'infermieristica si interessa in modo particolare del bisogno che l'individuo ha di svolgere attività di auto-assistenza, la quale va potenziata e diretta continuamente al fine di conservare la vita e la salute, riprendersi da malattie o da lesioni e far fronte alle conseguenze di tali eventi. »

Questo naturalmente adattato al nostro ospite tipo, "Grande Anziano"

In base alla teoria della Orem i pazienti sono visti come agenti "self-care" capaci di effettuare scelte autonome riguardo alla propria salute.

Il "Self-care" si riferisce alle azioni che le persone mettono in campo e che sono richieste per mantenere un'integrità strutturale e funzionale.

La cura di sé è il contributo continuo di un adulto alla propria esistenza, alla propria salute e al proprio benessere.

E' la pratica delle attività che gli individui intraprendono ed eseguono per raggiungere un ottimale equilibrio di salute psico-fisica.

I requisiti della cura di sé sono azioni necessarie nella regolazione del funzionamento e dello sviluppo umano.

Sono identificati tre tipi di requisiti di cura di sé:

1. **Universali:** comuni a tutti gli esseri umani.
2. **Di sviluppo:** associati ai vari stadi dello sviluppo vitale.
3. **In condizione di deviazione da uno stato di salute:** deviazioni strutturali, funzionali, misure diagnostiche e terapeutiche.

Altro riferimento di cura è la teoria di cura elaborata a metà degli anni '50 da Virginia Henderson che afferma:

“La peculiare funzione dell’infermiere è quella di assistere l’individuo malato o sano nell’esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno d’aiuto se avesse la forza, la volontà o le conoscenze necessarie, in modo da aiutarlo a raggiungere l’indipendenza il più rapidamente possibile”.

Attraverso l’elaborazione di un piano di assistenza individuale e personalizzato per ogni ospite, riportato nella cartella sanitaria che costituisce lo strumento principale di raccolta dati, il personale di cura si pone l’obiettivo del ristabilimento dello stato generale del paziente al fine di limitarne il degrado psico-fisico e, nel limite del possibile, di valorizzarne le risorse.

Alcuni aspetti fondamentali della teoria della Henderson:

- × l’**empatia** quale strumento non solo per offrire una relazione di qualità basata sull’ascolto non valutativo e sulla comprensione dei sentimenti altrui, ma anche come mezzo per meglio identificare i bisogni dell’individuo;
- × l’importanza della **relazione** tra utente ed infermiere e la consapevolezza dei diversi ruoli che il professionista assume durante il processo assistenziale (infermiere che sostituisce il paziente, infermiere che aiuta il paziente, infermiere partner del paziente);

- ✘ la possibilità di offrire un'**assistenza mirata** e meglio organizzata implementando il processo delle cure;
- ✘ l'attuazione di un **problem solving** costituito da documentazione semplice e sintetica e, al contempo, esaustiva.

Con l'invecchiamento e l'apparizione di malattie acute o croniche, le cure predominanti diventano cure compensatorie e di mantenimento della vita.

· Le cure *compensatorie* tendono a compensare le conseguenze delle perdite, dell'usura che provoca delle diminuzioni sensoriali e motorie (udito, vista, tatto, mobilità, sensibilità, sfinteri) con tutte le conseguenze a livello delle funzioni vitali.

Le cure *di mantenimento della vita* sono complementari alle precedenti.

Nella casa per anziani ciò che resta delle capacità vitali richiede di essere costantemente stimolato e richiamato, questo sino alla soglia della morte, affinché le risorse residue vengano impiegate al meglio nelle difficoltà quotidiane.

Il processo di presa a carico e l'interdisciplinarietà dell'approccio viene garantita attraverso lo scambio di informazioni rivolto ad integrare e convogliare i vari input in un unico piano di cura strutturato, condiviso e di semplice applicabilità. La persona anziana rimane sempre al centro delle nostre attenzioni: siamo noi che dobbiamo adattarci ai ritmi dei nostri ospiti e non viceversa, garantiamo l'applicazione ed il rispetto dei criteri d'igiene, sicurezza, prevenzione, benessere, economicità ed efficacia.

Altra metodica in uso all'interno della struttura è il metodo **Validation**;

Il metodo inizia a svilupparsi negli USA intorno agli anni '70 grazie agli studi e all'esperienza sul campo della gerontologa americana Naomi Feil la quale comprende l'inutilità di utilizzare tecniche dedicate all'orientamento, elaborando così una metodologia molto efficace per entrare in relazione con le persone molto anziane mal orientate e disorientate.

