

Università degli studi di Verona

Corso di laurea magistrale in
Servizio Sociale in ambiti complessi

VALUTARE LA QUALITÀ DELLA VITA E DEI
SERVIZI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER
ANZIANI.
UNO STUDIO DI CASO

Relatore
Dott.ssa Marta Pantalone

Laureanda
Moresco Anna

Anno accademico 2023/2024

*Un sentito grazie alla Prof.ssa Marta Pantalone per avermi guidata e supportata con
gentilezza e attenzione nella fase conclusiva del mio percorso accademico.
Un grazie speciale all'Azienda che mi ha accolta e sostenuta in questa ricerca.*

INDICE

INTRODUZIONE	1
PARTE PRIMA	
CAPITOLO 1	
Un paese che invecchia	
	5
1.1 Si allunga la vita, ma la qualità?	7
1.2 L'autonomia degli anziani nelle ADL e nelle IADL	9
1.3 Il ruolo (fondamentale) della famiglia e la sua evoluzione	11
1.4 La demenza tra le patologie più diffuse	12
CAPITOLO 2	
Quali risposte a questi “nuovi” bisogni?	
	17
2.1 L'assistenza domiciliare integrata (ADI)	18
2.2 Il Servizio di assistenza domiciliare (SAD)	20
2.3 Criticità dell'ADI e del SAD	21
2.4 Il lavoro privato di cura	22
2.4.1 Quali gli anziani che usufruiscono di tale servizio?	23
2.5 Trasferimenti monetari	25
2.6 I servizi residenziali	28
CAPITOLO 3	
Valutazione della Qualità della Vita nelle residenze per anziani e nel servizio sociale	
	31
3.1 Premesse teoriche rispetto ai principali approcci valutativi	31
3.2 Valutare fenomeni sociali	33
3.3 L'anziano in struttura (e la QoL)	34
3.3.1 Ma che cosa intendiamo per “Qualità di Vita”?	35
3.4 Valutare la QoL in strutture residenziali per anziani	36
3.5 Quali direzioni?	39
3.6 La valutazione nel servizio sociale	40

CAPITOLO 4
Il Marchio “Qualità & Benessere”

	45
4.1 Determinanti e indicatori	49
4.2 Come funziona il Marchio?	58
4.3 L’applicazione del Marchio nell’Ente osservato	60
4.4 La rilevazione delle “buone prassi”	63
4.5 Le buone prassi nel servizio sociale	64

PARTE SECONDA

CAPITOLO 5
Obiettivi e metodologia della ricerca

5.1 Obiettivi della ricerca	67
5.2 Metodologia della ricerca	67
5.2.1 Analisi documentale	68
5.2.2 L’analisi delle interviste	68

CAPITOLO 6
Analisi dei “Report finali di Audit”

6.1 Analisi dei “Report finali di Audit”	71
6.1.1 Discussione dei risultati	73
6.2 La voce dei professionisti	77
6.3 Discussione dei risultati	82

CONCLUSIONI	85
-------------	----

BIBLIOGRAFIA	89
--------------	----

SITOGRAFIA	95
------------	----

Introduzione

“L’invecchiamento della popolazione costituisce una delle più impegnative sfide per i sistemi di welfare, dal momento che esercita un impatto sulle dimensioni distributiva, finanziaria, organizzativa e politica degli stessi” (Pantalone, 2021). Parallelamente, nel corso degli ultimi vent’anni si è andati incontro ad un’importante diffusione di sistemi e strumenti valutativi della qualità, sia in ambito sociale che sanitario. Diversi strumenti si prefiggono l’obiettivo di rilevare e misurare i risultati ottenuti e di incrementare efficacia ed efficienza dei diversi servizi, spinti anche dal crescente processo di managerializzazione che li riguarda.

In questo contesto, attraverso questa ricerca si è tentato di analizzare l’apporto e il significato racchiuso nel percorso di adesione ad un Marchio di Qualità: “Qualità & Benessere”, che costituisce un “modello di autovalutazione e valutazione reciproca partecipata (*peer evaluation*) del benessere e della qualità di vita delle persone anziane che vivono in una struttura residenziale a carattere socio-sanitario”¹ e che si pone come traguardo il miglioramento e la valorizzazione della struttura che vi aderisce.

Tale lavoro è stato svolto mediante uno studio di caso: una struttura residenziale per anziani nella Regione del Veneto.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tematica possono essere individuate sicuramente nell’attuale condizione di “invecchiamento globale” che riguarda il nostro Paese, caratterizzata da un aumento della speranza di vita parallela a nuove e crescenti sfide per la società. Dinanzi ai “nuovi” bisogni che ne conseguono, le strutture residenziali per anziani sembrano rappresentare una soluzione piuttosto comune. Nonostante ciò sono sempre più noti gli “Scandali RSA”, dove viene raccontata e denunciata la mancanza di autorizzazioni, la carenza di personale e di igiene (nelle migliori delle ipotesi), sino ad arrivare tristemente e non sporadicamente a carenza di cure, maltrattamenti e violenze.

Sebbene tale fenomeno costituisca una tematica molto rilevante e allarmante al giorno d’oggi, ciò che mi ha portata ad eseguire tale ricerca è stata un’esperienza diretta in una Struttura Residenziale per anziani, dove ho avuto la possibilità di osservarne per un lungo periodo l’attività e la quotidianità. Dal primo momento in cui ho messo piede in questa, ho percepito che la realtà che mi trovavo di fronte non corrispondeva a quella che i *mass media* contribuivano a creare nell’immaginario comune. Poco tempo dopo ho scoperto che aderiva ad un Marchio di Qualità chiamato “Qualità & Benessere”, iniziativa che sembrava influenzare e orientare qualsiasi tipo di attività io osservassi.

¹ <https://qualita-benessere.it/>

Da questa presa di coscienza, parallela alla frequentazione di alcuni corsi, tra cui quello di “Sociologia e Servizio Sociale”, dove sono state trattate in maniera approfondita tematiche strettamente legate (come la progettazione e la valutazione della qualità) si è deciso, insieme alla Professoressa Pantalone, di studiare questa realtà.

L’obiettivo di questo elaborato è quello di comprendere se l’adesione a un Marchio di Qualità possa realmente aumentare la qualità di vita dei residenti e se riesca concretamente a rilevare un aspetto così astratto e soggettivo, o se invece, rischi di concretizzarsi in una mera formalità.

Un altro obiettivo è quello di raccogliere l’esperienza diretta di alcuni professionisti coinvolti in prima persona, soffermandosi in particolare sulla professione dell’assistente sociale. In merito a questo lo scopo è, oltre quello di sentire la loro voce e di cogliere il loro vissuto, quello di verificare quello l’apporto di tale iniziativa per la professione dell’assistente sociale. L’elaborato in questo modo mira a offrire nuove evidenze e spunti di riflessione rispetto a scelte di questo tipo, che probabilmente potrebbero essere estese in molti ambiti e realtà differenti.

Per quanto riguarda le modalità di ricerca, è stata svolta dapprima un’indagine bibliografica per approfondire le tematiche trattate e correlate. In seguito è stata svolta un’analisi documentale dei “Report finali di valutazione” (di differenti annualità) che sono stati forniti dalla struttura presa in esame, e successivamente sono stati intervistati diversi professionisti impiegati nella struttura osservata: due Assistenti sociali specialisti, due Educatrici professionali e una Referente di nucleo. La ricerca è stata inoltre supportata da un lungo periodo di osservazione all’interno dell’Ente.

Per quanto riguarda la tesi, essa è strutturata in due parti: la prima, ha l’obiettivo di contestualizzare il fenomeno trattato, fornendo informazioni utili che concorrono alla creazione di un adeguato background. La seconda sezione è invece costituita dalla ricerca vera e propria.

Si è scelto di articolare il lavoro in sei capitoli: nel primo viene fornita una panoramica rispetto alla situazione di invecchiamento demografico che caratterizza il nostro Paese, che sebbene presenti un elevato grado di eterogeneità sembra essere contraddistinta sempre più da una minore qualità di vita, da una crescente perdita di autonomia, da patologie croniche e demenze senili. Nonostante ciò, questo capitolo mette in risalto anche gli aspetti positivi e le opportunità che una vita più lunga può comportare. Ad oggi, secondo l’Istat² una delle sfide principali è, e sarà, quella di favorire un invecchiamento “sano”, che permetta all’individuo di godere di un buon stato di benessere psico-fisico e autonomia, anche in un’ottica partecipativa rispetto allo sviluppo della società.

Il secondo capitolo si concentra su quelle che ad oggi rappresentano le risposte principali a questi “nuovi” bisogni, riassumibili brevemente in due categorie: “risposte di tipo formale (a domicilio o in struttura) e risposte di tipo informale (offerte da familiari o da assistenti familiari)”(Pantalone, 2021), illustrandole brevemente e sottolineandone potenzialità e limiti. Tale capitolo si sofferma anche sulla peculiarità del sistema di welfare italiano, anche detto “familista” e sulle conseguenze che questo comporta.

² https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Capitolo_3.pdf

Il terzo capitolo è invece dedicato alla valutazione della “qualità di vita” nelle residenze per anziani. Dapprima provvede ad illustrare alcuni tra i principali approcci valutativi (la *logica positivistico-sperimentale*, la *logica pragmatista della qualità*, l'*approccio costruttivista* ed infine l'*approccio della valutazione realistica*), per poi calare l'attenzione sulla particolarità che i processi valutativi assumono nel servizio sociale, presentando l'approccio che si configura come il migliore secondo la bibliografia esaminata. Questo capitolo si sofferma in seguito sull'importanza di valutare la qualità di vita degli anziani all'interno delle strutture residenziali, vista l'influenza che queste hanno nel determinare il benessere della persona, nonché sulla difficoltà riscontrata in tale rilevazione, dettata dalla particolarità dei residenti (caratterizzati spesso da deficit cognitivi o di comunicazione) e dalla soggettività di tale variabile.

