

8 1222 • 2022
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi
Internazionali**

Corso di Laurea in Servizio Sociale

**Il Ben-essere nelle Residenze per
Anziani: dallo stigma alla qualità
di Vita**

Candidata

Laura Campagnolo, matricola 1221956

Relatrice

Dott.ssa Zambello Mirella

Indice

Indice	2
Introduzione	4
Cap. 1 Il Ben-essere nelle residenze per anziani	5
1.1 La fotografia delle residenze per anziani in Italia	5
Cap 1.2 Che cos'è il Ben-essere?	6
Cap. 2 Lo stigma nelle residenze per anziani	12
2.1 Che cos'è lo stigma?	12
2.2 Stigma e linguaggio	12
2.3 Il ruolo dell'assistente sociale nelle Rsa con riferimento al Codice Deontologico	14
Cap. 3 La qualità di vita	18
3.1 Che cosa si intende per qualità di vita	18
3.2 La qualità di vita per i residenti, per le famiglie e per gli operatori	19
La qualità di vita per i residenti	19
L'importanza di comprendere il dolore nelle Residenze Sanitarie Assistenziali	21
La qualità di vita per i familiari	23
La qualità di vita per gli operatori	24
3.3 Un modello culturale per la qualità di vita nelle Residenze per anziani: la Metodologia del Sente-mente® organizzazione	30
Che cos'è Sente-mente® ?	30
3.4 Le cinquanta tessere del Sente-mente® viaggio per rileggere e rigenerare l'organizzazione	31
3.5 Progettualità Inclusiva nelle strutture residenziali accompagnata dal Servizio Sociale di Comunità	36

3.6 L'importanza delle Residenze sanitarie Assistenziali come organizzazioni del territorio	48
Conclusioni	49
Allegati	51
Bibliografia	54

Introduzione

In questo periodo storico si può parlare di Ben-essere all'interno delle Residenze per anziani? E cosa intendiamo con l'espressione benessere? Le organizzazioni per anziani sono organismi complessi e al giorno oggi siamo quotidianamente inondati da notizie che riportano a galla maltrattamenti agiti nei confronti degli anziani. Oltre a ciò, gli ultimi due anni caratterizzati dalla pandemia del Covid 19, hanno inflitto ancora di più nelle organizzazioni per anziani, portando alla luce tutte le lacune latenti delle strutture. Anni in cui anche la progettualità all'interno delle Rsa sembra si sia fermata, senza speranza e senza una visione sul futuro. Si è lavorato giorno dopo giorno lasciandosi travolgere dagli eventi, su procedure e programmi definiti di emergenza e di urgenza. L'obiettivo che mi sono posta in questa tesi è quello di analizzare come si possa creare qualità di vita all'interno delle strutture complesse come le Rsa grazie anche alla mia personale esperienza, prima come Operatore socio sanitario e poi come tirocinante assistente sociale all'interno di una Residenza per anziani. La tesi inizierà fornendo una fotografia del panorama italiano delle Rsa, fornendo il numero di strutture presenti in Italia e nel dettaglio, il numero di residenti per ogni regione italiana. Successivamente mi soffermerò sullo stigma che viene esercitato all'interno delle residenze per anziani ponendo attenzione anche al linguaggio che viene usato per relazionarsi ai residenti. Passero poi a parlare della qualità di vita, che cosa si intende per qualità di vita e facendo una distinzione tra la qualità di vita per i residenti, per le famiglie e per gli operatori. Proseguendo, presenterò un modello culturale innovativo per creare benessere e qualità di vita all'interno delle Residenze per anziani. Infine, mi soffermerò sul servizio sociale di comunità partendo dal presupposto che la residenza per anziani non deve essere un luogo di reclusione sociale ma un luogo facente parte della comunità. Inoltre, aggiungerò i due progetti che ho potuto svolgere nella mia esperienza di tirocinio: la scheda biografica per onorare le esperienze di vita della persona e il progetto di valutazione delle accoglienze che ho svolto facendo colloqui sia con i residenti sia con la famiglia per valutare l'accoglienza in struttura.

Cap. 1 Il Ben-essere nelle residenze per anziani

1.1 La fotografia delle residenze per anziani in Italia

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa) sono strutture non ospedaliere che ospitano persone sia anziani autosufficienti che non autosufficienti che, per molteplici ragioni non possono essere curati presso il proprio domicilio e che vengono dunque accolti in una struttura residenziale con la possibilità di permanenza temporanea oppure definitiva. Le RSA in Italia, secondo il GNPL National Register, la banca dati realizzata dal Garante nazionale per la geolocalizzazione delle strutture socio assistenziali sul territorio italiano, sono 4.629. Di queste, 2.651 al Nord, 668 al Centro, 493 al Sud e 817 nelle Isole. In Lombardia, le RSA sono 689. Seguono il Piemonte con 616 strutture, l'Emilia-Romagna con 565 e il Veneto con 324. Al centro Italia è la Toscana, con 315 strutture, ad avere il primo posto. Mentre nel Sud la Puglia è la regione nella quale si registra la presenza più elevata.¹ Nello specifico, secondo la fonte dell'Istituto superiore di Sanità, al 1 febbraio 2020 gli anziani accolti nelle Rsa sono così suddivisi per Regioni italiane.²

¹ *Quante sono Le RSA in Italia? (2021, May 6). Brainer.* <https://www.brainer.it/quante-rsa-italia/> visto in data 05.07.22

² *Indagine sulle Rsa: Un business che Fa perdere Di vista l'assistenza. (2020, 20). Il Bo Live UniPD.* <https://ilbolive.unipd.it/it/news/indagine-sulle-rsa-business-che-fa-perdere-vista> visto in data 05.07.22

Regioni italiane e numero di residenti presenti

Piemonte	16629
Lombardia	26981
Bolzano	418
Trento	1189
Veneto	17381
Friuli Venezia-Giulia	3491
Liguria	1515
Emilia Romagna	7906
Toscana	9245
Umbria	719
Marche	1280
Lazio	4439
Abruzzo	410
Molise	228
Campania	626
Puglia	2056
Calabria	1510
Sicilia	930
Sardegna	568

Cap 1.2 Che cos'è il Ben-essere?

Dopo aver visto la fotografia italiana delle Rsa è opportuno entrare nel merito di cosa si intenda quando parliamo di “ben-essere”. A che cosa ci riferiamo?

È un vivere senza malattia? Possedere i mezzi e le risorse sia personali che economici per far fronte ad una eventuale diagnosi? È possedere ricchezza per poter soddisfare ogni desiderio?

Sicuramente quando parliamo di benessere dobbiamo far riferimento al concetto di Salute, definito dall'OMS “come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale” e non come una semplice assenza di malattia. La salute rappresenta un diritto fondamentale della persona che sta alla base di tutti gli altri diritti. La salute

viene considerata un mezzo e non un fine e in quanto tale una risorsa di vita quotidiana che consente alle persone di condurre alle persone un'esistenza orientata alla soddisfazione e alla felicità³. Quando si parla di tutela della Salute non si può non citare L'art. 32 della Costituzione Italiana.

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”⁴ Secondo l'autrice Elisabetta Ghedin, il ben-essere è il risultato dell'integrazione tra i sistemi biologico, psichico e sociale; non dipende solo da corretto funzionamento di organi e apparati vitali, ma soprattutto dagli stili di vita e di lavoro, dal tempo libero, dalla condizione dell'ambiente e delle qualità umane e i contesti.⁵ Il concetto di ben-essere non è dunque solamente legato ad un buon funzionamento del corpo umano, ma racchiude dentro a sé una forma più ampia che racchiude i vari ambiti della vita personale. Se facciamo riferimento al target di questa tesi, rappresentata dagli anziani che non solo abitano, ma vivono nelle nostre Rsa, è presente l'importante “Carta Europea dei diritti e delle Responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e di assistenza a lungo termine” che, all'art 4 stabilisce come le persone anziane abbiano il diritto a ricevere cure appropriate e di alta qualità. Diritto perfettamente in linea con il concetto di ben-essere. Nel dettaglio ecco l' Articolo 4:

Qualità delle cure

4-1 Hai diritto a ricevere cure sanitarie ed assistenza di lungo termine di alta qualità, tempestive e economicamente sostenibili, adatte alle tue personali esigenze e desideri, senza alcuna discriminazione.

4-2 Hai diritto ad essere assistito da persone che hanno la professionalità richiesta ed adeguato supporto per rispondere al tuo bisogno di assistenza, cure e trattamenti.

³ *Qualità di cura e qualità di vita della persona con demenza* (2013) https://www.francoangeli.it/Area_PDFDemo/1305.162_demo.pdf

⁴ *La Costituzione - Articolo 32 | Senato Della Repubblica*. (n.d.). <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32>

⁵ Ghedin, E. (2010). *Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione*. Napoli. Liguori Editore

Qualora sei assistito da professionisti, membri della famiglia o altre persone coinvolte, essi dovrebbero aver ricevuto e continuare a ricevere risorse tecniche, strutturali e finanziarie, formazione specializzata e indicazioni e assistenze necessarie a dotarli di ciò di cui hanno bisogno.

4-3 Dovresti cercare delle soluzioni di cura che permettano a coloro che ti assistono quotidianamente di prendere le pause necessarie per condurre la propria vita personale e di migliorare la qualità di assistenza che ti offrono.

4-4 Hai diritto a beneficiare di misure di prevenzione di qualsiasi deterioramento – o misure di miglioramento - delle tue condizioni e di promozione della tua indipendenza nel miglior modo possibile.

4-5 Hai diritto ad attenderti che tutti gli individui, istituzioni e equipe professionali coinvolti nelle tue cure, aiuti e trattamenti comunichino e cooperino tra di loro ed conformino ed organizzino i servizi che prestano per assicurare che essi siano nel tuo migliore interesse.

4-6 Hai diritto a ricevere tempestivamente aiuto per i tuoi bisogni quotidiani.

Cure appropriate

4-7 Se e quando entri in una struttura assistenziale, le condizioni e i costi della tua permanenza debbono essere esplicitati in un contratto.

Le informazioni sui tuoi diritti e responsabilità debbono essere chiare e trasparenti. Hai diritto a ricevere le informazioni prima della tua ammissione ed in tempo utile.

4-8 Hai il diritto di muoverti liberamente nel tuo ambiente. Hai diritto a ricevere aiuto ed incoraggiamento per la tua mobilità.

4-9 Hai diritto ad aspettarti che le tue abitudini ed il tuo precedente stile di vita che sono importanti per te siano presi in considerazione.”⁶

Giunti a questo punto, una domanda che sorge è la seguente: “Che cosa si afferma sul ben-essere delle persone che vivono nelle Rsa?” Amnesty International Italia ha presentato “Abbandonati”, il rapporto sulle violazioni dei diritti umani nelle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali italiane durante la pandemia da

⁶ *Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine.* (Giugno 2010)
https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_IT.pdf

Covid-19. Il rapporto “Abbandonati”, frutto di una ricerca condotta da Amnesty International Italia sulle violazioni dei diritti nelle strutture di residenza sociosanitarie e sociosanitarie durante la pandemia da Covid-19 in Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, ha messo in luce le lacune delle istituzioni italiane a livello nazionale, regionale e locale nell’adottare misure tempestive per proteggere la vita e la dignità delle persone anziane nelle case di riposo nel corso dell’emergenza sanitaria da Covid-19.

“Oltre a violare il diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione, decisioni e pratiche delle autorità a tutti i livelli hanno anche avuto un impatto sui diritti alla vita privata e familiare degli ospiti delle strutture ed è possibile che, in certi casi, abbiano violato il diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani e degradanti”, ha dichiarato Donatella Rovera, ricercatrice esperta di crisi di Amnesty International.⁷

Successivamente, una pratica molto diffusa che stride con il concetto di salute e di ben-essere è costituito dall’uso delle contenzioni nelle residenze per anziani. Secondo un’indagine multicentrica del 2012 sull’utilizzo della contenzione fisica, emerge come nelle Residenze Sanitarie Assistenziali vi sia un intervallo molto ampio, che oscilla fra il 3% e l’83% dell’uso delle contenzioni (de Vries et al., 2004; Feng et al., 2009; Karlsson et al., 2001; Ljunggren et al., 1997) e arriva fino al 98% includendo le spondine, il mezzo di contenzione più frequentemente utilizzato sia nelle RSA sia negli ospedali (Hamers et al., 2004; Hantikainen, 1998; Meyer et al., 2009).