Validation si basa sul concetto di *legittimazione*: *legittimare* significa convalidare e riconoscere con autenticità i sentimenti e le emozioni della persona, dando valore alla realtà presentata dalla persona affetta da disorientamento. Attraverso un atteggiamento convalidante basato sull'empatia e sull'ascolto attivo, si riconosce come vera la realtà proposta dall'individuo anche se confusa, favorendo la costruzione di un rapporto di fiducia, ridando dignità e favorendo l'autostima.

L'ANIMAZIONE anima-azione /attivazione

Riteniamo di fondamentale importanza l'aspetto dell'anima-azione per mantenere una quotidianità che stimoli il Residente all' incremento delle sue capacità e potenzialità relazionali, affettive, cognitive, manuali. Cerchiamo inoltre di favorire il reinserimento dell'ospite all'interno di un tessuto relazionale fatto di comunicazione, atti sociali o gesti creativi e ricreativi con momenti di condivisione.

La scelta della nostra casa è rendere partecipe e attivo il Personale Curante (Assistenti di cura) che a, seguito di una formazione specifica, con conoscenze empiriche adeguate, può, o possono offrire ai nostri Residenti attività che mirino al benessere psico-fisico.

Le attività sono strutturate attraverso un piano settimanale e mensile riconducibili a diversi ambiti di intervento: animazione socio-culturale, animazione creativa, animazione ricreativa, animazione motorio-corporea.

Tutte le attività proposte devono necessariamente tener conto della vita e conoscenza personale del Residente in modo tale da potergli proporre delle attività che siano stimolanti gratificanti e soddisfacenti, ma e soprattutto adeguate e mirate: "personalizzate" (il più possibile).

Per garantire interventi qualitativi la nostra struttura mette in atto adeguate strategie:

- Presenza di un'animazione strutturale (cartelli indicatori, calendari)
- Presenza di un piano di animazione dell'istituto esposto all'interno della casa
- Presenza di spazi adibiti alle attività di animazione
- Presenza di un Responsabile di funzione
- Presenza di un concetto di volontariato
- Soddisfazione del Personale afferente all'animazione
- Presenza e aggiornamento nel tempo di un concetto di animazione dell'istituto (scopi, contenuti delle attività, ecc. ecc. .)
- Pianificazione e documentazione delle attività da parte del Responsabile di funzione
- Definizione e adattamento periodico del piano di animazione ai bisogni dei Residenti nell'ambito di un processo interdisciplinare
- Valutazione sistematica de bisogni dei Residenti legati alla biografia personale, ai bisogni, al tempo libero, all' evoluzione dello stato di salute, ecc. ecc. .
- Conoscenza del piano di animazione e messa in pratica dell'azione corrispondente da tutto il Personale.
- Conoscenza dell'offerta delle attività di animazione da parte dei Residenti e delle relative persone di riferimento.



L'accompagnamento

L'accompagnamento alla morte e l'elaborazione del lutto sono momenti della vita che vanno vissuti mettendo in atto una serie d'interventi mirati e condivisi dall'equipe curante e dai caregiver.

Gli obiettivi degli interventi non sono la guarigione o come spesso ci porta a pensare la professione sanitaria trovare una soluzione al problema, l'approccio deve tener conto del contesto di fine vita, nel rispetto globale dell'individuo. (Bio-Psico-Sociale)

Assume rilevanza fondamentale come prima cosa la puntualità dell'intervento terapeutico, a seguire le misure rivolte ad attenuare lo stato di sofferenza, a favorire il controllo del dolore, gli aspetti sociali e spirituali, facendo dell'interdisciplinarietà il cardine attorno al quale ruota la presa a carico del paziente che inizia un percorso di fine vita.

In questo processo è fondamentale rendersi conto che la guida migliore è la persona che si sta avvicinando alla morte.

Un'accurata conoscenza biografica dell'ospite, può aiutare l'equipe e i caregiver nel mettere in atto quelle che sono le volontà espresse precedentemente, o in caso questo non sia possibile, lasciarsi guidare dalle risposte psico-fisiche che l'ospite ci fornisce.

Accompagnare l'ospite verso la morte significa anche accogliere e sostenere la sua famiglia in questo momento difficile, permetterle di partecipare alle cure di accompagnamento, sostenerla in particolar modo nel processo di elaborazione del lutto.

Il sostegno alla famiglia, confrontata con la malattia del proprio caro e con situazioni che ne condizionano l'equilibrio interno, è un aspetto fondamentale nelle cure di accompagnamento, paziente e famiglia si trasformano in un'unica unità di cura: è necessario sostenere i familiari perché possano sostenere l'ospite e il suo percorso e collaborare con l'equipe nei momenti cruciali.

Accompagnare alla morte un ospite e guidare i suoi familiari in questo cammino è una delle nostre missioni prioritarie e rappresenta ogni volta un'esperienza unica, fonte di emozioni, di rimesse in discussione e di crescita personale e professionale.