Nel quarto capitolo ci si occupa di descrivere il Marchio “Qualità & Benessere”, presentato come un'opportunità in grado di rispondere da un lato, alla necessità di valutare la qualità di vita dei residenti nelle strutture residenziali e dall'altro, al bisogno di promuovere l'autovalutazione e i processi valutativi nel lavoro dell'assistente sociale (e degli altri professionisti). Tale capitolo descrive la storia del Marchio, come nasce e perché, la “Carta dei Valori” (che costituisce il fondamento valoriale del Marchio), i “determinanti” e gli “indicatori”: elementi che riescono a comprovare l'applicazione dei fattori. Viene descritto in maniera dettagliata il funzionamento del Marchio per poi approfondire l'esperienza e l'applicazione rispetto all'Ente osservato. L'ultima parte evidenzia un'ulteriore componente che contribuisce ad aumentare la compatibilità e l'affinità tra il Marchio e il Servizio sociale: le “buone prassi”.

Nel quinto capitolo vengono descritti gli obiettivi di ricerca e la metodologia utilizzata: una ricerca di tipo qualitativo tesa a ricercare e comprendere i fenomeni sociali a partire dalla percezione e dai significati dei diversi soggetti coinvolti. Costituita da una prima parte di analisi documentale, in cui sono stati analizzati diversi “Report finali di Audit” ed una seconda parte in cui si procede nell'analisi delle interviste svolte a cinque differenti professionisti: due Assistenti sociali specialisti, due Educatrici professionali e una Referente di nucleo.

Nel sesto e ultimo capitolo vengono presentati e commentati i risultati della ricerca. Per quanto riguarda l'analisi dei Report finali di Audit ne viene illustrata la struttura e vengono commentati i risultati rispetto a: gruppi di emersione (effettuati con i residenti e con il personale), punti di forza e criticità rilevate, suggerimenti per intraprendere azioni migliorative, nonché esiti complessivi della visita. Nella seconda parte del capitolo si entra nel fulcro del lavoro di tesi: “la voce dei professionisti”. Da qui si è quindi proceduto a raccontare e descrivere il parere dei diversi professionisti che sono stati intervistati, in relazione all'adesione e all'utilizzo di tale strumento, approfondendo: cambiamenti, risultati e limiti percepiti, con l'obiettivo di trovare risposta alle domande di ricerca e promuovere nuove riflessioni a riguardo.

Questo lavoro di ricerca ha consentito di contestualizzare, attraverso i primi capitoli, l'importanza delle strutture residenziali per anziani e, al contempo, ha permesso di osservare da vicino un'esperienza “concreta” di applicazione di uno di quegli strumenti che, a condizione di alcune premesse, si prefigura come un vero e proprio tesoro (non solo per i residenti).

Parte prima

1. Un paese che invecchia

Ad oggi, l'invecchiamento della popolazione, dal punto di vista biologico e demografico, rappresenta una delle questioni di maggiore rilevanza per molti Paesi.

Biologicamente si tratta di un processo fisiologico caratterizzato da un progressivo sviluppo, una maturazione e un decadimento degli organi e del loro funzionamento. Nonostante si tratti di un processo universale, i tempi e le modalità di invecchiamento sono estremamente eterogenei e possono dipendere da una moltitudine di fattori, quali: i fattori genetici, lo stile di vita (alimentazione sana ed equilibrata, attività fisica regolare, benessere emotivo e spirituale, prevenzione dei rischi per la salute, astensione da fumo, alcol e droghe) e l'ambiente (costituito da fattori naturali e socio-culturali che influenzano la vita delle persone).

Vista l'eterogeneità delle diverse condizioni che possono caratterizzare l'invecchiamento, si sono delineate molteplici terminologie per riferirsi almeno alle differenti fasce d'età. In generale, si considera anziana una persona che abbia compiuto il 65esimo anno d'età, tale scelta si riconduce al cancelliere tedesco Otto Von Bismarck (1815-1898), che arrivò a fare tale scelta soprattutto per motivazioni di tipo pratico, in quanto all'epoca, in pochi raggiungevano tale soglia e il cancelliere tedesco si angustiava per le pensioni. Questa definizione resse per molto tempo, ancorata alla convinzione che esistesse una sorta di limite naturale per l'essere umano, ma ad oggi, per le condizioni di salute degli attuali 65enni in Europa tale definizione appare anacronistica (Sigg, 2018).

Proprio per le evoluzioni nel tempo, di fronte ad un aumento della speranza di vita si è deciso di creare una suddivisione in tre fasce:

- i “giovani anziani” (*young-old*) che hanno un'età che varia dai 65 ai 74 anni;
- gli “anziani” (*middle-old* o anche *old-old*), termine che comprende la fascia che va dai 75 agli 84 anni;
- i “grandi anziani” (*oldest-old*) che hanno un'età superiore agli 85 anni (Pantalone, 2021).

A prescindere dalle diverse terminologie e definizioni, “di una sola cosa si può essere certi: che l'invecchiamento varia storicamente secondo le generazioni; varia “sociologicamente” secondo le condizioni di vita; varia da un individuo all'altro a seconda della sua “costituzione”, come viene definita nel linguaggio corrente la dotazione genetica di ciascuno: e, nel caso del singolo individuo, varia a seconda dei suoi organi e delle facoltà” (E. Sullerot, 1987).

Quando, invece, si parla di *invecchiamento demografico* si fa riferimento all'accrescimento, in termini assoluti e percentuali, della fascia di persone ultra sessantacinquenni rapportata al totale della popolazione (Paolisso, Boccardi, 2014). Rispetto a questo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità³ prospetta che nel 2030, una persona su sei avrà un'età pari o superiore ai 60 anni.

Il *World Population Prospects 2022*⁴ prevede che "nel 2050 la quota della popolazione mondiale di età pari o superiore a 65 anni aumenterà dal 10%, del 2022, al 16%, e che entro il 2050 il numero di persone di età pari o superiore a 65 anni di tutto il mondo sarà più del doppio rispetto al numero di bambini sotto i 5 anni e circa uguale al numero di bambini sotto i 12".

Le cause principali dell'invecchiamento globale sarebbero riconducibili a diversi fattori, tra cui: l'allungamento dell'aspettativa media di vita, la ridotta natalità e l'invecchiamento della popolazione dei "baby boom" (Paolisso, Boccardi, 2014).

In molti paesi del mondo si sta verificando un aumento dell'aspettativa di vita, ma nello specifico, in Italia, il bilancio appare quanto più drammatico se pensiamo che al 1° gennaio 2022 l'indice di vecchiaia (che corrisponde al rapporto percentuale tra over 65 e giovani di età inferiore a 15 anni) risultava 187,9% (incrementato in vent'anni di oltre 56 punti). Nei prossimi anni è previsto che l'indice aumenterà fino a raggiungere la percentuale di 293 nel 2042.

Sempre nel 2022 gli anziani over 65 sono 14 milioni 46mila, 3 milioni in più rispetto al 2002 e pari al 23,8% della popolazione totale. La speranza di vita aumenta: gli over 80 superano i 4,5 milioni e anche i centenari raggiungono le 20mila unità, valore quadruplicato negli ultimi vent'anni⁵.

Se da un lato, l'aumento della speranza di vita rappresenta sicuramente un successo per la scienza, per la politica e per la sanità, dall'altro la società si trova a dover affrontare nuove e importanti sfide. Una delle sfide principali, è e sarà sicuramente quella di favorire un invecchiamento che permetta di conservare livelli appropriati di benessere psico-fisico e di autonomia, che consenta al maggior numero possibile di anziani di invecchiare rimanendo soggetti attivi e partecipanti allo sviluppo della società⁶.

Proprio in relazione a questo l'OMS, verso la fine degli anni '90, ci invita a un cambio di paradigma proponendo un significato positivo dell'invecchiamento, parla di un "invecchiamento sano e attivo" che "permette agli individui di realizzare il proprio potenziale per il benessere fisico, sociale e mentale attraverso l'intero corso dell'esistenza e di prendere parte attiva alla società fornendo loro al contempo protezione, sicurezza e cure adeguate quando necessitano di assistenza"⁷.

Come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità una vita più lunga, oltre a portare con sé condizioni peggiori di salute, porta con sé opportunità di diverso tipo, non solo per gli anziani ma anche per la società nel suo insieme: ulteriori anni di vita

³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

⁴ https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

⁵ https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Capitolo_3.pdf

⁶ https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Capitolo_3.pdf

⁷ <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

permettono ad esempio di avanzare con l'istruzione, intraprendere nuove carriere o coltivare passioni che per molto tempo sono state trascurate e di contribuire in molti modi allo sviluppo della propria famiglia e comunità. Tutte queste opportunità sono fortemente condizionate da un fattore: la salute, *conditio sine qua non*, influenzata da fattori genetici, personali, ambientali, sociali, culturali che portano inevitabilmente a disuguaglianze anche in questa. Ne deriva che, individuare delle politiche e delle misure universalmente adatte non è possibile, non è pensabile a causa dell'eterogeneità che è insita nella natura umana.