In Italia il ricorso ai mezzi di contenzione nelle RSA varia dal 41,7% dell’Emilia-Romagna al 17,5% dell’Abruzzo al 25% del Veneto (Costantini, 1996). In uno studio condotto nel 1999 in 68 RSA del Comune di Milano, risultava contenuto (spondine escluse) il 21% degli ospiti (Sirchia et al., 2001). Più recentemente, in ospedale si è rilevata una prevalenza di contenzione pari al 15,8% (Degan et al., 2004).

Le ragioni che inducono ad applicare un mezzo di contenzione sono principalmente la prevenzione delle cadute e, nelle RSA, la gestione e il controllo dell’agitazione (de Vries et al., 2004; Hamers et al., 2004; Hantikainen, 1998; Karlsson et al., 2001),

⁷ *“Abbandonati”: IL rapporto sulle violazioni dei diritti umani nelle case Di riposo italiane durante IL COVID-19.* (2020, December 17). Amnesty International Italia. <https://www.amnesty.it/abbandonati-il-rapporto-sulle-violazioni-dei-diritti-umani-nelle-case-di-riposo-italiane-durante-il-covid-19/> visto il 05.07.22

mentre negli ospedali i motivi più spesso indicati includono la protezione dei presidi medicali, al fine di prevenire la loro rimozione e l'interruzione di terapie, e il controllo della confusione e dell'agitazione (de Vries et al., 2004; Irving, 2004).

L'età avanzata, la compromissione della mobilità, la dipendenza dovuta all'inabilità a eseguire autonomamente le attività di vita quotidiana, la presenza di deficit cognitivi e il rischio di cadute sono alcuni tra i fattori che predicono un maggior ricorso alla contenzione (Feng et al., 2009; Gallinagh et al., 2002b; Karlsson et al., 2001; Hamers et al., 2004; Irving, 2004; Ljunggren et al., 1997; Meyer et al., 2009).

Nelle case di riposo un elevato carico di lavoro, per la presenza e la gravità della disabilità fisica e cognitiva dei residenti, è associato a un ricorso frequente alla contenzione (Gallinagh et al., 2002a; Karlsson et al., 2001). Studi condotti in ospedali non hanno riscontrato una correlazione significativa tra lo standard di personale e l'utilizzo della contenzione, anche se è dimostrata un'associazione laddove i pazienti contenuti abbiano un'età molto avanzata (Irving, 2004) e in alcune fasce orarie (pomeriggio e notte) in cui notoriamente il personale di turno è ridotto (Gallinagh et al., 2002b).⁸ Si può dunque parlare di ben-essere visto il tasso elevato delle contenzioni? Luigi Manconi scrive a tal proposito: "Secondo la nostra Costituzione, i ricorsi a pratiche limitative della libertà personale nell'ambito di trattamenti sanitari dovrebbero rappresentare rare eccezioni tassativamente regolate, controllate, sottoposte a un sistema giurisdizionale di garanzie nei confronti dei pazienti. Mentre si continua dunque ad agire in maniera stridente con la migliore cultura giuridica e sanitaria affermatasi nel nostro paese e, in particolare, con quella "legge Basaglia" che ha riconosciuto in maniera piena la dignità e la titolarità dei diritti delle persone affette da disagio mentale. Nella stragrande maggioranza dei centri di diagnosi e cura i pazienti non hanno la possibilità di avere rapporti con i familiari, di muoversi liberamente (tantomeno di uscire) e tali strutture risultano spesso impermeabili a qualsiasi possibilità di monitoraggio e controllo dall'esterno e la pratica di misure di contenzione meccanica è una componente ricorrente, seppur

⁸ *L'utilizzo Della contenzione fisica negli ospedali E nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: Indagine multicentrica di prevalenza.* (2012, May 20). Fnopi L'infermiere. <https://www.infermiereonline.org/2012/05/20/lutilizzo-della-contenzione-fisica-negli-ospedali-e-nelle-residenze-sanitarie-assistenziali-indagine-multicentrica-di-prevalenza/> visto in data 05.07.22

nell'ombra".⁹ Dai dati delle contenzioni meccaniche agite nelle Rsa italiane, e dal rapporto Amnesty International risulta evidente come sia urgente agire per creare benessere nelle strutture residenziali e per tale ragione, successivamente mi descriverò una metodologia che sta avendo riscontri positivi per allenare la Cura nelle organizzazioni. Ma prima di addentrarci in ciò mi vorrei soffermare sul concetto di Stigma e come lo stigma viene agito nelle Rsa.

⁹ *La contenzione meccanica*. Senato (2017) https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf.

Cap. 2 Lo stigma nelle residenze per anziani

2.1 Che cos'è lo stigma?

Furono i Greci ad inventare il termine stigma per indicare un segno sul corpo che serviva a identificare qualcosa di insolito e negativo nella condizione morale del portatore. I segni venivano incisi oppure impressi a fuoco sul corpo e informavano che chi li portava era uno schiavo, un criminale o un traditore. Una persona degradata e da evitare, soprattutto nei luoghi pubblici. In epoca cristiana, al termine stigma furono aggiunti due livelli metaforici: il primo si riferisce a segni corporei della grazia divina sotto forma di eruzioni cutanee; il secondo a dei segni corporei di un disordine fisico. Oggi, il termine è usato in un significato simile a quello originario, venendo però usato alla disgrazia stessa che alla manifestazione corporea.¹⁰

2.2 Stigma e linguaggio

Scendendo nel dettaglio delle persone anziane, una forma sicuramente prevalente di stigma ricade proprio nella relazione con la persona. Il cosiddetto EderlySpeak, consiste infatti nel rivolgersi alla persona anziana come se avessimo davanti a noi un bambino. Nel dettaglio, sono questi gli aggiustamenti che si mettono in atto nella relazione con la persona anziana:

- Usando una voce cantilenante.
- Cambiando tono.
- Esagerando le parole.
- Semplificare la lunghezza e la complessità delle frasi.
- Parlando più lentamente.
- Usare un vocabolario limitato.
- Ripetere o parafrasare quanto appena detto.
- Usando termini come "tesoro" o "caro".
- Usare affermazioni che suonano come domande.

¹⁰ Goffman, E. (2003). *Stigma. L'identità negata*. Verona. Ombre Corte.

Elderspeak implica che una persona anziana non è competente. Questa è la mentalità che Kemper rivela attraverso i suoi esperimenti. Ha documentato la bizzarra discrepanza tra una performance impeccabile degli anziani e le loro segnalazioni di confusione. Più e più volte, gli anziani trovano con successo la posizione su una mappa come indicato, ma allo stesso tempo segnalano la preoccupazione di aver frainteso i loro partner più giovani nel test. La ricerca di Ellen Ryan e Howard Giles supporta anche l'idea che il linguaggio degli anziani influenzi la valutazione delle proprie capacità da parte di una persona anziana. Può rafforzare gli stereotipi negativi sull'invecchiamento ed erodere l'autostima degli anziani.¹¹

Inoltre, come scrive Anna Gaburri, educatrice e animatrice professionale, uno studio del 2009 evidenzia che c'è una maggiore probabilità di resistenza alle cure, (ovvero la reazione che le persone che vivono con la demenza possono agire di fronte alle modalità delle azioni di cura) quando la loro infermiera usa l'Elderspeak (Williams, Herman, Gajewski, Wilson, 2009).

Il 40% degli anziani che ricevono servizi di assistenza domiciliare riferiscono che questo linguaggio usato dai loro caregiver viene percepito come umiliante (Williams, Herman, Gajewski, Wilson, 2004), questa percentuale sale al 75% nelle interazioni che gli anziani hanno con il personale delle case di cura (Balsis, S. e Carpenter, B. 2006).¹²

Oltre all'elderspeak vi è anche un linguaggio stigmatizzante presente nelle residenze per anziani. Le Rsa trasbordano di linguaggi che si basano sul "fare" e troppo poco sul "come". Come professionisti, abbiamo il dovere di far comprendere all'operatore che ogni gesto assistenziale non è il fine del suo lavoro ma il mezzo attraverso il quale contribuisce al risultato più grande, ovvero il benessere del residente. Frasi come: "lo metto, lo sposto, lo lavo, lo imbocco, lo metto a letto, lo lascio a letto per la scarica" sono tutte espressioni esempio di un linguaggio che crea un divario tra l'operatore e la persona. Un linguaggio che viene definito come violento e come un

¹¹ *Elderspeak -- Is it helpful or just baby talk?* (2014, May 16). The Merrill Advanced Studies Center. <https://merrill.ku.edu/elderspeak-it-helpful-or-just-baby-talk> visto in data 07.07.22

¹² *Elderspeak: Necessario E urgente IL cambiamento nella Cura alle persone anziane.* (2020, October 22). Letizia Espanoli. <https://letiziaespanoli.com/2020/10/22/le-mani-o-le-manine-tesorino-o-signora-andiamo-o-posso-accompagnarla/> visto in data 07.07.22

fallimento della relazione. In questo linguaggio vi è lo stigma del “tanto non capisce più niente”¹³

2.3 Il ruolo dell’assistente sociale nelle Rsa con riferimento al Codice Deontologico

Secondo AnnaMaria Campanini, Professoressa e presidente dell’ International Association of Schools of Social Work, l’Assistente Sociale è:

un professionista che si muove utilizzando precisi riferimenti teorici, che offrono sia delle chiavi di lettura dei fenomeni (come ad es. sociologia, psicologia, antropologia), sia delle cornici entro cui muoversi (politica sociale, diritto) e grazie alle discipline specifiche di servizio sociale, degli strumenti operativi da attivare in relazione ai problemi e al contesto. ¹⁴

Come descritto nel paragrafo precedente, visto l’uso di un linguaggio stigmatizzante verso gli anziani, l’assistente sociale dovrebbe contribuire a ridurre lo stigma cercando di sensibilizzare l’equipe di cura su questo importante aspetto andando a presentare quali sono gli studi scientifici sull’EderlySpeak e i suoi effetti dannosi. Ci viene in aiuto anche il Codice Deontologico, in particolare al Titolo II, Principi generali della Professione, affermando: ”

4. L’esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sulla disciplina accademica, sulla pratica, sull’autonomia tecnico-professionale e sull’indipendenza di giudizio. L’assistente sociale non partecipa ad iniziative lesive di queste dimensioni.
5. L’assistente sociale fa propri i principi fondamentali della Costituzione della Repubblica Italiana. Riconosce il valore, la dignità intrinseca e l’unicità di tutte le persone e ne promuove i diritti civili, politici, economici, sociali, culturali e ambientali così come previsti nelle disposizioni e nelle Convenzioni internazionali.

¹³ Espanoli L. (2020). *Per un’organizzazione che Cura. Idee E azioni possibile secondo il sente-mente® modello*. Piacenza. Edizione Dapero.