Il principio dell'autodeterminazione

Dal 1 Gennaio 2013 il Codice Civile svizzero sancisce il diritto all'autodeterminazione attraverso gli strumenti del mandato precauzionale (art. 360) e delle direttive anticipate (art. 370).

Ogni persona ha il diritto di formulare la propria volontà circa il genere di cure che vorrebbe ricevere o meno nel caso non dovesse essere più in grado di esprimere la propria volontà.

Essa può anche designare un rappresentante terapeutico, ossia una persona incaricata di pronunciarsi al suo posto sulla scelta delle cure da effettuare nelle situazioni in cui la persona stessa non sia più in grado di esprimersi.

Il rafforzamento dell'autodeterminazione è un aspetto fondamentale in un istituto di cure a lunga durata, l'equipe curante si prodiga per incoraggiare gli ospiti ad esprimere la propria volontà qualora le facoltà cognitive consentano loro di decidere in modo libero ed autonomo. Un eventuale testamento biologico avrebbe come conseguenza una condivisione del proprio pensiero con i familiari e con il personale sanitario alleggerendo "il peso" di un eventuale intervento in momenti critici.

Direttive anticipate e rappresentante terapeutico: chi è capace di discernimento può, in direttive vincolanti, designare i provvedimenti medici ai quali accetta o rifiuta di essere sottoposto nel caso in cui divenga incapace di discernimento; egli può anche designare una persona fisica che discuta i provvedimenti medici con il medico curante e decida in suo nome nel caso in cui divenga incapace di discernimento, dando se del caso istruzioni alla persona designata (art. 370 cpv. 1 e 2 CCS).

Mandato precauzionale: incarico dato da chi ha l'esercizio dei diritti civili ad una persona fisica o giuridica di procedere alla cura della propria persona o dei propri interessi patrimoniali o di rappresentarlo in relazioni giuridiche nel caso in cui divenisse incapace di discernimento (art. 360 CCS). Redatto in forma olografa o di atto pubblico, viene sottoposto all'autorità di protezione che ne verifica le condizioni e rilascia un documento attestante i poteri del mandatario.

All'interno di Casa Biancamaria di Cadro, il rispetto della libertà individuale è un punto fondamentale nell'assistenza. Benché sia legalmente consentito però non è ammesso il suicidio assistito e le associazioni che lo praticano non possono avere accesso alla struttura.

Mission

La Fondazione Casa Biancamaria promuove il mantenimento dell'autonomia nel rispetto delle volontà degli ospiti che accoglie.

Garantisce il coinvolgimento dei caregivers, rispettando le esigenze, le volontà e lo stato di salute dell'ospite stesso nel pieno rispetto della dignità di ogni individuo.

- ✚ E' un istituzione socio-sanitaria medicalizzata, situata nel quartiere di Cadro;
- ✚ **Ospita** tutte le persone domiciliate nel comprensorio, seguendo criteri prestabiliti e disponibilità di posti letto, offrendo camere singole o doppie per soggiorni definitivi o temporanei;
- ✚ **Accoglie** gli ospiti offrendo loro un luogo di vita familiare, adatto alle loro esigenze e che risponda ai bisogni , trasmettendo sicurezza e assistenza a 360°, sostenendo nei momenti di crisi, sia gli ospiti che i caregivers;
- ✚ **Applica** tecniche , metodiche e propone attività che limitino l'isolamento sociale, mirando a relazioni interpersonali basate sulla trasparenza , sulla correttezza e la fiducia reciproca;
- ✚ **Ottimizza** e garantisce l'utilizzo responsabile delle risorse a disposizione, mirando all'erogazione della massima qualità, valorizzando la professionalità, le competenze e l'assunzione delle proprie responsabilità;
- ✚ **Garantisce** e favorisce la formazione continua del personale di tutti i settori presenti, motivando la crescita qualitativa e l'espressione della propria creatività per una crescita professionale e umana;
- ✚ **Promuove** quale azienda formatrice, la formazione e stage in ambito sanitario, alberghiero, domestico,
- ✚ **Collabora** con i vari centri di formazione presenti sul territorio, mettendo a disposizione posti di stage o formazione a scopo orientativo o reinserimento sociale, in tutti i settori presenti in struttura.

Bibliografia

- La pratica dell'aver cura di Luigina Mortari Edizione 2006
- Filosofia della Cura di Luigina Mortari Edizione 2015
- Filosofia delle Cure Casa Anziani Sementina

Sitografia

- www.gsys.ch
- www.cpa-sementina.ch
- www.ti.pro-senectude.ch
- www.ti.ch/med
- www4.ti.ch/dss/
- www.ipasvi.it
- www.asiticino.ch