In relazione a questo, l'Assemblea delle Nazioni Unite (ONU) dichiara il periodo 2021-2030 come il "the UN Decade of Healthy Ageing", ovvero quale decennio dell'invecchiamento sano delle Nazioni Unite, incaricando l'OMS come soggetto principale per l'attuazione del piano. Si tratta di una collaborazione globale che, coinvolgendo governi, società, agenzie internazionali, università, professionisti e media, si occupa di promuovere e sostenere vite più sane e lunghe. Nello specifico il decennio dell'invecchiamento sano mira a ridurre le disuguaglianze sanitarie e a migliorare la qualità di vita degli anziani, delle loro famiglie e della comunità attraverso un'azione comune in quattro aree: cambiare il modo in cui pensiamo, sentiamo e agiamo nei confronti dell'età e dell'invecchiamento; sviluppare comunità in direzioni che promuovano le capacità delle persone anziane; fornire cure integrate incentrate sulla persona e servizi sanitari di base che rispondano ai bisogni delle persone anziane e fornire, agli anziani che lo necessitano, l'accesso ad un'assistenza di qualità a lungo termine⁸. Ciò che quindi può essere esteso e generalizzato è un fine verso il quale convergere, il riconoscimento di certi valori e diritti che garantiscano alla persona la possibilità di raggiungere il maggior grado di benessere fisico e psichico possibile a prescindere dall'età.

1.1 Si allunga la vita, ma la qualità?

Di fronte ad un aumento della speranza di vita ci si aspetterebbe una maggiore insorgenza di patologie croniche e una conseguenziale riduzione dell'autonomia, ma per conoscere la qualità della vita durante gli ultimi anni di vita risulta necessario analizzare diversi aspetti.

Rispetto a tale tematica l'elaborazione Istat "*Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*" del 2020⁹ riporta come, negli ultimi dieci anni, si rilevi un esito positivo: la maggiore sopravvivenza constatata in tale periodo non risulta parallela a un graduale peggioramento dello stato di salute. I dati relativi al 2018 dimostrano che, a 65 anni, l'aspettativa di vita risulta nella media pari a 19,3 anni per un uomo, per quanto riguarda l'aspettativa di vita in buona salute il dato è uguale a 7,5 anni (aumentando di 1,5 anni rispetto al 2009 quando era uguale a 6,0). Rimane invece costante il dato relativo

⁸ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

⁹ <https://www.istat.it/it/files//2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>

agli anni di sopravvivenza rimanenti non trascorsi in ottime condizioni di salute (non bene, non male, male o molto male).

Anche le donne sono giunte ad un'aspettativa di vita a 65 anni pari a 22,5 anni (cresciuta di un anno rispetto al 2009 quando era pari a 21,5 anni). Inoltre, le donne sembrerebbero aver guadagnato anch'esse in migliori condizioni di salute: la speranza di vita in buona salute a 65 anni cresce da 5,3 anni (dato del 2009) a 6,6 anni nel 2018.

Questi dati appaiono sicuramente confortanti ma, al tempo stesso, risulta necessario riflettere sul rapporto tra gli anni in buona salute dopo aver compiuto 65 anni rispetto al totale degli anni rimanenti non trascorsi in ottime condizioni di salute, che sono molti di più.

Ciò che appare evidente analizzando i dati Istat 2020¹⁰, ancora una volta, è un netto svantaggio per il sesso femminile rispetto ai coetanei di sesso maschile: le donne vivono in media un numero di anni maggiore in cattive condizioni di salute, principalmente a causa di una maggiore speranza di vita e di una anticipata insorgenza di patologie e problemi di salute.

Per quanto riguarda l'esame qualitativo della sopravvivenza, risulta fondamentale l'esame di un altro indicatore: il numero degli anni di vita attesi senza limitazione nelle attività. Tale dato, nel 2018, si attesta per il sesso maschile di 65 anni pari a 10 anni (cresciuto di un anno dal 2008). Per la popolazione femminile tale dato corrisponde a 9,8 anni (cresciuto quasi di un anno rispetto al 2008).

L'esame di questi dati risulta fondamentale, non solo per comprendere l'andamento epidemiologico e per strutturare politiche adeguate di riposta ai bisogni, ma anche per un'adeguata riflessione sul significato dell'invecchiamento ad oggi, che non equivale solo a vulnerabilità, malattia, non autosufficienza, fragilità e disabilità. Infatti, gli anziani che riescono a mantenersi attivi e in salute possiedono un grande potenziale per arricchire la società, dalla partecipazione familiare a quella extra-familiare, alla continuità nel mercato del lavoro¹¹.

Basti pensare ad esempio al ruolo fondamentale che molti nonni ad oggi svolgono occupandosi quotidianamente dei loro nipoti. Proprio perché il numero di anziani in buona salute continua ad aumentare, aumenta parallelamente il numero di nonni che si prende cura dei nipoti favorendo le basi per la creazione di legami di affetto e di reciprocità. Questo importante lavoro di cura rappresenta inoltre, soprattutto in Italia, un aiuto sempre più indispensabile per la famiglia e per il mercato stesso, permettendo a entrambi i genitori di svolgere un'occupazione a tempo pieno (Saraceno, Naldini, 2021).

¹⁰<https://www.istat.it/it/files//2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>

¹¹ibidem

1.2 L'autonomia degli anziani nelle ADL e nelle IADL

Uno degli elementi di maggiore rilevanza che può essere coinvolto e compromesso dall'invecchiamento è proprio quello dell'autonomia nelle attività che un individuo in salute solitamente svolge, per sopravvivere e per prendersi cura di sé, senza il bisogno di assistenza. L'aumento della speranza di vita e il progressivo invecchiamento hanno condotto al delineamento di certi parametri per la rilevazione dello stato di autonomia funzionale della persona, una di queste scale è quella della valutazione delle ADL (*Activities of Daily Living*).

Le ADL si distinguono in: lavarsi, fare la doccia o il bagno da soli, occuparsi dell'igiene orale, dei capelli e delle unghie (igiene personale); capacità di utilizzare correttamente il bagno (gestione della continenza); capacità di indossare abiti adeguati, spogliarsi e cambiarsi da soli (vestirsi); capacità di mangiare alimentandosi in modo autosufficiente (alimentazione); capacità di sdraiarsi, alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia e camminare in modo indipendente (ambulazione).

Un'altra scala spesso utilizzata è quella relativa alla valutazione delle IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), si tratta di quelle attività che consentono alle persone di svolgere una vita indipendente all'interno della comunità, senza essere essenziali per sopravvivere. Anche queste possono essere suddivise in differenti categorie: avere compagnia e supporto sociale; fare la spesa e spostarsi senza alcun aiuto (trasporti e spesa); preparare i pasti in maniera autonoma (preparazione dei pasti); svolgere le attività domestiche (fare le pulizie e mantenere in ordine la casa); la capacità di procurarsi i farmaci e di assumere le terapie correttamente (gestione dei farmaci); comunicare con gli altri, utilizzare il telefono, rendere la casa ospitale e accogliente per gli ospiti (comunicare con gli altri); gestire risorse economiche e spese (gestione delle finanze)¹².

L'indagine sulla salute “*European Health interview survey, 2019*”¹³ rileva che, per quanto concerne il livello di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane (ADL) e quelle della vita domestica (IADL), è realizzabile una suddivisione degli over 65 sulla base del livello di autonomia e il conseguenziale bisogno di assistenza.

Nei giovani anziani (65-74 anni) sette su dieci, quindi il 70%, sono completamente autonomi nelle ADL e nelle IADL, con uno squilibrio di genere a favore degli uomini. Per i “grandi anziani” (over 85) tale percentuale scende al 13% e, di riflesso, sette su dieci presentano importanti riduzioni dell'autonomia (56,7% tra gli uomini e 77,9% tra le donne)¹⁴.

Oltre all'elevata eterogeneità del grado di autonomia, anche rispetto ai paesi Ue27, si rileva inoltre una condizione sfavorevole per le donne.

Sicuramente la multimorbilità e la presenza di un elevato tasso di patologie croniche rappresentano una delle maggiori cause in relazione alla diminuzione di autonomia nelle ADL e nelle IADL. Proprio in relazione a questo, il report Istat “*Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*” del 2019 riporta come il 32,3% degli over 65 sia

¹² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

¹³ <https://www.istat.it/it/archivio/210553>

¹⁴ https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Capitolo_3.pdf

affetto da gravi patologie croniche e multimorbilità, percentuale che raggiunge il 47,7% nel caso degli over 85.

Anche un declino cognitivo o importanti fluttuazioni cognitive in persone affette da demenza hanno una considerevole associazione con la riduzione di autonomia delle attività quotidiane, influenzando negativamente sulla qualità della vita; persino l'ospedalizzazione e le malattie acute sono state correlate ad un calo delle ADL¹⁵.

Sembrerebbe inoltre che un fattore molto impattante sulla possibilità di svolgere in maniera autonoma le attività domestiche e quotidiane sia, in particolare, la presenza di limitazioni motorie, sensoriali e/o cognitive. In merito a questo, per avere un quadro della situazione attuale, basti pensare che tra gli over 65: il 28,4% ha gravi difficoltà nelle attività funzionali di base, il 20% non riesce a camminare, salire o scendere senza il ricorso ad ausili o all'aiuto di una persona; il 13,8% riferisce gravi problematiche di vista o di udito (spesso nonostante l'utilizzo di ausili e apparecchi), infine, l'8,2% manifesta gravi disturbi di memoria o di concentrazione. Inevitabilmente, al crescere dell'età le percentuali di anziani affetti da queste problematiche aumenta¹⁶.