¹⁴ Campanini A. (2000). *Gli ambiti di intervento del servizio sociale* <https://www.lettura.org/gli-ambiti-di-intervento-del-servizio-sociale-annamaria-campanini> visto in data 14.07.22

6. L'assistente sociale afferma i principi della difesa del bene comune, della giustizia e dell'equità sociale e, nel promuovere la cultura della sussidiarietà, della prevenzione e della salute, opera affinché le persone creino relazioni di reciprocità all'interno delle comunità alle quali appartengono.
7. L'assistente sociale riconosce il ruolo politico e sociale della professione e lo esercita agendo con o per conto della persona e delle comunità, entro i limiti dei principi etici della professione.
8. L'assistente sociale riconosce la centralità e l'unicità della persona in ogni intervento; considera ogni individuo anche dal punto di vista biologico, psicologico, sociale, culturale e spirituale, in rapporto al suo contesto di vita e di relazione.
9. L'assistente sociale svolge la propria azione professionale senza fare discriminazioni e riconoscendo le differenze di età, di genere, di stato civile, di orientamento e identità sessuale, di etnia, di cittadinanza, di religione, di condizione sociale e giuridica, di ideologia politica, di funzionamento psichico o fisico, di salute e qualsiasi altra differenza che caratterizzi la persona, i gruppi o le comunità. Consapevole delle proprie convinzioni e appartenenze personali, non esprime giudizi di valore sulla persona in base alle sue caratteristiche o orientamenti e non impone il proprio sistema di valori.
10. L'assistente sociale riconosce le famiglie, nelle loro diverse e molteplici forme ed espressioni, nonché i rapporti elettivi di ciascuna persona, come luogo privilegiato di relazioni significative.¹⁵

L'assistente Sociale ha, inoltre, il ruolo di Case Manager cioè di essere promotore di processi di empowerment coinvolgendo diverse risorse presenti nelle realtà locali che abbiano come obiettivo il miglioramento delle condizioni della qualità di vita, favorendo l'autonomia e le risorse degli individui senza creare assistenzialismo.

Nello specifico, l'assistente sociale:

- ◆ Risolve le problematiche.

¹⁵ CNOAS (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali) (2020). Ordine Assistenti Sociali, Consiglio Nazionale. *Codice deontologico del l'assistente sociale*. <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>

- ◆ Assicura la continuità delle cure e/o degli interventi.
- ◆ Contrasta la rigidità delle reti e la frammentazione dei servizi e degli interventi.
- ◆ Rende accessibili le cure ed i servizi.
- ◆ Rende appropriato l'utilizzo delle risorse presenti.

Si definisce, inoltre il ruolo dell'Assistente Sociale come "Guida della Rete", che assume dunque una funzione di intermediazione tra le persone, i servizi e le diverse competenze. Accompagna l'intero processo progettuale rappresentando gli interessi degli utenti e delle loro famiglie attuando quindi processi di advocacy evitando però la dipendenza assistenziale e favorendo la responsabilizzazione degli stessi utenti.

A tal proposito, al titolo V del codice deontologico troviamo tre articoli fondamentali dove viene enunciata l'importanza dell'assistente sociale come figura professionale che guidi nella rete promuovendo l'integrazione della stessa all'interno del proprio operato.

- Art.39. L'assistente sociale contribuisce a promuovere, sviluppare e sostenere politiche sociali integrate. Finalizzate al benessere sociale e della qualità della vita dei membri della comunità, con particolare riferimento a coloro che sono maggiormente esposti a situazioni di fragilità, vulnerabilità o a rischio di emarginazione, tenendo conto del livello di responsabilità che egli ricopre ed in funzione degli effetti che la propria attività può produrre.
- Art. 40. L'assistente sociale non può prescindere da una approfondita conoscenza della realtà territoriale in cui opera e da una adeguata considerazione del contesto storico e culturale e dei relativi valori. Ricerca la collaborazione dei soggetti attivi in campo sociale, socio-sanitario e sanitario per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera integrata ai bisogni della comunità, orientando il lavoro a pratiche riflessive e sussidiarie.
- Art. 41. L'assistente sociale favorisce l'accesso alle risorse, concorre al loro uso responsabile e contribuisce a ridurre lo svantaggio legato alla loro scarsa o mancata conoscenza. Parimenti favorisce la corretta e diffusa informazione sui servizi e sulle prestazioni erogate dal sistema in cui opera e, più in generale, dal sistema di welfare locale, regionale e nazionale, comunque articolato."

Facendo riferimento agli articoli evidenziati del codice deontologico, ne emerge che l'Assistente Sociale è un professionista che opera per diminuire lo svantaggio sociale ed aumentare processi delle persone, ecco allora che un professionista non dovrebbe solo essere considerato un erogatore di prestazione, ma dovrebbe porre in essere tutte le sue competenze, nello specifico delle residenze per anziani, affinché si concretizzi il risultato del benessere sia della persona residente all'interno dell'RSA, che degli operatori che vi lavorano all'interno. Per far sì che ciò accada non è certo legato al caso o alla fortuna ma fa parte del mettere in atto azioni che vadano ad incidere sulla qualità della vita.

Cap. 3 La qualità di vita

3.1 Che cosa si intende per qualità di vita

Roberto Cipriani, Raffaele Corso, Silvestro Baglioni danno questa definizione di Qualità di vita. Il concetto di qualità della vita trae la sua origine e diventa centrale soprattutto in società che non sono afflitte da problemi di sopravvivenza (fame, siccità, guerra, malattie infettive e infantili particolarmente diffuse). Ovviamente, laddove la vita stessa è in pericolo, il problema della sua qualità non si pone neppure. È dunque solamente nelle società industriali (e soprattutto in quelle avanzate) che si discute sul livello di q. della vita.

“Occorre distinguere debitamente fra qualità della vita., livello di vita e stile di vita. La prima indica la percezione che i soggetti hanno della loro possibilità di usare al meglio le disponibilità – sia economiche che culturali in senso lato – presenti nel loro universo di riferimento e di vita quotidiana (sia feriale che festiva, con la punta più avanzata – e privilegiata – che utilizza al meglio la risorsa "tempo" senza dover tener conto della differenza fra tempo lavorativo e tempo festivo). Per livello di vita deve, invece, intendersi il dato empiricamente rilevabile delle risorse reali utilizzabili, dunque in una prospettiva che appare essenzialmente quantitativa più che qualitativa (com'è invece nel caso della definizione di q. della v.). Infine, lo stile di vita si riferisce alle modalità con cui si fa ricorso a una serie di beni per servirsene come supporto più o meno essenziale nel corso della propria esistenza.

Se qualche decennio fa si poneva attenzione piuttosto alle variabili quantificabili (status socio-professionale, età, residenza, reddito), ora, invece, si tiene maggiormente conto di elementi più qualitativi (grado di soddisfazione, superamento della privazione relativa e, dunque, accesso alle chances migliori, atteggiamenti, comportamenti). Felicità e benessere sono, del resto, due categorie non facilmente assoggettabili a misurazioni di sorta; esse costituiscono il punto di riferimento essenziale per la q. della v. o meglio ne costituiscono l'obiettivo principale. Ovviamente, anche la soddisfazione (proprio come la privazione) può essere relativa

e quindi riduce la q. della v. qualora lo scopo prefissato non venga raggiunto in pieno.”¹⁶

3.2 La qualità di vita per i residenti, per le famiglie e per gli operatori

A livello delle Residenze per anziani, possiamo trovare tre livelli dove agire sulla qualità della vita. La qualità della vita per i residenti, la qualità della vita per i familiari e la qualità della vita per gli operatori.

La qualità di vita per i residenti

I residenti della residenza sono i beneficiari dei servizi dell'organizzazione e come evidenziato nell'articolo 4 della Carta dei diritti Europei per le persone bisognose di cura e assistenza, hanno diritto a ricevere cure non solo adeguate ma di qualità che non ledano la loro dignità. Uno strumento che ci aiuta a porre il focus se l'organizzazione sta davvero agendo per creare qualità di vita è costituito dal “Palazzo dei Bisogni e dei desideri” ideato dalla Dott.ssa Letizia Espanoli, assistente sociale, formatrice, consulente e ideatrice del Sente-Mente Modello ®

Il palazzo ha una logica verticale dove alle base stanno i bisogni che possiamo definire base e, via via salendo tra i vari “piani” troviamo un maggiore grado di soddisfazione di bisogni più complessi. Si parte infatti dal Corpo e all'interno di questo piano troviamo:

- il dolore fisico: la persona che risiede in una organizzazione può non essere in grado di comunicare il proprio dolore, deve essere il professionista che, come un abile investigatore si pone delle domande che vanno al di là di vedere la persona come la somma dei suoi sintomi. Ad. esempio, se la persona urla o vocalizza durante l'igiene intimo, l'operatore riporterà che la persona ha urlato ed è stato difficile fare l'igiene oppure cercherà di andare oltre e comprendere che quelle urla sono l'espressione di un dolore articolare?
- Nutrizione: la nutrizione dovrebbe essere costruita in base al movimento che la persona compie durante il giorno. Può una persona che compie cinque km al giorno

¹⁶ *Qualità di vita in "Enciclopedia Italiana".* (n.d.). Treccani, il portale del sapere. https://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-della-vita_%28Enciclopedia-Italiana%29/ visto in data 11.07

avere la necessità di un identico apporto calorico di una persona in carrozzina? L'organizzazione è in grado di stabilire quanti passi fa una persona nella sua organizzazione e compiere assieme all'equipe dei pasti che rispondano a questi bisogni? Oppure vi è la "dieta per diabetici", la "dieta per disfagici".

Salendo al secondo piano troviamo l'ambiente, un ambiente colmo di bellezza è un ambiente che incide sul benessere delle persone, in questo piano vengono presi in considerazione diversi punti.

- La rilevazione dei profumi e degli odori presenti nell'ambiente: i cattivi odori vanno rimossi e non devono essere coperti con prodotti chimici. Vivere in un ambiente dai cattivi odori produce un malessere e fastidio nelle persone andando a stimolare la produzione del cortisolo, ormone che aumenta i livelli di stress nel corpo.
- Suoni e rumori: un ambiente affollato, spazi troppo ristretti, tv accese, generano confusione e questo induce a creare re-attività e, nelle persone che convivono con demenza, possono innescare comportamenti speciali.
- L'ambiente deve essere riconoscibile dalla persona che ci vive. In molte residenze per anziani, nel comodino del residente si trovano flebo, guanti e altro materiale sanitario. Sul comodino dovremo invece trovare pezzi di vita della persona, una foto, un fiore. Attenzione inoltre a non creare un ambiente che sia un asilo nido. L'ambiente deve esprimere bellezza terapeutica, deve essere cioè creato intorno alla persona avendo come focus la sua storia di vita. Se una persona residente ama cucinare, si può creare una piccola cucina con oggetti che onorino la sua passione.

Al terzo piano troviamo l'identità e qui diventa fondamentale dare voce alla raccolta biografica della persona e di creare giornate di valore per le persone residenti. Dare vita a progetti che sappiamo dare valore alla persona e non dimenticando mai il ruolo che quel residente ha avuto e continua ad avere nella società. La persona sarà o è ancora un marito, una moglie, un lavoratore e non vorrebbero essere trattati come dei bambini. Anche la scelta dei vestiti ha un impatto sulla identità della persona: se la persona era ad esempio un uomo che lavorava in banca ed era abituato a indossare pantaloni e camicia, all'accoglienza in struttura non si annullano i ruoli e non si può chiedere che la persona indossi una tuta solamente perché è più pratico per gli operatori. Al quarto piano vi è la connessione umana. In questo piano si dovranno mettere in atto azioni che favoriscano la comunicazione tra

la persona e gli altri residenti, andando a valorizzare i talenti del residente. Si tratta, inoltre, di creare connessione umane tra la persona che risiedono in struttura e la famiglia. All'ultimo piano del palazzo dei bisogni e dei desideri troviamo l'accompagnamento ad un passo dall'oltre. In questo piano vi sono tutte le azioni che accompagnano la persona al fine vita come la realizzazione dei desideri della persona, la creazione di una progettualità che coinvolga la famiglia ad imparare a lasciare andare e a salutare la persona. Ancora, vi è l'attivazione di adeguate cure palliative quando si avvicina il fine vita.¹⁷

L'importanza di comprendere il dolore nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