Per quanto concerne i sistemi di risposta a questo decadimento e a questa diminuzione dell'autonomia, i diversi paesi Ue progettano specifiche tipologie di intervento e di sostegno della popolazione anziana. Nonostante ciò in Italia il 33,7% degli over 65, caratterizzati da livelli di autonomia ridotti (di diversa gravità), dichiarano di non sentirsi aiutati in maniera appropriata, il 39% sostiene invece di ricevere un aiuto adeguato.

Emerge inoltre come la richiesta di aiuto sia direttamente proporzionale al grado di difficoltà sperimentato dalle persone anziane: quando queste sono moderate, è meno della metà a chiedere aiuti, quando invece queste diventano gravi si raggiunge il 90% (3,4 milioni). Se prendiamo in esame coloro che riscontrano gravi difficoltà, quasi la metà delle persone non riceve un aiuto adeguato (1,8 milioni) e, tra questi, la metà affronta gravi limitazione delle ADL. Anche in questo caso si rileva una differenza di genere: le donne esprimono generalmente una maggiore necessità di aiuto (76,2% contro 65,3% degli uomini) e al tempo stesso riferirebbero più spesso bisogni di assistenza non soddisfatti (35,5 % a fronte di un 29,9% degli uomini), apparendo inoltre più isolate.

In una situazione in cui il bisogno di assistenza nel territorio italiano è maggiore al 70% tra le persone con moderate o gravi limitazioni, ci troviamo purtroppo di fronte a risposte spesso inadeguate, soprattutto al Sud e nelle Isole dove la quota di anziani senza aiuti o con aiuti insufficienti raggiunge il 40,4% e il 44,2%. Il fenomeno si inasprisce per le donne, dove nelle Isole una su due non ha aiuti o questi non risultano adeguati (contro una su quattro a Nord-est del paese).

A livello europeo il dato relativo alle risposte inadeguate appare molto eterogeneo, passando dal 14,3% nei Paesi Bassi a oltre il 50% in Croazia, Estonia, Romania e Bulgaria. In Italia tale dato corrisponde al 29,5%, più favorevole rispetto alla media europea di 32,4%¹⁷.

¹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>

¹⁶ <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

¹⁷ https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Capitolo_3.pdf

1.3 Il ruolo (fondamentale) della famiglia e la sua evoluzione

Nel nostro Paese, di fronte a questi bisogni la famiglia (ove presente) ha sempre ricoperto un ruolo fondamentale, supportando non solo l'assistito ma anche il nostro sistema di welfare. Sono all'incirca 3,5 milioni gli anziani che, pur avendo moderate o gravi difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane di cura e di tipo domestico, grazie all'intervento e all'impegno della famiglia riescono ad affrontare la quotidianità. Secondo i dati Istat 2022 il 43,2% degli anziani con ridotta autonomia è supportato esclusivamente dalla famiglia, il 12,3% usufruirebbe invece di terze persone oltre ai familiari, talvolta si tratterebbe di personale a pagamento (nel 9,2% dei casi) e altre di amici o volontari a titolo gratuito (3%).

Tra gli anziani che sperimentano una ridotta autonomia, è solamente il 9,4% ad essere assistito unicamente da persone esterne alla famiglia, di cui il 7,5% solo da persone a pagamento.

Il 5,3% degli anziani dichiara di non poter contare su alcun tipo di aiuto, nonostante talvolta vivano con altri componenti della famiglia¹⁸.

Risulta evidente come il supporto da parte dei familiari rappresenti l'aiuto principale, tale fenomeno raggiunge percentuali molto elevate nel momento in cui l'anziano non autosufficiente convive con un figlio o vive in famiglie estese.

Quando si analizzano invece le condizioni degli anziani soli, tale dato precipita: l'aiuto dei familiari non conviventi diviene molto inferiore, cresce quindi il supporto da parte di persone esterne alla famiglia, che può essere totale o parziale rispetto a quello fornito dai familiari. Gli anziani che, per la ridotta autonomia, usufruiscono di aiuti a pagamento rappresentano il 17%, escludendo quindi quelle persone per le quali il ricorso al pagamento di personale esterno non sarebbe economicamente affrontabile.

Nonostante la famiglia abbia un ruolo essenziale nel nostro sistema di welfare, compreso quindi il prendersi cura degli anziani, ad oggi gli ostacoli e le variabili che questa può incontrare rendono più complessa la gestione della quotidianità e degli eventi di vita dei singoli individui.

Perciò, i mutamenti delle forme familiari rappresentano un cambiamento strettamente connesso con l'invecchiamento della popolazione. Si tratta di un fattore necessariamente influente in quanto, come ricavabile analizzando i dati sopra riportati, la perdita di autonomia di un anziano rappresenta un evento che interessa e coinvolge anche il resto della famiglia nel suo ruolo di principale agenzia di produzione di servizi e non solo.

A partire dagli anni settanta del secolo scorso la famiglia è stata protagonista di un rapido processo di cambiamento, lasciandosi alle spalle "l'epoca d'oro della famiglia", caratterizzata da elevati tassi di matrimonio e fecondità, da un'elevata stabilità coniugale e da una rigida suddivisione dei ruoli: l'uomo, al quale spettava la funzione di procacciatore di risorse economiche e la donna, colei che si occupava dei lavori domestici e del lavoro di cura. Questa tipologia di famiglia garantiva sicuramente una maggiore tutela assistenziale rispetto a quella odierna ove si assiste ad una diminuzione dei tassi di nuzialità, ad una riduzione delle nascite, ad una maggiore instabilità coniugale e ad una

¹⁸ https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Capitolo_3.pdf

“nuclearizzazione” della famiglia: aumenta il numero delle famiglie (soprattutto nucleari coniugali, unipersonali e monogenitoriali) e parallelamente ne diminuisce l’ampiezza, diminuiscono quindi anche i potenziali fornitori di aiuto (Saraceno e Naldini, 2021).

Tra i fenomeni emergenti nella sfera domestica e familiare si assiste anche ad un’estensione dei casi di “ri-coabitazione” (Cioni, 1998) dove i figli accolgono nella propria abitazione il genitore rimasto vedovo e in condizioni di fragilità, o diversamente, una coppia di genitori anziani (o un singolo anziano) si accinge a riaccogliere nella propria dimora la figlia o il figlio in seguito ad un divorzio o ad una difficoltà economica. Un altro fattore che incide e che contribuisce a rendere più evidente il bisogno di cura degli anziani è quello della diminuzione delle “prestatrici di cura”, dei cosiddetti “caregiver”, che in molti contesti sono figure principalmente ricoperte da donne. Le donne diminuiscono nel ruolo di prestatrici di cura principalmente per due motivi: il primo, è riconducibile ad un aspetto demografico caratterizzato da un’importante riduzione della fecondità, il secondo è dovuto al fatto che sempre più donne entrano nel mercato del lavoro, limitando quindi il tempo che potenzialmente potrebbe essere impiegato nel lavoro di cura.

Molte donne (ma non solo) si trovano inoltre a “dover” aiutare le persone più giovani da un lato e le persone più vecchie dall’altro, taluni osservatori parlano di tale condizione come “fase di compressione tra i bisogni di dipendenza economica, affettiva, di cura, della generazione più giovane e di quella più vecchia” (Saraceno, Naldini, 2021). Si tratta di una fase di compressione dove la persona si trova dinanzi ad una richiesta di impegno costante, reso particolarmente gravoso da una rete di servizi insufficiente. Le conseguenze sperimentate dal caregiver familiare sui diversi piani, da quello relazionale e psicologico a quello economico, rendono vulnerabile l’equilibrio psicofisico del caregiver in primis, ma anche dell’intero nucleo familiare.

In conclusione, nonostante la famiglia rappresenti ancora ad oggi il luogo privilegiato di cura del nostro paese, è evidente che questa non ritragga più il “contenitore” saldo di un tempo (Tognetti, 2004).

1.4 La demenza tra le patologie più diffuse

“Demenza” è il termine comune che denota la distinzione nosologica del disturbo neurocognitivo maggiore nell’edizione 5 del Manuale diagnostico e statistico (DSM 5). La demenza si riferisce ad un insieme di sintomi che solitamente precipitano in un declino cognitivo funzionalmente compromettente. Solitamente si parla di tali sintomi come “sintomi comportamentali e psicologici della demenza” o “BPSD” (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), è necessario però specificare che, mentre la presenza di un deterioramento cognitivo è necessaria e sufficiente per una diagnosi di demenza, i BPSD, qualora presenti devono essere specificati, anche rispetto alla gravità, dai medici in quanto possono avere un impatto significativo sulla prognosi, sull’andamento e sulla gestione della demenza.

Per quanto riguarda i fattori di rischio per la demenza, l’“Alzheimer’s Disease International” individua i seguenti tra i principali: l’inattività fisica, il fumo, l’eccessivo

consumo di alcol, l'inquinamento, un eventuale trauma cranico, la minor educazione, la scarsità di contatti sociali, l'obesità, l'ipertensione, il diabete, la depressione e la perdita dell'udito (ADI).

I sintomi comportamentali e psicologici della demenza includono: disturbi emotivi, percettivi e comportamentali simili a quelli osservati nei disturbi psichiatrici. Solitamente vengono classificati in 5 categorie: cognitivo/percettivo (deliri, allucinazioni), motorio (come ad esempio stimolazione, vagabondaggio, movimenti ripetitivi, aggressività fisica), verbale (urla, linguaggio ripetitivo, aggressività verbale), emotivo (depressione, euforia, apatia, irritabilità, ansia) e vegetativo (disturbi del sonno e dell'appetito).

Per quanto riguarda l'eziologia dei BPSD, non esiste un'unica causa. Ad oggi, viene preferito l'utilizzo del modello biopsicosociale che attribuisce i vari sintomi alle interazioni tra le diverse sfere: biologica, psicologica e sociale. Tralasciando i numerosi fattori biologici, è stato individuato come anche gli stili di comunicazione del caregiver e i fattori ambientali contribuiscano alla manifestazione di tali sintomi: basti pensare ad una stimolazione sensoriale eccessiva o al contrario insufficiente, ad ambienti troppo caldi o freddi o rumorosi.

Nella teoria sono individuabili tre categorie relative alla sfera ambientale che influirebbero nella manifestazione dei BPSD: bisogni insoddisfatti (fame, compagnia), comportamentali/di apprendimento (per esempio quando un comportamento indesiderato viene inconsapevolmente rinforzato dalle persone circostanti) e diseallineamento ambiente-paziente (quando le aspettative di un caregiver superano le reali capacità della persona)¹⁹. Proprio per l'importante influenza che questi fattori possono esercitare, ad oggi, sono molte le formazioni offerte a caregiver e familiari che si occupano di offrire assistenza e cura alle persone affette da demenza.

Attualmente la demenza è in continuo aumento, ed è stata delineata dall'OMS "una priorità mondiale di salute pubblica".

In questo momento sarebbero più di 55 milioni le persone che coesistono con una demenza. Dall'analisi dei dati del "Global Action Plan 2017-2025" emerge come si possa prevedere un progressivo aumento negli anni futuri, sino ad arrivare a 132 milioni entro il 2050 (ciò significa nuovo caso ogni tre secondi)²⁰.

Nonostante tale stima, l'ADI (Alzheimer's Disease International) calcola che, a livello globale, almeno il 75% delle persone affette da demenza non venga diagnosticato e che tale tasso aumenti sino al 90% in molti paesi a basso e medio reddito.

In Italia, nel 2019, si stima che siano 600mila persone tra gli over65 che vivono in famiglia (escludendo quindi color che risiedono in strutture) a soffrire di demenza, il 4,2% degli anziani. Tale percentuale raggiunge all'incirca il 15% nel caso degli ultraottantacinquenni²¹.

La maggior parte della casistica presenta forme di demenza irreversibili, che si differenziano in: *forme primarie*, di tipo degenerativo che comprendono la demenza di

¹⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/>

²⁰ <https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=2402&rea=demenze&menu=vuoto>.

²¹ <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

“Alzheimer”, quella “frontotemporale” e quella a “corpi di Lewy” e *forme secondarie*, nelle quali la più comune è quella di tipo “vascolare”.

Tra le diverse casistiche di demenze, la forma più frequente (circa il 60%) è quella della demenza di Alzheimer: un disturbo neurodegenerativo molto comune che colpisce solitamente le persone di età superiore ai 65 anni, nonché la causa più comune del declino delle capacità cognitive.

È una malattia dall’insorgenza insidiosa e caratterizzata da una progressiva compromissione delle funzioni cognitive e comportamentali quali: la memoria, il linguaggio, la comprensione, l’attenzione, il giudizio e il ragionamento.

Il direttore clinico del “Dementia Research Center” della New York University School of Medicine, il Dr. Barry Reisberg, individua nel decorso dell’Alzheimer sette fasi:

- Fase 1: assenza di disabilità. La demenza non mostra alcun tipo di sintomo;
- Fase 2: declino cognitivo molto lieve. La persona potrebbe avere vuoti di memoria di scarsa entità, ad esempio rispetto alla collocazione di alcuni oggetti usati precedentemente e potrebbe manifestare difficoltà nel ricordare i nomi. In questa fase, non è comunque possibile rilevare una demenza;
- Fase 3: declino cognitivo lieve. La persona in questa fase manifesta alcune difficoltà che possono essere notate da persone vicine. Possono manifestarsi in maniera molto diversa, ad esempio, può accadere che ripeta più volte le stesse domande, che le prestazioni lavorative diminuiscano così come la concentrazione, ci possono essere evidenti difficoltà nel trovare la parola o il nome giusto, difficoltà nel ricordare i nomi di nuove persone conosciute, può accadere che dimentichi le cose appena lette o che perda oggetti di valore. Sono molte le persone che in questa fase provano forti stati d’ansia e la prognosi può essere molto variabile;
- Fase 4: declino cognitivo moderato. Si manifesta con: dimenticanza di eventi recenti, ridotta capacità di eseguire semplici calcoli aritmetici, maggiore difficoltà nello svolgere compiti (es. il pagamento delle bollette o la gestione delle finanze), vuoti di memoria sulla propria storia personale. La persona può inoltre apparire più lunatica e riservata.
- Fase 5: declino cognitivo moderatamente grave. Le problematiche divengono evidenti, così come il bisogno di aiuto nelle attività quotidiane. La persona può: non ricordarsi l’indirizzo di casa o alcuni numeri di telefono, confondere il luogo in cui si trova e il giorno attuale, avere bisogno di supporto nella scelta adeguata del vestiario o dimenticare eventi significativi. Nonostante ciò, la persona solitamente riesce a mangiare e si reca al bagno autonomamente;
- Fase 6: declino cognitivo grave. La memoria subisce un continuo peggioramento, possono esserci variazioni di personalità, episodi di “wandering” e la necessità di aiuto nelle attività quotidiane aumenta sempre di più. Oltre al peggioramento dei sintomi sopra elencati, si aggiungono: necessità di assistenza nell’igiene quotidiana e episodi di incontinenza nonché fissazioni o comportamenti incontrollabili o ripetitivi (es. ridurre in brandelli fazzoletti di carta);
- Fase 7: declino cognitivo molto grave. La persona non risponde più al suo ambiente, non è in grado di conversare (può ancora dire parole o frasi) e di controllare i

movimenti, i riflessi divengono anomali, si assiste ad un irrigidimento muscolare e ad una compromissione della deglutizione.

Tali fasi spesso non sono gradualmente ma possono sovrapporsi e risulta quindi complesso classificare una persona che soffre di questa patologia in una fase specifica. In linea di massima, le fasi 1, 2, 3, corrispondono alle fasi di pre-demenza; le fasi 4, 5, 6, 7 corrispondono alle fasi della demenza. Dalla fase 5 la persona non può più vivere senza assistenza²².

Esaminando tali sintomi emerge come sia estremamente difficile, se non impossibile, per una persona (anche nel caso in cui sia altamente preparata e competente) gestire il proprio caro in maniera autonoma nelle fasi avanzate.

Quando la demenza colpisce una persona, non colpisce solo questa ma tutta la sua famiglia. Inoltre, molto spesso la demenza consuma l'identità della persona che ne soffre: il ruolo di padre, di marito, di amico e di professionista si sfumano ed il passato viene eliminato a causa della perdita di memoria.

Prendersi cura di una persona che soffre di demenza comporta importanti ripercussioni a livello psicologico, emotivo, funzionale e pratico, provocando stati d'animo negativi quali: ansia, negazione, frustrazione, angoscia, rabbia e senso di impotenza. Proprio a causa di questi vissuti i caregivers di persone che soffrono di demenza hanno probabilità tre volte superiori di essere travolti da eventi depressivi (Mace, Rabins, 1995).

Emerge quindi la necessità, per i diversi servizi che si occupano di queste situazioni, di offrire prese in carico che tengano conto del caregiver, dei suoi vissuti, delle difficoltà che sta affrontando, delle pressioni a cui è sottoposto e che riconoscano l'importanza del suo ruolo garantendogli un adeguato supporto, concreto ed emotivo.

²² <https://www.alzint.org>

2. Quali risposte a questi “nuovi” bisogni?

Le risposte a questi bisogni, e più in generale le politiche di sostegno, sono state per molto tempo trascurate in tutta Europa (salvo poche eccezioni, ad esempio la Francia). Ad ogni modo negli ultimi anni sono sempre di più i paesi dell’Ue che si occupano di tali questioni, non solo nella pratica ma anche attraverso la ricerca, cercando di promuovere trasformazioni e continue innovazioni attraverso l’utilizzo di particolari strumenti.

Le politiche di sostegno rappresentano sicuramente un settore che negli ultimi anni è andato incontro ad un investimento di risorse finanziarie pubbliche più o meno elevato nei diversi paesi, fattore che contribuisce a creare un elevato grado di eterogeneità anche all’interno dell’Unione Europea. “Si tratta di differenze che non riguardano solo il livello di generosità o il grado di universalismo delle politiche, ma gli obiettivi, il grado di coerenza tra i diversi obiettivi, quello tra gli obiettivi dichiarati e quello tra mezzi e fini” (Saraceno, 2009).

Molte differenze possono essere legate ai diversi riferimenti culturali e a diversi modi di avvertire le funzioni e le obbligazioni del sistema famiglia, riferimenti che condizionano inevitabilmente l’intervento pubblico, che può relazionarsi e contare su diversi gradi di solidarietà familiare. Altre peculiarità possono essere legate al particolare momento storico che un certo paese si trova a vivere (Saraceno, 2009).

Nonostante i diversi cambiamenti e mutamenti avvenuti negli ultimi decenni, che sono stati riportati nel primo capitolo, ad oggi l’Italia continua ad essere caratterizzata da un sistema di welfare piuttosto familista, caratterizzato da una gravosa assegnazione di oneri e responsabilità in carico alla famiglia, da un intervento pubblico limitato nel fornire servizi di cura e da soluzioni di mercato piuttosto esigue (Liebfried, 1992; Ferrera, 1996; Millar e Warman, 1996; Naldini, 2002; Saraceno 2003b).