Un altro importante pilastro che vorrei affrontare per il benessere dei residenti è la comprensione del dolore nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. È urgente che vi siano progettualità e formazione in merito a questo tema. Il dolore rimane un'esperienza soggettiva, privata e appartiene solamente alla persona che lo prova. Il dolore è l'esperienza privata più disagiata e più comune dalla quale si vuole scappare, che ognuno di noi ha provato, non una ma più volte nell'arco della vita. Secondo la definizione più accettata e diffusa, il dolore è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno. Il dolore rappresenta un'esperienza complessa, dalle mille sfaccettature, intrisa e influenzata da molteplici significati simbolici, tutti costituiti da quegli elementi psicologici e sociali che fanno parte della nostra vita di relazione. I fattori psicologici giocano un ruolo di primo piano nell'esperienza globale del dolore. L'individuo è dunque sensibile agli stimoli ambientali e molte situazioni, che per noi sarebbero del tutto normali, vengono elaborate in maniera abnorme generando dolore, disagio, sofferenza. Quando parliamo di dolore gioca un ruolo fondamentale anche la cultura in cui si cresce e si vive. Ricordando che per cultura non vanno intese solo le influenze sociali, ma anche la religione, che fa parte della cultura a tutti gli effetti, con le sue credenze e i suoi rituali. Le espressioni facciali, sono strettamente legate alla cultura. Si può dunque affermare che quest'ultime sono un mezzo importante per comunicare le emozioni agli altri. Espressioni come la felicità,

¹⁷ *Disturbi del comportamento Delle persone con Alzheimer: Vieni a conoscere il palazzo dei Bisogni E dei Desideri per costruire Una nuova Cura.* (2022, April 10). Letizia Espanoli. <https://letiziaespanoli.com/2022/04/10/disturbi-del-comportamento-delle-persone-con-alzheimer-veni-a-conoscere-il-palazzo-dei-bisogni-e-dei-desideri-per-costruire-una-nuova-cura/> visto in data 12.07.22

la paura, la rabbia, la tristezza e il disgusto vengono riconosciute in modo universale. Per esempio, l'intensità di espressione di disgusto durante la puntura di una vena aumenta di pari passo con l'espressione di dolore, mentre l'espressione di felicità diminuisce nell'attesa dell'iniezioni.¹⁸

A tal proposito inserisco lo studio scientifico, effettuato da Fabrizio Benedetti sull'effetto placebo nella relazione medico-paziente: “ Il termine placebo si riferisce all'intero rituale dell'atto terapeutico, abbracciando sia la sostanza inerte che il contesto psicosociale attorno al paziente e alla terapia. I placebo rappresentano un modello eccellente per comprendere le diverse funzioni cerebrali e il modo in cui l'attività mentale può influenzare diversi processi fisiologici. Esistono molti effetti placebo, con meccanismi diversi in diverse condizioni mediche e interventi terapeutici. Sono coinvolti aspettativa, ansia e ricompensa, oltre a una varietà di fenomeni di apprendimento e varianti genetiche. Attualmente, i modelli più produttivi per comprendere meglio la psicobiologia dell'effetto placebo sono il dolore, i disturbi motori e mentali, il sistema immunitario ed endocrino e la fatica. Contesto curativo a parte, gli effetti placebo sono cruciali anche per le prestazioni fisiche e cognitive. Questi modelli hanno fornito prove convincenti che diversi stimoli sociali, come parole e rituali terapeutici, possono modificare il cervello del paziente e questi effetti sono simili a quelli indotti dai farmaci. Alla luce di queste considerazioni, siamo oggi in una buona posizione per indagare fattori psicologici complessi come gli effetti placebo e la relazione medico-paziente utilizzando sia un approccio fisiologico che neuroscientifico. Le implicazioni traslazionali di questa nuova conoscenza spaziano dalla progettazione di sperimentazioni cliniche alla pratica medica fino alle questioni sociali ed etiche”.¹⁹

Tutto ciò dimostra come sia fondamentale, per l'instaurare una relazione di fiducia con le persone di cui ci prendiamo Cura, un approccio che vada al di là del solo paradigma medico ma che si fondi piuttosto su un approccio inclusivo che veda la persona in una visione olistica e non come una pluralità di sintomi da curare.

¹⁸ Benedetti F. (2020) *Il dolore Dieci punti chiave per comprenderlo*. Roma. Carrocci Editore.

¹⁹ Frisaldi E., Shaibani A., Benedetti F., *Placebo Effect*, Editor(s): Sergio Della Sala, Encyclopedia of Behavioral Neuroscience, 2nd edition (Second Edition). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128093245240911>

La qualità di vita per i familiari

Un aspetto da non tralasciare quando parliamo di qualità di vita nelle Rsa è dato dai familiari delle persone accolte in struttura. Essi sono un anello molto importante nel processo di cura e devono essere coinvolti all'interno dello stesso. Grazie al codice deontologico dell'assistente sociale abbiamo visto come la figura professionale debba promuovere relazioni di reciprocità all'interno della comunità (art 6 codice deontologico) e così è fondamentale creare anche relazioni all'interno delle Rsa, in modo da favorire non solo il benessere per la persona residente ma anche per la famiglia. Una progettualità che accolga i familiari, i suoi desideri sarà la base per la costruzione di una relazione di fiducia. Il ruolo dell'assistente sociale, sarà dunque quello di coinvolgere l'intera équipe che opera nella residenza (medico, infermiere, logopedista, fisioterapista, oss, psicologo, educatore professionale) affinché tutte le figure lavorino in sinergia per la creazione di qualità di vita non solo per i residenti ma anche per i familiari. Un principio che dovrebbe essere cardine per la creazione di una relazione di fiducia è data dalla trasparenza. Il familiare ha diritto di sapere tutto ciò che riguarda il progetto di cura della persona accolta in struttura. Una relazione che si basa sui principi di trasparenza e chiarezza saranno fondanti per costruire qualità di vita. Il covid 19 e la chiusura forzata delle Rsa ha lasciato letteralmente le famiglie fuori dai cancelli e, se da un lato abbiamo sviluppato nuove competenze tecnologiche come l'uso delle videochiamate, dall'altra parte, la maggior parte delle famiglie si sono sentite escluse dal processo di cura dei propri cari. Per costruire una relazione di fiducia con le famiglie, la RSA Casa Famiglia San Giuseppe di Vimercate ha avviato al termine del 2021 il progetto "Conosciamoci".

La finalità generale del progetto è quella di fornire supporto ad anziani e familiari, prima dell'accoglienza in RSA, attraverso l'instaurarsi di una relazione di fiducia coi familiari, con gli operatori, soprattutto del servizio psico socio educativo, per superare stereotipi e luoghi comuni legati alla vita in una RSA e consentire maggiore serenità durante l'inserimento.

Gli obiettivi del progetto sono stati i seguenti:

- Approfondire da parte degli operatori la conoscenza delle difficoltà incontrate dai familiari e dai soggetti anziani nell'accettare l'inserimento in RSA;
- Rispondere in modo personalizzato a domande, dubbi, incertezze espresse dai familiari;

- Accogliere in modo validante gli stati emotivi e di eventuale sofferenza legati ai percorsi di caregiving da parte dei familiari;
- Accompagnare i familiari ad accettare e conoscere una malattia come la demenza, nelle diverse fasi e manifestazioni;
- Supportare la fiducia nella possibilità di mantenere la relazione con il proprio caro anche nelle strutture residenziali;
- Fornire ai familiari riferimenti personali in alcuni specifici operatori che svolgano il ruolo di supporto e di mediazione con le altre figure professionali.²⁰

La qualità di vita per gli operatori

Gli operatori che lavoro nelle residenze per anziani sono rappresentati da varie figure professionali (oss, educatore, psicologo) ed hanno come focus il lavorare in equipe per garantire il benessere della persona accolta in residenza. Prima di poter adempiere a questo importante risultato anche gli operatori, a loro volta, devono essere accolti in un clima di lavoro che crei qualità di vita. Abbiamo visto come sia importante che all'interno della residenza vi sia un ambiente ricco di bellezza terapeutica per le persone residenti ma anche per gli operatori è importante che lavorino in un ambiente non solo sano, ma bello. L'organizzazione dovrebbe chiedersi: c'è bellezza attorno? Cosa raccontano i muri? I cartelloni sono attaccati con lo scotch oppure in una bella cornice? ²¹ Oltre alla bellezza dell'ambiente, è indispensabile creare un team che lavori per spingersi sempre un più il là e questo non può esistere senza la presenza del coordinatore che sappia guidare la sua squadra per raggiungere i risultati prefissati. Il coordinatore è quella figura capace di creare relazioni orientate alla positività, al rispetto e alla collaborazione con la direzione. Il coordinatore, inoltre, facilita la creazione di relazioni improntate alla collaborazione e allo sviluppo tra i diversi gruppi professionali adoperandosi per mediare e risolvere i conflitti. Svolge inoltre progetti annuali capaci di intervenire sulla creazione di benessere per i residenti, i famigliari e gli operatori prevedendo il confronto con la direzione, l'ufficio economato e il responsabile delle risorse.

²⁰ "Conosciamoci": un progetto per costruire in anticipo la fiducia coi familiari e la personalizzazione dell'accoglienza. (2022, February 14). Home -. <https://www.rivistacura.it/fiducia-coi-familiari/> visto in data 12.07.22

²¹ Espanoli L. (2020). *Per un'organizzazione che Cura. Idee E azioni possibile secondo il sente-mente® modello*. Piacenza. Edizioni Dapero.

Un modello interessante per la costruzione del benessere per gli operatori è rappresentato dal Five Ways to Wellbeing, quest'ultimo identifica cinque attività che contribuiscono ad aumentare il livello di benessere tra gli infermieri e i pazienti. La salute e il benessere sono caratteristiche importanti del funzionamento umano, sia per l'individuo che per la società, poiché le persone con un miglior benessere tendono ad avere una salute e una qualità di vita più alta. Cinque sono i consigli per aiutare gli infermieri ad adottare il modello Five Ways to Wellbeing.



1. Connettiti. Connettiti con le persone intorno a te, con la famiglia, gli amici e i vicini, a casa, al lavoro, a scuola o nella tua comunità locale. Pensa a questi come alle pietre miliari della tua vita e investi del tempo per svilupparli. Costruire queste connessioni ti sosterrà e ti arricchirà ogni giorno.
2. Sii attivo. Scambia le tue attività inattive con quelle attive. Fai una passeggiata, esci, gioca, prenditi cura del giardino, danza, cammina o vai in bicicletta. Essere attivi ti fa sentire bene. Soprattutto scopri un'attività fisica che ti piace e che si adatta al tuo livello di mobilità e forma fisica.
3. Prendi nota. Sii curioso, guarda il bello, nota il cambio di stagione. Assapora il momento, che tu stia andando al lavoro a piedi, pranzando o parlando con gli amici. Sii consapevole del mondo che ti circonda e di ciò che senti. Riflettere sulle tue esperienze ti aiuterà ad apprezzare ciò che conta per te.
4. Continua ad imparare. Prova qualcosa di nuovo, riscopri un vecchio interesse. Iscriviti a quel corso. Assumiti una responsabilità diversa sul lavoro. Ripara una bicicletta. Impara a suonare uno strumento o come cucinare il tuo cibo preferito. Imposta una sfida che ti diventerai a realizzare. Oltre ad essere divertente, imparare cose nuove ti farà sentire più sicuro.
5. Dai. Fai qualcosa di carino per un amico o uno sconosciuto, ringrazia, sordidi, fai volontariato nel tempo libero, unisciti ad un gruppo della comunità. Vedere te stesso e la tua felicità collegati alla comunità più ampia può essere incredibilmente gratificante e creare connessioni con le persone intorno a te.²²

Uno dei fattori che costruisce ad aumentare la qualità di vita degli operatori è lavorare in una organizzazione che si prende cura del personale attuando azioni che contribuiscono a fare crescere gli operatori e sentirsi non solo come un erogatore di prestazioni sterili ma come un organismo vivente che fa crescere l'organizzazione in cui lavora. Per fare ciò occorrono strumenti che valutino l'operatore, aiutandolo a comprendere quali siano i punti carenti e quindi su quali aspetti lavorare per migliorare. È ciò che è accaduto all'Istituto Giovanni Falusi, una Azienda pubblica

²² *The Five Way to Wellbeing* (2021) <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2021/04/210407-The-Five-Ways-to-Wellbeing-model-a-framework-for-nurses-and-patients.pdf> visto in data 13.07.21

di servizi alla persona (Asp) che ha redatto delle schede di valutazione del personale con le seguenti finalità:

- orientare i comportamenti al raggiungimento di obiettivi definiti in sede di pianificazione strategica e successiva programmazione operativa;
- migliorare le prestazioni utilizzando la valutazione come stimolo;
- favorire la realizzazione di performance di particolare rilevanza mediante la definizione a priori dei risultati attesi;
- premiare il merito individuale attraverso gli strumenti della premialità economica;
- incentivare la crescita professionale in termini di competenze e qualità delle prestazioni.

La valutazione si attua in relazione ai risultati conseguiti ed alle competenze esercitate; prende quindi in esame:

- il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- le capacità/competenze.

La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prende in esame:

- la performance organizzativa, ossia la capacità dell'Ente e delle strutture operative in cui si riparte di perseguire i propri compiti istituzionali secondo le priorità individuate dall'organo di indirizzo politico;
- la performance individuale, ossia il livello di raggiungimento di obiettivi individuali o di gruppo assegnati.

Relativamente alla performance organizzativa di Ente si fa riferimento agli esiti delle analisi condotte dal Laboratorio MES di Pisa, il quale valuta annualmente la performance delle singole strutture residenziali rappresentandola mediante lo schema del bersaglio, che individua la base su cui elaborare i risultati attesi per l'anno successivo.²³

²³ *Sistema valutazione del personale*. (n.d.). Google. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:M4-XhEax-E8J:https://www.halleyweb.com/istfalusi/zf/index.php/trasparenza/index/visualizza-documento-generico/categoria/144/documento/560+&cd=2&hl=it&ct=clnk&gl=it> visto in data 16.07.22

Gli obiettivi della valutazione del personale

La valutazione del personale non deve essere concepita come l'assolvimento di una pratica burocratica, ma rappresenta una leva gestionale di fondamentale importanza all'interno delle organizzazioni così complesse come le Rsa. La valutazione offre la possibilità di effettuare una riflessione sia da parte della direzione, che deve comprendere quali strumenti agire per colmare le lacune del personale, che da parte del valutato, portandolo a riflettere sul proprio operato ed interrogarsi per migliorare la propria performance. Nonostante l'accuratezza dei sistemi di valutazione, essi possono rappresentare anche delle criticità legate alle percezioni dei valutati legati alla soggettività, alla meritocrazia e all'equità. Per tale ragione è utile chiarire alcuni concetti fondamentali che determinano gli obiettivi della valutazione.

- Misurare: determinare la misura di una grandezza; nel caso specifico, attraverso i sistemi di pianificazione strategica, programmazione e controllo e i sistemi informativi, è possibile ottenere delle misure di performance individuale in funzione delle informazioni e degli indicatori disponibili;

- Valutare: attribuire un valore ad una misura; in questo caso, significa selezionare le informazioni rilevanti (tali in un dato momento e soggette a modifica nel tempo) relative alla performance delle persone e tradurle in indicatori, attribuendo quindi un valore a tale performance, tenendo in considerazione il contributo al raggiungimento di obiettivi

organizzativi, i comportamenti agiti e il livello di crescita e sviluppo conseguito;

- Premiare: conferire un riconoscimento sulla base di criteri predefiniti. A tal proposito si precisa che se da un lato appare necessario definire chiaramente le modalità di collegamento tra indicatori di sintesi di valutazione e fasce di premialità, dall'altro è opportuno ricorrere

anche a riconoscimenti di natura non monetaria quali formazione, visibilità, premi ai team.

È opportuno precisare che i sistemi di valutazione individuale possono perseguire diverse finalità, la prima la possiamo evidenziare nel supportare le decisioni che hanno conseguenze organizzative sui dipendenti (bonus, aumenti di stipendio, promozioni, conferme di incarichi, ecc.), dall'altro possono essere orientati allo sviluppo e alla crescita professionale (formazione, feedback, identificazione di punti di forza e di debolezza, ecc.). E' possibile far convivere le due finalità attraverso un utilizzo accurato

e selettivo dei contenuti della valutazione, selezionando in funzione di scopi e contesto di applicazione gli elementi che si collegano a possibili conseguenze organizzative e quelli che invece sono finalizzati alla crescita e allo sviluppo delle professionalità.²⁴

Le schede di valutazione del personale sono visibili dopo le conclusioni della tesi nella sezione degli allegati. Restando sempre nel tema della qualità di vita per gli operatori, vorrei soffermarmi sul bisogno che hanno questi ultimi di rigenerarsi. Sono stati, e continuano ad essere, anni sfidanti che ci hanno trasformato. Lavorare in una struttura per anziani durante la pandemia voleva dire portare nel cuore la paura di essere contagiato o di essere il veicolo del virus. Nessun operatore è stato pronto a “chiudere i sacchi neri”. Ora, più che mai, le residenze per anziani hanno urgenza di trasformare il dolore offrendo spazi di rigenerazione attraverso le parole. O meglio, attraverso strumenti in grado di affrontare questa sfida. Parliamo del mazzo di carte per accendere la resilienza. Nel nuovo libro di Letizia Espanoli ed Elena Mantesso viene offerta una forma di lettura arricchita da un mazzo contenenti 100 carte, ognuna della quali contiene una parola potenziante e, nel retro, una esperienza da vivere. Le potenzialità delle carte sono infinite, in quanto possono essere usate sia singolarmente, che in gruppo. Sia a livello individuale che professionale. Possono essere impiegate anche nelle residenze per anziani, per dare spazio agli operatori di azioni capaci di rigenerazione. In merito a ciò Letizia Espanoli scrive: “ la parola diventa strumento di lavoro nel delicato rincorrersi di Cura e Relazione, per accogliere il tuo mondo, per credere in te, per darti coraggio, per accogliere la tua paura e aiutarti a trasformarla. La parola si alterna con il silenzio, in una danza armonica che consente alla Speranza di non essiccare le Possibilità.”

Ecco che ogni professionista, attraverso l’uso delle carte potrà trovare per sé e per i colleghi un modo per essere ancora un artigiano della cura e per accendere la linfa vitale della passione per il proprio lavoro. Per essere professionale, infatti non è sufficiente amare il proprio lavoro e seguire le procedure e i protocolli ma essere

²⁴ *Linee guida sulla valutazione del personale nelle aziende sanitarie della Regione Basilicata*
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3906536.pdf> visto in data 16.07.22

capaci di scegliere ogni giorno azioni, scelte, parole, sguardi capaci di creare nell'altra persona la sensazione di aver incontrato qualcuno di importante.

3.3 Un modello culturale per la qualità di vita nelle Residenze per anziani: la Metodologia del Sente-mente® organizzazione

Che cos'è Sente-mente® ?

Abbiamo visto come sia diventato urgente una nuova progettualità inclusiva all'interno delle residenze per anziani e come tali progetti non possono essere improvvisati ma è necessario guardare al futuro con un focus che sia contraddistinto da efficacia e da metodo. Sente-mente® è un nuovo modello italiano, innovativo e rivoluzionario, per svelare, nel dolore della malattia, le opportunità di viverla che ha già trovato ampi consensi in Italia e negli Stati Uniti. È rivolto alla creazione del ben-essere di tutte le persone che sono coinvolte direttamente o indirettamente in questo percorso di Vita (persone che con-vivono con la malattia, professionisti della cura e della relazione, famigliari, volontari, assistenti famigliari ma anche Amministrazioni comunali, Associazioni Alzheimer, Associazioni Locali, giornalisti...)

Un modello Organizzativo Terapeutico

Il carattere innovativo sta nell'individuazione e valorizzazione dell'essenza vitale racchiusa in ciascuna persona. Sente-mente ® allena le Persone e le Organizzazioni socio sanitarie ad uscire dallo stato di impotenza, grazie ad un metodo capace di creare benessere sia per la persona malata, sia verso coloro che a vario titolo sono coinvolti nel processo di assistenza e cura.

Il modello permette di stimolare le organizzazioni coinvolte verso la creazione di nuove azioni di assistenza e cura unita ad un miglioramento organizzativo continuo e di sostenere le amministrazioni comunali attraverso un Progetto Pilota che guiderà il Comune a essere "Sente-mente ® amico delle persone che con-vivono con la demenza"²⁵

Ecco che, per andare ad abitare oltre lo stigma della malattia e al linguaggio violento presente nelle residenze per anziani esiste un nuovo modo di essere una residenza per

²⁵ *Il Sente-mente Project* <https://letiziaespanoli.com/sente-mente/> visto in data 20/11/2021

anziani eseguita con approccio metodologico capace ri-generare la cultura organizzativa dell'interna organizzazione che in Sente-mente® viene definito come "Identità della Cura". Quest'ultima non è un documento, ma un di valori "faro" capace di illuminare ogni scelta assistenziale, ogni comportamento interno, ogni progettualità, ma soprattutto il "gesto che Cura", che non è semplicemente come vogliamo trattare gli anziani, ma è l'acqua vitale che nutre ogni singola perchè chi ha cura non può che aver cura della persona nella sua unicità e non nel suo aggregato. Per ridare un significato profondo al lavoro di Cura e creare una comunità di persone animate dalla medesima cultura è necessario attuare progettualità condivise con l'ente locale, parte della propria eccellenza.²⁶

3.4 Le cinquanta tessere del Sente-mente® viaggio per rileggere e rigenerare l'organizzazione

Le cinquanta tessere del Sente-mente® organizzazione sono la stella polare di una cultura della Cura, della bellezza e delle Possibilità mai raggiunta definitivamente dal board, poiché fatta da un viaggio continuo e incessante verso la miglior versione dell'organizzazione. L'applicazione di ciascuna tessera nell'organizzazione è frutto di una continua costruzione attorno a creatività, domande, dati ed esperimenti. Accogliere un viaggio culturale organizzativo, vuol dire portare alla luce caratteristiche, condizioni, specificità intorno alle quali creare e rigenerare la cultura. Per questi, sostenuto dalla forza dei cinque pilastri sui quali l'intera metodologia di Sente-mente poggia le sue basi:

1. la vita pulsa oltre la diagnosi;
2. le emozioni non sono una malattia;
3. neuroscienze e connessione mente/corpo e corpo/mente;
4. con-tatto;
5. psicologia positiva.²⁷

²⁶ Espanoli L. (2020) *Per un organizzazione che cura*, Piacenza, Editrice Dapero.

²⁷ Espanoli L., *I cinque pilastri*, disponibile su <https://letiziaespanoli.com/pilastri-sente-mente/> visto in data 22.11.21

Le 50 le tessere rappresentano invece un modo per andare ad abitare un presente capace di innovazione e crescita perenne, nel dettaglio:

1. ambiente capace di incontrare le abilità della persona e suscitare bellezza per tutta la triade;
2. insight di malattia - la vita non finisce con la diagnosi;
3. il potere del linguaggio: le parole creano;
4. la storia di vita: la biografia;
5. la scheda assistenziale;
6. il progetto di assistenza individualizzato;
7. un progetto famiglie: dall'accoglienza all'accompagnare a vivere fino all'ultimo respiro;
8. i sente-mente laboratori per i familiari;
9. criteri per la selezione del personale socio sanitario educativo;
10. progetto di empowerment delle risorse umane;
11. formazione permanente del personale secondo gli obiettivi annuali;
12. identificazione del responsabile di nucleo/coordinatore con definizione del ruolo e degli obiettivi;
13. progetto dolore fisico;
14. la giornata di vita e le attività;
15. la giornata nutrizionale;
16. oltre i lassativi: la scelta possibile;
17. germogli di libertà: oltre la contenzione fisica;
18. la contenzione farmacologica;
19. il sente mente albero dei comportamenti speciali;
20. gli indicatori di risultato come indicatori di rotta;

21. il ruolo del servizio animativo-educativo;
22. la spiritualità del residente;
23. stress lavoro correlato;
24. criteri per l'accoglienza del residente;
25. criteri per la dimissione del residente;
26. l'accoglienza del residente e della famiglia;
27. l'organizzazione dei pasti;
28. le consegne degli operatori;
29. l'integrazione delle figure professionali;
30. il contatto;
31. heartmath e la sua applicazione;
32. i progetti con la risata incondizionata terapeutica;
33. educare alla felicità nella struttura;
34. idee di psicologia positiva nell'organizzazione;
35. lavorare con i sensi: finestre aperte sul mondo;
36. il codice etico condiviso;
37. la relazione con gli assistenti privati;
38. il caring infermieristico;
39. accompagnare a vivere fino all'ultimo respiro;
40. la sessualità come identità;
41. la cura della persona tra il fare e la relazione;
42. gli strumenti per il successo: apprezzamento, gratitudine, sorriso, coraggio, immaginazione, creatività;
43. la bellezza terapeutica;
44. la manutenzione dell'energia vitale del personale;
45. l'universo amico: la pro attività nell'organizzazione;
46. il ruolo dello psicologo;

47. gli obiettivi annuali dell'organizzazione e la life time dei progetti;
48. l'arte del movimento e le attività;
49. la clinica del residente;
50. attività innovative di riabilitazione neurocognitiva: le nuove frontiere della neurogenesi.