Nel panorama attuale, caratterizzato dall’invecchiamento della popolazione e dall’aumento della non autosufficienza, la cura delle persone non autosufficienti è molto spesso un “dovere” lasciato alle famiglie (Saraceno, 2003a; Micheli, 2004; Taccani, 1994). Ci troviamo quindi dinanzi ad una situazione in cui si assiste ad un aumento della domanda di cura parallela ad una diminuzione delle capacità di risposta da parte delle famiglie e ad una riduzione dell’intervento pubblico (Da Roit B., Sabatinelli S, 2005).

In seguito a questa doverosa premessa, l’obiettivo principale sarà perciò quello di elencare i principali sistemi di risposta che si configurano nell’attualità. Questi potrebbero essere suddivisi in due principali categorie: risposte di tipo formale (a domicilio o in struttura) e di tipo informale (offerte dai familiari o da assistenti familiari) (Pantalone, 2021).

2.1 L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'assistenza domiciliare integrata offre una serie di servizi sanitari e socio-sanitari come prestazioni mediche, riabilitative e infermieristiche. Tale assistenza viene garantita dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), e gestita dalle aziende sanitarie locali, alle persone non autosufficienti o caratterizzate da una condizione di fragilità (di tutte le età).

Un altro obiettivo dell'ADI è quello di garantire una certa continuità tra assistenza ospedaliera e assistenza domiciliare, offrendo anche in taluni casi un'alternativa al ricovero ospedaliero stesso, concepibile nel momento in cui vi siano le condizioni adatte (sia per quanto attiene ai bisogni della persona, sia per quanto riguarda il carico assistenziale richiesto).

Tali prestazioni hanno l'obiettivo di migliorare la qualità di vita della persona attraverso il miglioramento o mantenimento del quadro clinico cercando di limitare i possibili danni funzionali che conseguono a patologie e a particolari condizioni sanitarie. L'ADI fa parte dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) dal 2001, e dal 2017 afferisce all'area "cure domiciliari" del Servizio sanitario assistenziale che, secondo il d.P.C.M. 14 gennaio 2001, "si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia" erogate dai Comuni (Noli, 2020).

L'accesso a tali prestazioni è previsto in seguito all'accertamento del bisogno clinico, che avviene attraverso una valutazione multidimensionale (Vmd), valutazione che consente una presa in carico adeguata della persona e la definizione del "Progetto di Assistenza Individuale" stilato grazie all'intervento di servizi sociali e sanitari.

Nel sistema di ADI vengono integrate diverse professioni e diverse competenze di carattere socio-sanitario come: medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, fisioterapisti e psicologi. Questa multidisciplinarietà rappresenta uno strumento di fondamentale importanza per il raggiungimento del fine ultimo di queste prestazioni: "garantire ai pazienti l'assistenza necessaria presso la propria abitazione - luogo ideale della guarigione - o per agevolare la dimissione ospedaliera, completando e proseguendo in tale maniera trattamenti complessi, altrimenti eseguibili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura residenziale" (Vetrano, 2021).

Nonostante l'ADI faccia parte dei Lea e debba quindi essere assicurata necessariamente in tutto il territorio italiano, ad oggi non esistono ancora degli standard di riferimento sul livello di copertura e di intensità di cura da assicurare o sui livelli di qualità del servizio offerto (Noli, 2020).

Ciò nonostante, negli anni, tale servizio è andato incontro a diverse ridefinizioni (di cui l'ultima nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017, art.22) risultando quindi piuttosto maturato negli aspetti generali di applicazione ma, proprio perché mancano gli elementi sopra indicati, le regioni hanno provveduto all'attuazione di questo servizio in maniera molto differente. La maggior parte di esse ha proceduto con la costituzione di un punto unico di accesso (denominato in diversi modi): luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni ed essere adeguatamente orientato nell'accesso alla rete dei servizi territoriali.

L'attivazione del servizio solitamente avviene nel momento in cui perviene una richiesta da parte del paziente, dei servizi sociali o anche tramite una segnalazione da

parte dei medici di medicina generale o diversamente dai medici del reparto ospedaliero durante la fase di pre-dimissioni (Noli, 2020).

Usualmente, una volta giunta la richiesta si procede con l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), che si occupa di valutare la complessità della situazione e dei bisogni della persona. La valutazione multidimensionale viene gestita dalle Asl ed è effettuata da un'équipe di professionisti che hanno in carico la persona, normalmente vi partecipano: medico di medicina generale, geriatra, infermiere e anche assistente sociale dei servizi distrettuali o del Comune e fisioterapista. In taluni casi la valutazione può anche essere eseguita da un unico professionista: il *case manager* o un operatore dell'équipe.

Attraverso tale documento vengono precisati gli obiettivi socio-sanitari e assistenziali, individuando inoltre le specifiche modalità di attuazione e organizzazione. Si tratta comunque di un progetto che può essere rivisto e modificato nel tempo in relazione all'evoluzione dei bisogni e all'andamento.

Nel 2011 è stato infine istituito un Sistema Informativo per consentire il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare ("SIAD"). Questo è stato adottato in seguito al "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 che ha previsto l'obbligo per tutte le Regioni, comprese le Province Autonome, di trasmettere i dati relativi alle attività svolte a livello territoriale. Tali dati vengono quindi raccolti dalle Regioni e trasmessi successivamente al Ministero della Salute e "devono interessare la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un PAI e la responsabilità clinica di operatori afferenti alla ASL" (Vetrano, 2021).

Il numero di anziani che usufruiscono di questo servizio è cresciuto di anno in anno, nello specifico il Report di Italia Longeva riporta un trend, a partire dal 2014, costantemente in salita: nel 2014 gli over 65 che usufruivano di tale servizio rappresentavano l'1,91%, per quanto riguarda invece gli over 75, questi raggiungevano una percentuale pari a 3,22%, nel 2019 queste percentuali sono salite a 2,83% (nel caso degli over 65) e a 4,67% (nel caso degli over 75). Tale dato raffigura un incremento complessivo del 67% e del 69%" (Vetrano, 2021).

Per quanto riguarda l'anno 2020 si assiste ad una leggera diminuzione, anno che però coincide con l'inizio della pandemia COVID-19 (ibid.).

Un altro aspetto che risulta interessante analizzare è il livello di intensità di tale servizio, informazione che permette di comprendere se questo tipo di servizio possa effettivamente configurarsi come una valida alternativa al ricovero ospedaliero. La media, a livello nazionale, corrisponde a 17 ore annuali per paziente (Noli, 2020), un ammontare di ore che si rivela spesso superfluo se paragonato al bisogno e, malgrado l'ADI abbia riscontrato un aumento del numero di assistiti, il bisogno sembrerebbe non essere pienamente soddisfatto, si stima infatti che la necessità corrisponda al doppio o al triplo dell'offerta attuale (Fost, Notarnicola, 2019).

Infine, per completezza di informazione va sottolineato che non si rilevano particolari differenze tra le Regioni del Nord e quelle del Sud per quanto riguarda il rapporto tra copertura e intensità dell'ADI (Pelliccia, 2019).

2.2 Il Servizio di assistenza domiciliare (SAD)

Il SAD è un servizio di assistenza domiciliare offerto ormai da molto tempo, nacque negli anni Settanta grazie alla libera iniziativa di alcuni Comuni del Nord Italia, come un servizio di prevenzione e di sostegno delle capacità residue con lo scopo di sostenere e promuovere la qualità di vita delle persone. I destinatari erano prevalentemente anziani piuttosto “giovani” che comunque non presentavano gravi compromissioni dell'autonomia.

In vent'anni tale servizio si è espanso notevolmente, grazie in particolare alle leggi di riforma dei servizi socioassistenziali emanate da diverse Regioni nel decennio che decorre dal 1980 al 1990 (Tidoli, 2017).

L'espansione di tale servizio è risultata parallela ad un graduale aggravamento del target, costituito da persone sempre più anziane caratterizzate da situazione socio-sanitarie sempre più compromesse. Anche per questo motivo il servizio offerto, che inizialmente rispondeva soprattutto a lievi bisogni (di aiuto domestico e socialità), è stato costretto ad andare incontro ad una maggiore professionalizzazione, mettendo a disposizione personale più qualificato. Ad oggi, i destinatari di tali interventi sono persone anziane e/o fragili, parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Attualmente, tale servizio di assistenza domiciliare comunale, consiste sempre più in risposte a bisogni funzionali come igiene, alzata, vestizione, mobilitazione, cura della persona e sorveglianza rispetto all'assunzione e alla gestione delle terapie previste.

In questo caso l'accesso alle suddette prestazioni è condizionato da una valutazione del bisogno eseguita dal Servizio sociale. Di norma è inoltre prevista una compartecipazione al costo delle prestazioni, determinata sulla base dell'indicatore Isee e sulla base del regolamento dello specifico ente.

Oggi, il SAD comunale detiene un ruolo secondario rispetto all'ADI e dai dati Istat si rileva come si tratti di un servizio caratterizzato da una tendenza sensibilmente negativa.

“Nel 2006 la percentuale di anziani over 65 anni che usufruivano del SAD era dell'1,85%, diminuita nel 2017 fino all'1%. La spesa media per utente è invece passata da 1.646 euro del 2006 a 2.037 euro nel 2017 con un incremento del 23,7%. Alla riduzione del valore medio della copertura si è accompagnata, dunque, una crescita di quello dell'intensità” (Noli, 2020).