Attraverso la metodologia del Sente-mente® modello si compie un viaggio che ha lo scopo di dare il via ad un nuovo modo di intendere all'assistenza agendo su tutti i processi organizzativi dei servizi, al fine di passare da "una organizzazione che fa ammalare ad una organizzazione che cura". Ma che cos'è allora l'organizzazione? È solamente la somma delle persone che ci lavorano? È l'organigramma appeso? Letizia Espanoli scrive: "L'organizzazione non è la somma delle professioni, ma la relazione che tra queste: è quel divenire, suo malgrado, un organismo indipendente". Ecco allora che non si è solamente un OSS, un direttore, un educatore che lavora ma si è una cellula che costruisce un organismo superiore. Per andare verso la creazione di una organizzazione che crei benessere, gli interventi riguardano le seguenti aree.

1. Metodologia e cultura organizzativa: l'insieme dei processi che definiscono l'Identità di Cura, la creazione di una organizzazione capace di creare benessere e appartenenza.
2. Relazione con le risorse umane: l'insieme della tecnologia umana capace di valorizzare i talenti e creare sviluppo. In questa area diviene necessario allineare la struttura e la cultura organizzativa.
3. Relazione con il residente: si tratta della creazione di un'identità fatta di azioni con e per il residente e la sua qualità di vita e di fine vita.
4. Ambiente e bellezza terapeutica: consiste nella creazione di spazi a forte vocazione, capaci di creare benessere e in grado di sviluppare accoglienza.
5. Relazione e sviluppo umano e sociale della comunità locale: come la struttura si apre al territorio e quali progetti sviluppa assieme al territorio, come la struttura attiva bandi e finanziamenti capaci di "divenire un centro culturale prezioso" per la comunità e per le famiglie.

6. Relazione con le famiglie: come creare relazioni di fiducia e partnership con la famiglia.

Il viaggio per divenire una Sente-Mente organizzazione è un percorso dove si ha ben chiara la meta e i risultati che si vogliono raggiungere. Nel dettaglio, questo significa:

1. Aumento del senso di auto-efficacia dei dipendenti e di una rinnovata motivazione di essere professionisti della cura e della relazione.
2. Aumento del benessere dei residenti e miglioramento della loro qualità di vita con una netta diminuzione dei lassativi, dei farmaci che agiscono sul controllo del comportamento, della contenzione fisica della costruzione di una giornata di valore capace di dignità e benessere.
3. Aumento della soddisfazione delle famiglie, in quanto la relazione si riempie di complicità e di lavoro di squadra. Ne deriva che lo stress e i conflitti diminuiscono.
4. Aumento della fiducia tra i componenti dello staff sia come singoli che come team, diminuendo lo stress lavoro-correlato, turnover e malattia, con maggiore capacità di leggere gli eventi sentinella precursori di maltrattamenti.
5. Aumento delle capacità di svelare la bellezza presente in sé stessi, nei residenti, nei colleghi e nelle famiglie aumentando la resilienza, l'apprezzamento il senso di appartenenza.
6. Aumento dello sviluppo delle capacità di traghettare le persone dall'impotenza al campo delle possibilità, aumentando l'intelligenza emozionale dei singoli e dell'intera organizzazione.

3.5 Progettualità Inclusiva nelle strutture residenziali accompagnata dal Servizio Sociale di Comunità

Abbiamo visto come le residenze per anziani siano intrise di linguaggio stigmatizzante verso gli anziani. Per andare ad abitare oltre la disumanizzazione degli anziani che risiedono nelle case di riposo ed attivare inclusione dovremo accendere nuove lenti e guardare alla residenza per anziani non solo come un insieme di norme e protocolli a cui attenersi, ma come ad un'organizzazione capace di dare vita a dei progetti che si basano sul porre al centro la persona e il suo contesto di vita in un'ottica di visione comunitaria e dunque di servizio sociale di Comunità. La comunità, come campo di lavoro per il servizio sociale, è un insieme di persone tra le quali intercorre un certo grado di relazionalità fondato sulla condivisione di una lingua, di un luogo e di valori, primo fra tutti la solidarietà. Questo tipo di definizione si sposta ampiamente verso l'idea di comunità locale, che ha in sé anche concetti come «identità, reciprocità, fiducia, prossimità». ²⁸

Definizioni di Comunità:

Il termine «comunità», ha nel linguaggio molteplici accezioni, tanto che nel parlare di comunità ci si può riferire a realtà e significati tra loro piuttosto differenti.

In senso spaziale:

Si può intendere infatti, la comunità in senso territoriale riferendosi ad un aggregato di persone che vive in uno stesso territorio, in uno stesso quartiere, o nello stesso paese, nel caso di piccoli comuni.

In senso aspatiale:

La comunità può essere ancora intesa come luogo aspatiale, virtuale dove ciò che accomuna sono gli interessi, gli scopi, l'appartenenza ad una stessa categoria o professione²⁹

In senso astratto:

²⁸ Allegri E. (2016), *Il servizio sociale di comunità*, Roma, Carocci.

²⁹ Martini E.; Torti A. (2003) *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*. Roma. Carocci.

La comunità, ancora, può essere considerata come meta ideale da raggiungere, si pensi a determinati credi religiosi che pongono il vivere ed essere una comunità come luogo e obiettivo ideale di vita.

Il senso di comunità:

La comunità inoltre, richiama a significati emotivi e relazionali, si pensi al bisogno di sentirsi comunità e a fare comunità, ossia a sperimentare un luogo di vita e di relazione in cui percepirsi ed essere effettivamente protetti, a proprio agio, dove instaurare legami caratterizzati da contenuti affettivi e altruistici.

La comunità può essere tuttavia intesa come problematica, infatti non tutte le relazioni che si instaurano con gli ambienti di vita in cui si vive sono positive. La comunità può essere luogo di restrizione e costrizione, in cui vivere una convivenza forzata, per motivi di necessità ovvero senza possibilità di scelta.

Gli aspetti che contraddistinguono la Comunità sono i seguenti:

- ◆ Senso di appartenenza (membership), che corrisponde al sentimento di far parte di una comunità.
- ◆ Influenza (influence) definita come la possibilità del singolo di percepire e dare il proprio contributo alla comunità in un rapporto di reciprocità.
- ◆ Soddisfazione dei bisogni (integration and full fillment of needs), che indica la possibilità per l'individuo di soddisfare alcuni bisogni in ragione dell'appartenenza.
- ◆ Connessione emotiva condivisa (shared emotional connection), definita dalla qualità dei legami sociali e dalla condivisione di una storia comune.

Il ruolo dell'assistente sociale come guida alle reti, dovrebbe quindi saper delineare il profilo della comunità attraverso la ricerca intervento. Per ciò, un professionista dovrà essere in grado di analizzare:

- ◆ le caratteristiche territoriali;
- ◆ le caratteristiche demografiche;
- ◆ le caratteristiche economiche;
- ◆ le caratteristiche sociali;
- ◆ le caratteristiche economiche;

- ◆ le caratteristiche culturali;
- ◆ l'organizzazione e la qualità dei servizi pubblici e dei servizi sociali;
- ◆ i principali attori sociali presenti nel territorio;
- ◆ la qualità delle relazioni fra i soggetti comunitari;
- ◆ le modalità che hanno caratterizzato il fronteggiamento di criticità da parte della collettività.

Il lavoro di comunità è una pratica di lavoro sociale applicata in diversi settori di intervento e da diverse figure professionali socio-sanitarie.

Non è quindi prerogativa esclusiva dell'assistente sociale, anche se rappresenta la figura professionale a cui capitano più occasioni per poterlo applicare come strumento professionale, considerato anche il suo rilevante inserimento nei servizi sociali e nel privato sociale.

Lavoro di comunità deve essere inteso come l'implementazione e l'attivazione progettuale di una serie di processi e attività mirate come:

- ◆ la facilitazione dell'assunzione di responsabilità collettiva;
- ◆ l'agevolazione dei soggetti sociali alla partecipazione e collaborazione;
- ◆ lo sviluppo di relazioni e di legami che favoriscano il senso di appartenenza;
- ◆ l'acquisizione e il miglioramento di competenze da parte dei soggetti della comunità.³⁰

Un lavoro di comunità deve essere orientato e finalizzato alla partecipazione dei soggetti della comunità implicandone l'assunzione di una prospettiva teorica che concepisca la comunità come soggetto sociale capace di rispondere alle proprie criticità, dotata di specifiche competenze e potenzialità che costituiscono una risorsa sui cui far riferimento e al tempo stesso da attivare.

Per tali ragioni l'intervento del servizio sociale dal caso alla comunità deve essere incentrato sempre su questi tre ambiti:

- ◆ Lavoro con la persona.

³⁰ Martini E.; Torti A. (2003) *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*. Roma. Carocci.

- ◆ Lavoro con la famiglia.
- ◆ Lavoro con la Rete intorno alla persona tra i servizi e le istituzioni.

Si può agire attuando un Servizio Sociale nella Comunità attraverso i seguenti strumenti:

- ◆ Sensibilizzazione ai problemi e alle risorse.
- ◆ Photovoice, passeggiata di quartiere.
- ◆ Laboratori nel territorio.
- ◆ Gruppi di auto-mutuo-aiuto.
- ◆ Progetti sui legami sociali.
- ◆ Lavoro di rete tra servizi/organizzazioni/non pubblico.
- ◆ Sensibilizzazione ai problemi e alle risorse.
- ◆ Promozione della partecipazione.
- ◆ Ricerca-azione partecipata.
- ◆ Piani di zona, accordi di programma.
- ◆ Valutazione partecipata.

Lo sviluppo di comunità indica la direzione intenzionale che il lavoro di comunità assume [...], ed i processi di cambiamento e al tempo stesso i risultati di tale processo». Gli obiettivi dello sviluppo di comunità si possono ricondurre in prima istanza al favorire il senso comunità e di appartenenza alla stessa.³¹

Senza un legame affettivo, delle relazioni significative con la comunità non si potrebbero infatti attivare strategie di sviluppo di comunità, in quanto il senso di appartenere è una forte spinta all'azione. Inoltre, è necessario attivare percorsi che attivino la sensazione e la percezione che ci sia la possibilità di un cambiamento. Si parla dunque di Cittadini attivi, non si parla quindi di soggetti passivi, oggetti di cure da parte dei servizi; ma di cittadini attivi, attori sociali protagonisti della propria vita e costruttori della propria realtà. La comunità come soggetto sociale, dunque

³¹ Martini E.; Torti A. (2003) *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi*. Roma. Carocci.

possiede delle specifiche competenze e un patrimonio di conoscenze che formano il suo passato e al tempo stesso costituiscono il suo futuro.

In questa prospettiva, allora appare possibile promuovere il senso di responsabilità e di solidarietà. Fare lavoro di comunità quindi potrebbe significare, il sostegno di comunità formate da soggetti sociali attivi in cui al loro interno siano attivati, sviluppati e mantenuti percorsi e processi virtuosi di solidarietà e responsabilità sociale, dove il problema individuale diventa il problema della comunità.

I cittadini attivi, sono tutti i soggetti facenti parte della collettività, spesso appartenenti ad associazioni di volontariato, che si interessa ai problemi della comunità, li sente propri, e si impegnano a difesa dei rispettivi e altrui diritti, affinché siano effettivamente esercitati e goduti. Il cittadino attivo che fa lavoro di comunità, è in altre parole colui che dedica parte del proprio tempo e del proprio impegno per sviluppare tutti quei processi che muovano alla partecipazione.

Cittadini, quindi, che sono mossi dalla consapevolezza che la comunità è competente, ha un suo patrimonio di conoscenze da adoperare per risolvere le proprie criticità e pertanto si dedica alla cura delle relazioni, al rafforzamento dei legami comunitari, e in definitiva alla creazione di capitale sociale.

Per aumentare la creazione di benessere dei residenti accolti in Rsa ho potuto creare all'interno della mia esperienza di tirocinio la "Scheda Biografica" che ho utilizzato per svolgere i colloqui conoscitivi con la famiglia e onorare la storia di vita della persona. Successivamente, riporto il "Progetto di Valutazione delle accoglienze" redatto a marzo-aprile 2021 per valutare le emozioni e i sentimenti sia dei familiari che dei residenti dopo circa tre-quattro mesi dall'accoglienza in struttura. L'obiettivo che mi sono posta nel redigere queste schede è stata la non sterilità del lavoro sociale ma piuttosto la sua circolarità con un focus incentrato sempre sulla flessibilità e sulla comprensione della delicatezza che deve avere un professionista quando si rapporta con le persone.

BIOGRAFIA DEL/LLA SIGNORE/A:

Nato/a a:

Residente a:

Proveniente da:

Persone di Riferimento:

Nome Cognome	Grado di parentela	Domicilio	Recapito Telefonico

1. Residenza:
2. Luoghi di Residenza:
3. Scolarità:
4. Esperienze militari:
5. Esperienze lavorative:
6. Rete Familiare e amicale:
7. Avvenimenti significativi nel corso della vita:
8. Spiritualità:

9. Interessi-attività all'aria aperta:
10. Sport:
11. Animali:
12. Musica:
13. Integrazione sociale:
14. Abitudini, tradizioni:
15. Viaggi e spostamenti:
16. Cose non gradite:
17. Gestione del denaro:
18. Stile di vita:
19. Cose gradite-interessi:
20. E' a conoscenza dell'accoglienza in struttura:
21. Rapporto con la rete familiare:

22. Area assistenziale

- * Denti:
- *Barba:
- *Igiene mani viso:
- *Igiene intima:
- *Bagno:
- *Capelli:
- *Vestiti: abitudini e preferenze
- *Panni:
- *Stimolo urinario e intestinale:

23. Area alimentazione

- * Abitudini alimentari:
- *Colazione:
- *Pranzo:
- *Cena:
- * Piatti preferiti:
- *Cibi non graditi:

*Difficoltà a deglutire:

*Liquidi:

*Doppie consistenze:

*Allergie ad alimenti:

*Protesi acustiche:

24. Area del movimento

*Spostamenti:

*Ausili:

25. Area medica- infermieristica

❖ Scarica regolarmente o fa uso di terapia lassativa:

❖ Allergie a farmaci:

❖ Vaccino Covid:

❖ Patologie:

26. Aree da valutare

Progetto “Valutazioni Accoglienze Marzo-Aprile 2021”

1. Residenti

1.1. La persona è stata informata?

1.1.1. Come?

1.1.2. Chi l'ha informata?

1.1.3. Quale messaggio?

1.2. Valutazione sull'accoglienza

1.2.1. È stato accolto in modo gentile?

1.2.2. Il personale è stato accurato?

1.3. Item sulla soddisfazione

1.3.1. Sonno

1.3.2. Cibo

1.3.3. Compagno di stanza

1.3.4. Individuare nel racconto quante parole positive e quante negative

1.3.5. Come trascorre la giornata

1.3.6. Desideri?

1.3.6.1. es. dormire di più

1.3.6.2. es. mangiare qualcosa di particolare

1.3.6.3. es. cambiare stanza

1.3.7. Qual'è il grado di partecipazione alle attività?

2. Familiari

2.1. Emozioni

2.1.1. Qual'è l'emozione che sembra abbia vissuto il vostro caro?

2.2. Distacco

2.2.1. com'è stato vissuto?

2.2.2. Sentimenti pre-accoglienza

2.2.3. Sentimenti post-accoglienza

2.3. La persona è stata informata sull'accoglienza?

2.3.1. Come?

2.3.2. Chi l'ha avvisato?

2.4. Valutazione del personale

2.4.1. Gentilezza

2.4.2. Accuratezza

2.5. Visite-Videochiamate

2.5.1. Quante visite dall'accoglienza?

2.5.2. Come è andata?

2.6. Desideri

2.6.1. Cosa possiamo fare per loro?

3. Stesura della Relazione

3.1. Difficoltà relazionale nella residenza

3.2. Instaurare relazione di fiducia

3.3. Inizio con i colloqui dalla famiglia

3.3.1. Leggere consegne del residente

3.3.2. Preparare una griglia

4. A cosa servirà?

4.1. Progetti Personalizzati

4.2. Desideri

4.3. Fiducia

4.4. Raccolta biografica ed autobiografica

5. Setting

5.1. Perché dovrebbe essere disponibile a parlare con me?

5.2. Durata del colloquio?

5.3. Riservatezza.

6. Obiettivi della Valutazione

6.1. Circolarità del lavoro sociale

6.2. Instaurare relazione fiducia con il residente e il familiare

6.3. Guardare all'accoglienza con nuove lenti

6.3.1. Oltre lo stigma della reclusione

6.3.2. Oltre lo stigma della malattia

6.4. Non Sterilità della Valutazione

A sostegno del mio progetto svolto durante il tirocinio vi sono ricerche scientifiche e studi che testimoniano l'importanza dell'essere umano di essere riconosciuto oltre la somma dei sintomi. Ne è un esempio questo studio, che riporta gli effetti benefici della musica nelle persone che convivono con una diagnosi di demenza. **“L'influenza del canto del caregiver e della musica di sottofondo sulle emozioni e sugli stati d'animo espressi vocalmente nella cura della demenza.”** Si ritiene che la musica e il canto abbiano un forte impatto sulle emozioni umane. Tale effetto è stato dimostrato in contesti di caregiving con pazienti affetti da demenza. Lo scopo dello studio era quello di illuminare le emozioni e gli stati d'animo espressi vocalmente nella comunicazione tra i caregiver e le persone con demenza grave durante le sessioni di assistenza mattutine. Sono stati confrontati tre tipi di sessioni di

cura: il modo "solito", senza musica; con la riproduzione di musica di sottofondo; e con il caregiver che canta al e/o con il paziente. Nove persone con grave demenza che vivono a casa in Svezia e cinque assistenti professionali hanno partecipato a questo studio. L'analisi qualitativa del contenuto è stata utilizzata per esaminare le registrazioni videoregistrate delle sessioni di assistenza mattutina, con particolare attenzione alle emozioni e agli stati d'animo espressi vocalmente durante la comunicazione verbale.

Si è ottenuto il seguente risultato: rispetto all'assenza di musica, la presenza di musica di sottofondo e canto del caregiver ha migliorato la reciprocità della comunicazione tra caregiver e paziente, creando un senso di vitalità congiunto. Le emozioni positive sono state aumentate e l'aggressività è stata diminuita. Mentre la musica di sottofondo aumentava il senso di giocosità, il canto del caregiver aumentava il senso di sincerità e intimità nell'interazione.

Si è dunque arrivati alla conclusione che il canto del caregiver e la musica di sottofondo possono aiutare il caregiver a migliorare la capacità del paziente di esprimere emozioni e stati d'animo positivi e a suscitare un senso di vitalità da parte della persona con grave demenza. I risultati supportano ulteriormente il valore del canto del caregiver come metodo per migliorare la qualità della cura della demenza.³²

³² Götell, E., Brown, S., & Ekman, S. L. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: a qualitative analysis. *International journal of nursing studies*, 46(4), 422–430. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.11.001> (ultimo accesso in data 08.11.2021)

3.6 L'importanza delle Residenze sanitarie Assistenziali come organizzazioni del territorio

Le Rsa sono strutture che accolgono nella maggior parte persone anziane non più autosufficienti impossibilitate a rimanere presso il proprio domicilio per svariati motivi come ad esempio l'utilizzo di cure mediche specialistiche non fruibili a domicilio o l'impossibilità, da parte del nucleo familiare, di aver cura del proprio caro. Le Rsa diventano sempre più delle organizzazioni fondamentali, considerando anche l'aumento della popolazione anziana. Nel 2020 il 21 % della popolazione aveva 65 anni e più, rispetto al 16 % del 2001, con un aumento di 5 punti percentuali (p.p.). Osservando nello specifico il gruppo di 80 anni e oltre, la loro quota è quasi del 6 % nel 2020, mentre era del 3.4 % nel 2001, il che significa che la loro quota è quasi raddoppiata durante questo periodo.³³ Come afferma il Professor Marco Trabucchi, presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrics, le rsa sono organismi a cui il nostro Paese non potrà rinunciare, grazie all'utilità sociale, clinica e personale delle RSA. Trabucchi aggiunge, inoltre, l'importanza che le rsa siano organismi con una maggiore integrazione sul territorio. Rsa quindi come centro non soltanto di attività condotte al proprio interno ma anche riferimento per le attività organizzate da altri attori, come centri diurni integrati, assistenza domiciliare, co-housing. Ecco le rsa non possono essere considerate come organizzazione staccate dal territorio ma bensì integrate con la realtà territoriale.³⁴

Le Rsa, inoltre, sono strutture in continuo cambiamento per tali ragioni:

- età media molto elevata degli ospiti;
- indici di comorbilità alti
- Instabilità clinica media e medio alta
- Elevato grado di dipendenza funzionale ⇒ Ridotte o nulle capacità cognitive
- Problematiche legate a dinamiche comportamentali

Per garantire la continuità delle Rsa come organismi fondamentali e garantire un'elevata qualità occorrono organizzazioni capaci di rispondere all'aumento della

³³ *Una popolazione che invecchia*. Istat. <https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html?lang=it> visto in data 19/08/2022

³⁴ *Maggior sanità e integrazione con il territorio, il futuro delle RSA passa da qui*. (2020) <https://altraeta.it/maggior-sanita-e-integrazione-con-il-territorio-il-futuro-delle-rsa/> visto in data 19/08/2022

complessità come afferma Fabrizio Cavanna: “Le RSA devono agire come soggetti attivi della rete nel processo assistenziale a garanzia della continuità di cure, attivando tutte quelle forme di servizio che consentano, da un lato, al territorio di realizzare l’obiettivo ambizioso di mantenere la persona anziana al proprio domicilio il più a lungo possibile e, dall’altro, alla struttura, di garantirsi l’equilibrio economico complessivo. Crediamo infatti che RSA multiservizio e ben integrate nel territorio possano concretamente diventare gli interlocutori privilegiati delle famiglie e quindi delle Aziende AUSL per attività classiche di ‘ricovero elastico’ (ricoveri temporanei, centri diurni, ricoveri notturni) e anche per le attività di cura specifica (unità speciali di cura per persone dementi, per persone in stato vegetativo, ecc.)”³⁵

Conclusioni

Parlare di Ben-essere e di qualità di vita nelle Residenze per anziani racchiude la capacità di non porre solo l’attenzione al “buon trattamento” per l’anziano ma significa guardare ai residenti, alle famiglie, agli operatori in una visione olistica. È lavorare nel presente con lo sguardo al futuro, con nuova progettualità che dia valore all’essere umano e che tenga presente i più moderni, e sempre in evoluzione, studi scientifici. Gli anziani accolti in residenza hanno il desiderio di sentire ancora la vita pulsare e il loro tempo, non può essere solo di attesa ma deve includere rinnovata progettualità. Gli operatori non possono essere esclusi dalla progettualità e non possono essere visti solamente come erogatori di prestazioni. Dopo due anni di pandemia è tempo di indossare nuove lenti e di non lavorare più sull’emergenza, ma sul futuro che abbia il focus della Cura. Come ci ricorda la professoressa Luigina Mortari: “la cura costituisce la qualità essenziale della condizione umana. Poiché la cura non è qualcosa che ci appartiene, come il corpo e la mente, ma è il modo di esserci cui si deve dare forma, si può dire che la condizione umana è quella di essere chiamati a qualcosa di essenziale che sempre manca: la cura.”³⁶ Le Residenze per anziani fungono un ruolo fondamentale nel nostro paese e non possono essere

³⁵ Cavanna F. (2007) *Management e governance nelle residenze sanitarie assistenziali*. Santarcangelo di Romagna (RN). Maggioli Editore

³⁶ Mortari L. (2019) *Aver cura di sé. Varese*. Raffaello Cortina Editore

considerate come strutture a sé stanti ma come organismi all'interno della comunità dove interagire con il territorio creando, grazie alla moltitudine di attori presenti quel senso di comunità, fatto di relazioni, di emozioni e non solamente di confini geografici. Per la costruzione del benessere all'interno delle Rsa è doveroso cambiare paradigma e costruire legami sociali che siano più rispettosi delle differenze e questo comporta di sperimentare nuove azioni che vanno oltre il sistema ripartitivo tradizionale. Agire secondo il servizio sociale di comunità significa esplorare le aspettative, le norme, le strutture di potere a livello locale e l'influenza che questi fattori sociali sulla vita dei singoli, delle famiglie e dei gruppi. Cambiare prospettiva diviene quindi fondamentale se si vuole agire come servizio di comunità; questo comporta uscire dall'ottica meramente riparativa ed il passaggio ad un'ottica preventiva, promozionale e inclusiva³⁷

³⁷ Allegri E. (2016) *Il servizio sociale di comunità*. Roma. Carocci.