Tra i fattori che hanno portato a questo notevole ridimensionamento del servizio sembrerebbero essercene di diversi. In primis il peggioramento delle condizioni socio-sanitarie degli assistiti, che ha reso “inadeguato” il servizio, sia per numero di accessi settimanali, sia per ore di servizio erogate, entrambi insufficienti a garantire un'adeguata assistenza all'anziano (e ai caregivers familiari). Un altro fattore che sembrerebbe essere molto impattante è quello dello sviluppo del mercato delle assistenti familiari, anche dette “badanti”, che sembrerebbe essere molto più adeguato nel rispondere alle esigenze di un'assistenza quotidiana e prolungata.

“Gli interventi offerti – limitati per numero di accessi settimanali e per ore di servizio erogate, standardizzati e svolti rigorosamente in momenti diurni – appaiono insufficienti

a garantire la permanenza al domicilio di anziani con compromissione dell'autonomia" (Tidoli, 2017).

2.3 Criticità dell'ADI e del SAD

Il Report N.N.A. 2020-2021 ha riportato diverse spinosità rilevate negli anni rispetto a questa tipologia di servizi.

Per quanto riguarda l'ADI le principali sarebbero le seguenti:

- La parziale realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, che nonostante sia stata sostenuta in diversi atti normativi si è realizzata in maniera parziale e "a macchia di leopardo". Molto spesso, quando viene attuata, si ricorre ad una separazione tra gli enti gestori: tra le Asl e i Comuni rispetto alla gestione amministrativa e gestionale. In queste situazioni, nonostante i tentativi da parte delle Regioni di raccordare i diversi soggetti e le rispettive azioni risulta complesso creare una buona integrazione e un buon coordinamento degli interventi, soprattutto quando la gestione viene affidata a servizi profit e non profit.
- Anche il Pai stesso sembra perdere di significato nel momento in cui si concretizza con una semplice e frammentata erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, talvolta anche scoordinate. Inoltre, nonostante la programmazione, il controllo e la valutazione delle attività siano in mano alle Aziende sanitarie, l'erogazione effettiva del servizio si realizza in maniera molto differenziata (Vetrano, Vaccaro, 2017);
- La scarsa continuità assistenziale tra i diversi servizi assistenziali: domiciliari, residenziali e ospedalieri. Aspetto che riduce l'efficacia dell'Adi trattandola in maniera disgiunta dal resto;
- L'utilizzo di strumenti valutativi differenti, aspetto che rende ardua l'applicazione del *benchmarking*, che permetterebbe di definire degli standard e di individuare le pratiche assistenziali migliori in efficacia ed efficienza.
- La prevalenza di prestazioni a bassa complessità assistenziale. Nonostante l'offerta delle prestazioni sia molto ampia, sono solo le prestazioni essenziali e a bassa intensità ad essere garantite (principalmente: prelievi ematici, igiene, gestione del catetere e dell'incontinenza in generale). Sono meno frequenti le prestazioni di maggiore complessità come i trattamenti riabilitativi logoterapici, terapeutici e di rieducazione respiratoria; sono invece rari il supporto psicologico e/o educativo all'assistito e alla sua famiglia. Quest'ultima "mancanza" risulta deleteria soprattutto in situazioni caratterizzate da disturbi cognitivi o del comportamento che, essendo particolarmente gravi e difficili da gestire, causano spesso situazioni di *burnout* dei caregiver familiari e aumentano quindi la possibilità di ingresso in struttura.
- Si tratta inoltre di prestazioni garantite nei giorni feriali e solo nelle ore diurne, raramente in alcune realtà è prevista una reperibilità degli operatori oltre l'orario di lavoro ed è ancor più difficile che sia previsto un contatto telefonico per le

chiamate d'emergenza (solo le cure domiciliari oncologiche hanno a disposizione l'intervento del personale ventiquattro ore su ventiquattro e sette giorni su sette).

Per quanto riguarda le criticità del SAD, vengono individuate le seguenti.

- Come preannunciato, ad oggi, si rileva un'importante riduzione del numero di persone che usufruiscono di tale servizio. Tra le principali motivazioni si individua la non adeguatezza delle prestazioni alle "nuove" esigenze degli anziani e dei loro caregiver familiari, alle quali risponderebbero in maniera più soddisfacente le assistenti familiari.
- Un'altra variabile significativa è quella che riguarda l'accesso al servizio, che risulta piuttosto complessa e differenziata tra (e nelle) varie Regioni. Ad esempio possono essere richieste procedure più o meno tortuose (ad esempio la presentazione dell'Isee), in taluni casi sono presenti criteri d'accesso rigidi o diversamente possono essere richieste compartecipazione al costo molto elevate e non convenienti. Aspetti che ancora una volta spingerebbero le famiglie più abbienti a intraprendere altre possibili direzioni. Sarebbero invece le persone anziane sole e caratterizzate da condizioni di svantaggio a poter usufruire a costi vantaggiosi o gratuitamente di tale servizio.

Per questi motivi, il SAD spesso appare poco attrattivo rispetto ad altre forme di cura e sembra essere sempre più identificato dall'immaginario collettivo quale "servizio dei poveri" (Tidoli, 2017).

In sintesi per entrambi i servizi, che nascono con significative potenzialità, risultano necessarie delle riflessioni e delle azioni che permettano il dischiudersi di queste, rendendoli a tutti gli effetti strumenti che siano in grado di creare un reale impatto positivo nella vita degli anziani e delle loro famiglie.

2.4 Il lavoro privato di cura

Ad oggi le assistenti familiari rappresentano, dopo la famiglia, la risposta più in grado di rispondere alla richiesta d'aiuto degli anziani in condizioni di fragilità. È dalla fine degli anni '90, dal momento in cui il termine "badante" inizia a circolare che la loro presenza nelle famiglie inizia a crescere in modo esponenziale (Pasquinelli, Rusmini, 2009).

L'assistenza privata agli anziani fornita a domicilio, soprattutto da donne con percorsi migratori alle spalle, è ormai un fenomeno diffuso non solo in Italia ma anche in Spagna, Grecia, Germania e Austria (Hillman, 2005).

"I numeri parlano chiaro. La cura delle persone anziane non autosufficienti nel nostro Paese rimane in maniera preponderante a carico delle loro famiglie. Poche beneficiano delle prestazioni domiciliari (SAD, ADI), mentre ai servizi residenziali si arriva sempre più tardi. Prosegue, in questo contesto, il ricorso diffuso alle badanti" (Pasquinelli, Rusmini, 2020).

Secondo i dati riportati dall'Inps il numero di *badanti* (o assistenti familiari) occupate in maniera regolare era, alla fine del 2019, di 407.000, di cui il 92% di sesso femminile e

per tre quarti straniera. Questo dato rimane comunque poco rappresentativo della situazione reale poiché si stima che le assistenti familiari assunte regolarmente rappresentino solamente il 40% del totale²³ (Pasquinelli e Rusmini, 2013).

Osservando il fenomeno dall'altro lato emerge come in Italia sia un anziano su tre (che vive presso il proprio domicilio) con problemi di autosufficienza a ricorrere ad un'assistente familiare²⁴.

Tale questione sembrerebbe conseguire da un incrocio di fattori che sono stati sopra elencati e che ricordo brevemente. In primis si può individuare l'importante bisogno di cura che presentano gli anziani, bisogno parallelo ad una riduzione del lavoro di cura che può essere fornito dalla rete familiare (in seguito ai mutamenti della struttura familiare, all'ingresso del genere femminile nel mercato del lavoro e alle politiche attuate).

Un altro fattore che incide notevolmente sulla crescente richiesta di assistenti familiari è riscontrabile nell'inadeguatezza delle politiche sociali, che in Italia risultano prevalentemente fondate su trasferimenti monetari (basti pensare all'indennità di accompagnamento), che sebbene rappresentino per molte persone un mezzo necessario nel garantire l'accesso al mercato di cura, risultano meno efficaci rispetto a politiche che vedono protagonista l'erogazione di servizi sociali come quelle applicate nei Paesi Scandinavi e in Olanda (Da Roit et al, 2008).

Un'altra componente che potrebbe spiegare la diffusione di tale fenomeno è riscontrabile nella scarsa regolamentazione di tale mercato e nella parallela accettazione del lavoro irregolare (Da Roit, Facchini, 2010), accettazione che deriva inevitabilmente anche da una convenienza per alcuni nuclei familiari, che non potrebbero permettersi altrimenti di usufruire del medesimo servizio se questo fosse "regolato" e formale poiché le spese, dettate da un contratto regolare, si dimostrerebbero insostenibili.

Un altro motivo che porterebbe famiglie e anziani a preferire assunzioni "informali" sarebbe quello individuabile nella possibilità di regolare "a modo proprio" le condizioni di lavoro, garantendosi una maggiore copertura e la possibilità di assicurarsi un prezzo fisso: è stato rilevato che, in situazioni di importanti bisogni di cura e sorveglianza, una "badante" giunga a sostituire quelli che, in un mercato regolato, sarebbero tre lavoratori (Da Roit, 2007).

È proprio per quest'insieme di fattori che il crescente bisogno di cura trova sempre più risposte nell'offerta di lavoro da parte di donne immigrate, e se da una parte l'emersione di tale fenomeno fa riflettere sulle lacune del sistema di sostegno della non autosufficienza, dall'altro evidenzia la necessità di supportare e regolare tale tipologia di risposta ai bisogni di cura.

2.4.1 Quali gli anziani che usufruiscono di tale servizio?

Per rispondere a questo quesito verranno presentati i dati emergenti da una ricerca condotta per conto dello Sci Cgil Lombardia, nata per conoscere più approfonditamente

²³ www.qualificare.info

²⁴ <https://www.istat.it/it/archivio/7740>

la questione delle assistenti familiari in Lombardia. Nonostante si tratti di una ricerca che prende in considerazione solo una minima parte del territorio italiano, costituiscono comunque dei dati molto utili per comprendere in maniera più approfondita la situazione.