Allegati

SCHEDA DI VALUTAZIONE
PERSONALE CAT. D / C / B

ANNO:								
DIPENDENTE:						CAT.		
SCHEDA 3								
A1) PERFORMANCE ORGANIZZATIVA – PESO 20%								
Obiettivi (Da bersagli MES)	Peso	Valutazione % per ciascun indicatore presente nel progetto					Risultato ponderato	Risultato normalizzato
		Ind. 1	Ind. 2	Ind. 3	Ind. 4	Ind. 5		
1. Organizzaz. Servizi assist.								
2. Assistenza socio-sanitaria								
3. Soddisfazione assistiti/familiari								
4. Benessere organizzativo								
5. Efficienza economico-finanziaria								
Totale B)								

A2) PERFORMANCE INDIVIDUALE – PESO 40%								
Obiettivi	Peso	Valutazione % per ciascun indicatore presente nel progetto					Risultato ponderato	Risultato normalizzato
		Ind. 1	Ind. 2	Ind. 3	Ind. 4	Ind. 5		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
Totale B)								

Data _____ Firma Direttore _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE PERSONALE CAT. D / C / B (Escluso personale amm.vo)
--

ANNO: _____

DIPENDENTE: _____ CAT. _____

SCHEDA 4

B1) Valutazione aspetti qualitativi – PESO 40%

Profilo	Peso	Valutazione					Risultato ponderato	Risultato normalizzato
		1	2	3	4	5		
1) Orientamento agli utenti (Capacità di instaurare relazioni di qualità con i residenti e con i loro familiari, capacità di prestare attenzione alle esigenze dei residenti, capacità di contribuire a diffondere tra i colleghi la cultura dell'orientamento agli utenti, capacità di rispondere con diligenza alle esigenze degli utenti)	1/4							
2) Coinvolgimento nei processi lavorativi (Affidabilità, capacità di contribuire a creare un clima interno positivo, capacità di individuare, definire ed analizzare i problemi, capacità di proporre soluzioni individuando l'ambito di competenza corretto, partecipare attivamente alle attività organizzate dall'Istituto: riunioni di lavoro, formazione...)	1/4							
3) Correttezza e precisione (Capacità di collaborare efficacemente con i colleghi, con i superiori, in gruppo di lavoro, fra unità organizzative diverse; realizzare le prestazioni previste o assegnate con l'attenzione, la precisione e l'esattezza richieste; rispetto degli strumenti e delle attrezzature di lavoro)	1/4							
4) Flessibilità (Essere disponibile al cambiamento organizzativo - Contribuire al miglioramento ed alla innovazione - Prendersi cura del proprio sviluppo professionale (aggiornamento, autoformazione, disponibilità rispetto alle proposte di formazione...))	1/4							
Totale A)								

Data _____

Firma Direttore _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE
PERSONALE CAT. D / C / B (Personale amm.vo)

ANNO:								
DIPENDENTE:						CAT.		
SCHEDA 5								
B2) Valutazione aspetti qualitativi – PESO 40%								
Profilo	Peso	Valutazione					Risultato ponderato	Risultato normalizzato
		1	2	3	4	5		
1) Orientamento all'utenza (capacità di rapportarsi con gli utenti interni o esterni, comprenderne i bisogni e risolverne i problemi; capacità di instaurare rapporti interpersonali di qualità e tendenza ad evitare tensioni conflitti)								
2) Coinvolgimento nei processi lavorativi (Affidabilità, capacità di contribuire a creare un clima interno positivo, capacità di individuare, definire ed analizzare i problemi, capacità di proporre soluzioni individuando l'ambito di competenza corretto, partecipare attivamente alle attività organizzate dall'Istituto: riunioni di lavoro, formazione...)	1/3							
3) Correttezza e precisione (Capacità di collaborare efficacemente con i colleghi, con i superiori, in gruppo di lavoro, fra unità organizzative diverse; realizzare le prestazioni previste o assegnate con l'attenzione, la precisione e l'esattezza richieste; rispetto degli strumenti e delle attrezzature di lavoro)	1/3							
4) Flessibilità (Essere disponibile al cambiamento organizzativo - Contribuire al miglioramento ed alla innovazione - Prendersi cura del proprio sviluppo professionale (aggiornamento, autoformazione, disponibilità rispetto alle proposte di formazione...)	1/3							
Totale A)								

Data _____

Firma Direttore _____

Bibliografia

"Abbandonati": IL rapporto sulle violazioni dei diritti umani nelle case Di riposo italiane durante IL COVID-19. (2020, December 17). Amnesty International Italia. <https://www.amnesty.it/abbandonati-il-rapporto-sulle-violazioni-dei-diritti-umani-nelle-case-di-riposo-italiane-durante-il-covid-19/> visto il 05.07.22

Allegri E. (2016), *Il servizio sociale di comunità*. Roma. Carocci.

Benedetti F. (2020) *Il dolore Dieci punti chiave per comprenderlo*. Roma. Carocci Editore.

Campanini A. (2000). *Gli ambiti di intervento del servizio sociale* <https://www.letture.org/gli-ambiti-di-intervento-del-servizio-sociale-annamaria-campanini> visto in data 14.07.22

Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine. (Giugno 2010)
https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_IT.pdf

Cavanna F. (2007) *Management e governance nelle residenze sanitarie assistenziali*. Santarcangelo di Romagna (RN). Maggioli Editore

CNOAS (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali) (2020). Ordine Assistenti Sociali, Consiglio Nazionale. *Codice deontologico del l'assistente sociale*. <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>

"Conosciamoci": Un progetto per costruire in anticipo la fiducia coi familiari E la personalizzazione dell'accoglienza. (2022, February 14). Home -. <https://www.rivistacura.it/fiducia-coi-familiari/> visto in data 12.07.22

Disturbi del comportamento Delle persone con Alzheimer: Vieni a conoscere IL palazzo dei Bisogni E dei Desideri per costruire Una nuova Cura. (2022, April 10). Letizia Espanoli. <https://letiziaespanoli.com/2022/04/10/disturbi-del-comportamento-delle-persone-con-alzheimer-veni-a-conoscere-il-palazzo-dei-bisogni-e-dei-desideri-per-costruire-una-nuova-cura/> visto in data 12.07.22

Elderspeak: Necessario E urgente IL cambiamento nella Cura alle persone anziane. (2020, October 22). Letizia Espanoli. <https://letiziaespanoli.com/2020/10/22/le-manio-le-manine-tesorino-o-signora-andiamo-o-posso-accompagnarla/> visto in data 07.07.22

Elderspeak -- Is it helpful or just baby talk? (2014, May 16). The Merrill Advanced Studies Center. <https://merrill.ku.edu/elderspeak-it-helpful-or-just-baby-talk> visto in data 07.07.22

Espanoli L., *I cinque pilastri*, disponibile su <https://letiziaespanoli.com/pilastri-sente-mente/> visto in data 22.11.21

Espanoli L., Mantesso E. (2022) *Le carte per accendere la resilienza. Esperienze per residenti, professionisti, volontari, famiglie e organizzazioni felici*. Piacenza, Editrice Dapero.

Espanoli, L. (2020). *Per un'organizzazione che Cura. Idee E azioni possibile secondo IL sente-mente® modello*. Piacenza. Edizione Dapero.

Frisaldi E., Shaibani A., Benedetti F., *Placebo Effect*, Editor(s): Sergio Della Sala, Encyclopedia of Behavioral Neuroscience, 2nd edition (Second Edition). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128093245240911>

Ghedin, E. (2010). *Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione*. Napoli. Liguori Editore

Goffman, E. (2003). *Stigma. L'identità negata*. Verona. Ombre Corte.

Götell, E., Brown, S., & Ekman, S. L. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care: a qualitative analysis. *International journal of nursing studies*, 46(4), 422–430. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.11.001> (ultimo accesso in data 08.11.2021)

Il Sente-mente Project <https://letiziaespanoli.com/sente-mente/> visto in data 20/11/2021

Indagine sulle Rsa: Un business che Fa perdere Di vista l'assistenza. (2020, 20). Il Bo Live UniPD. <https://ilbolive.unipd.it/it/news/indagine-sulle-rsa-business-che-fa-perdere-vista> visto in data 05.07.22

La contenzione meccanica. Senato (2017) https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf

La Costituzione - Articolo 32 | Senato Della Repubblica. (n.d.). <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32>

Linee guida sulla valutazione del personale nelle aziende sanitarie della Regione Basilicata
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3906536.pdf>

L'utilizzo Della contenzione fisica negli ospedali E nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: Indagine multicentrica Di prevalenza. (2012, May 20). Fnopi

L'infermiere. <https://www.infermiereonline.org/2012/05/20/lutilizzo-della-contenzione-fisica-negli-ospedali-e-nelle-residenze-sanitarie-assistenziali-indagine-multicentrica-di-prevalenza/> visto in data 05.07.22

Maggior sanità e integrazione con il territorio, il futuro delle RSA passa da qui. (2020) <https://altraeta.it/maggior-sanita-e-integrazione-con-il-territorio-il-futuro-delle-rsa/>

Martini E.; Torti A. (2003) *Fare lavoro di comunità. Riferimenti teorici e strumenti operativi.* Roma. Carocci.

Mortari L. (2019) *Aver cura di sé.* Varese. Raffaello Cortina Editore.

Qualità della vita in "Enciclopedia Italiana". (n.d.). Treccani, il portale del sapere. https://www.treccani.it/enciclopedia/qualita-della-vita_%28Enciclopedia-Italiana%29/ visto in data 11.07

Qualità di cura e qualità di vita della persona con demenza (2013) https://www.francoangeli.it/Area_PDFDemo/1305.162_demo.pdf

Quante sono Le RSA in italia? (2021, May 6). Brainer. <https://www.brainer.it/quante-rsa-italia/> visto in data 05.07.22

Sistema valutazione del personale. (n.d.). <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:M4-XhEax-E8J:https://www.halleyweb.com/istfalusi/zf/index.php/trasparenza/index/visualizza-documento-generico/categoria/144/documento/560+&cd=2&hl=it&ct=clnk&gl=it> visto in data 16.07.22

The Five Way to Wellbeing (2021) <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2021/04/210407-The-Five-Ways-to-Wellbeing-model-a-framework-for-nurses-and-patients.pdf> visto in data 13.07.21

Una popolazione che invecchia. Istat. <https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html?lang=it>