Secondo questa ricerca, gli anziani che usufruirebbero maggiormente di questo servizio sarebbero soprattutto i “grandi anziani”, specialmente di sesso femminile. Per quanto riguarda il primo dato, questo risulta strettamente correlato all’aggravamento delle condizioni di salute che si verifica con l’aumento dell’età, parallelo quindi ad una maggiore necessità di assistenza dettata dalla non autosufficienza; per quanto riguarda invece la maggiore richiesta tra le donne, questa sembrerebbe essere legata ad una maggiore longevità e a condizioni di salute più delicate.

Per quanto attiene alle patologie prevalenti tra gli anziani che accedono a tale servizio, al primo posto ci sarebbero coloro che presentano problematiche di tipo motorio (50%), al secondo coloro che presentano problemi cognitivi (13,8%), al terzo le persone che presentano sia problemi motori che cognitivi (13,8%) e infine coloro che non segnalerebbero specifiche problematiche (17,5%). Se nelle prime tre categorie appare semplice individuare un nesso con l’esigenza di accedere a tale servizio, nell’ultima viene messa in risalto la funzione di “rassicurazione”, di supporto alle attività quotidiane (piuttosto che concrete esigenze assistenziali) che può ricoprire il lavoro e la presenza dell’assistente familiare (Da Roit, Facchini, 2010).

Un secondo aspetto di fondamentale importanza nell’analisi di tale fenomeno è quello che riguarda la situazione familiare. In relazione a questo aspetto se tra i fattori principali che portano a ricercare una figura di questo tipo si individua sicuramente il peggioramento delle condizioni sanitarie, l’altro principale fattore è riferibile ad una condizione di “autonomia” connotata però da solitudine. Il Report Istat 2019 in merito a questo rileva come, tra gli anziani che vivono soli, il 31% ricorra alla figura della badante²⁵.

Rimanendo però sui dati provenienti dalla ricerca svolta in Lombardia emerge come la prevalenza degli anziani accuditi viva in una condizione di solitudine: il 52,1% degli uomini e il 72,7% delle donne. Sicuramente, quando l’anziano è inserito in una famiglia sulla quale poter contare, tende molto più raramente a servirsi di aiuti esterni, e questa continua ad essere la principale fonte di aiuto e supporto; soprattutto la presenza del coniuge stesso e l’assunzione di responsabilità da parte di questo risulta una risorsa insostituibile dinanzi alla non autosufficienza (Mazzucco, Ongaro, 2002).

Infine, dai dati si rilevano situazioni in cui i figli, sebbene siano presenti, decidono di delegare il lavoro di cura a persone esterne a causa di difficoltà tangibili (spesso dovute alla posizione lavorativa o alla situazione familiare).

Molto spesso la decisione di ricorrere ad un aiuto esterno rappresenta un fattore che incide positivamente nella relazione genitore figlio/o, proprio perché i momenti trascorsi insieme possono essere improntati ad un “semplice stare insieme” ad un arricchimento della relazione, senza che questa venga influenzata dallo stress derivante dal carico di lavoro dettato da un’assistenza continua e complicata. Inoltre, sono piuttosto frequenti i casi in cui, tra l’assistito e l’assistente familiare, si creano dei legami profondi di affetto

²⁵ <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

e amicizia, permettendo quindi anche all'anziano di "guadagnare" nuove persone di riferimento.

Sempre dallo studio dei dati emergenti dalla ricerca, si rileva come a fare ricorso alle badanti siano nella maggioranza persone con bassa scolarità e verosimilmente con un reddito modesto (Da Roit, Facchini, 2010). Fattore che rende necessaria una riflessione in merito alle numerose difficoltà che molti anziani e nuclei familiari si ritrovano a dover affrontare in seguito ad un impegno economico significativo che, soprattutto nel lungo periodo, può comportare notevoli disagi per l'intero nucleo.

Proprio perché sono note tali difficoltà, sono diverse le Regioni (circa la metà) che concedono trasferimenti monetari (con diverse denominazioni: contributi, assegni, bonus ecc) ad anziani e famiglie che assumono regolarmente un'assistente familiare. Tali aiuti possono derivare da diversi fondi, regionali e non, quali ad esempio: il Fondo nazionale per le non autosufficienze (Fna), Fondo sociale europeo (Fse) e da risorse regionali proprie. Le modalità di gestione, di allocazione delle risorse, di selezione dei beneficiari vengono poi definite a livello regionale o sub regionale, perciò esiste anche in questo caso un'elevata differenziazione tra regioni, anche rispetto alla cifra stessa che viene erogata.

Certamente la scarsa diffusione di tale tipologia di contributo è parallela ad un'incertezza rispetto alla durata di questo, che spesso viene garantito solo per qualche mese: è per questo che molte famiglie preferiscono quindi continuare nella direzione dell'irregolarità.

Altri limiti riscontrabili in questa tipologia di contributo sono riferibili a: limiti reddituali bassi che tendono ad escludere molte famiglie, l'assegnazione del contributo attraverso graduatorie a scorrimento fino all'esaurimento dei fondi (perciò una persona che possiede i requisiti non ha comunque la certezza di ricevere il contributo) e infine nella maggior parte dei casi la somma è piuttosto esigua, consentendo di coprire solamente il costo dei contributi previdenziali versati alla lavoratrice (Pasquinelli, Rusmini, 2020).

2.5 Trasferimenti monetari

Proprio perché i servizi di assistenza come ADI e SAD hanno livelli molto bassi di copertura, i trasferimenti monetari rappresentano lo strumento principale attraverso il quale lo Stato cerca di supportare i cittadini non autosufficienti (Morosini, Montemurro, Petrella, 2016). In particolare il trasferimento principe è costituito dall'*indennità di accompagnamento* (Ida), un assegno mensile erogato dall'Inps garantito a chi viene certificata un'inabilità totale dovuta a particolari condizioni psico-fisiche e si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto costante di un accompagnatore (Pelliccia, 2013).

L'accertamento di tale inabilità, sia che riguardi persone invalide di età inferiore ai 65 anni, sia che riguardi anziani non autosufficienti viene seguita presso l'ASL di competenza da un'apposita Commissione.

La peculiarità di tale contributo è che questo viene erogato universalmente ed in modo omogeneo, senza distinzioni in base al reddito o in base alla gravità delle condizioni di

salute. Inoltre, non sono previsti vincoli di destinazione della spesa e non vi è alcun obbligo di rendicontazione: la persona riceve 527 euro mensili²⁶ (per il 2023) e può disporre liberamente (proprio per questo viene molto spesso impegnato per retribuire un'assistente familiare in modo irregolare). Lo scopo di tale contributo è quello di supportare coloro che ne beneficiano nelle spese legate ai bisogni assistenziali.

Tale misura dal 1980²⁷ è rimasta invariata, inizialmente venne introdotta per giovani e adulti con disabilità e nel 1988 venne estesa anche agli anziani non autosufficienti, coloro che ad oggi rappresentano i principali beneficiari dell'Ida: l'Istat ha rilevato che nel 2018 il 70% degli utenti era over65²⁸, e che la maggior parte di essi è caratterizzato da situazioni altamente compromesse, necessitando quindi di interventi qualificati e specifici (Gori, Gubert, N.N.A., 2020).

Per quanto riguarda la diffusione di tale strumento, anche rispetto ad altri, i dati confermano come il sistema italiano investa sui trasferimenti monetari piuttosto che sui servizi alla persona: nel 2016, l'11,5% degli over65 fruiva dell'Ida (Istat, 2020a), il 2,4% usufruiva dell'ADI e il 2,1% era ospite di strutture residenziali (Istat, 2020a). Tale squilibrio è riscontrabile dunque anche nella spesa pubblica di LTC²⁹ per anziani (pari all'1,3% del Pil): nel 2019 il 46% della spesa era destinato all'Indennità di accompagnamento, il 37% a Servizi e interventi sociosanitari (Asl) e il 17% a Servizi e interventi sociali (Comuni) (Ragioneria Generale dello Stato, 2019).

Sono inoltre presenti, anche in questo caso, notevoli differenze a livello regionale: “la percentuale sale per le regioni del Centro-Sud, dove troviamo proporzioni ovunque al di sopra della media nazionale (tranne per la Toscana), con percentuali che arrivano a punte del 16,3% e del 15,9% in Umbria e in Calabria. Nel nord d'Italia invece la percentuale resta in un intervallo del 7,7-9% in tutte le regioni. Anche l'Emilia-Romagna si colloca in tale traiettoria totalizzando una percentuale pari al 7,7%” (IRESER, 2021).

Nonostante l'Ida ad oggi costituisca una risorsa fondamentale per molti anziani, sono riscontrabili diversi limiti e criticità (N.N.A., 2020):

- *l'elevata discrezionalità delle Commissioni.* Sebbene l'Ida debba essere garantita alle persone con invalidità totale al 100%, incapaci di deambulare o che comunque abbiano continua necessità di assistenza, non esistono dei criteri dettagliati e strumenti che consentano una valutazione oggettiva di tale condizione. Soggettività che causa quindi un'elevata eterogeneità degli anziani che la percepiscono e che porta a due fenomeni opposti: falsi positivi, coloro che usufruiscono di tale contributo senza averne titolo (che non ne avrebbero bisogno ma che riescono comunque ad accedervi); e falsi negativi, persone che invece

²⁶ Coloro che ricevono una cifra differente sono i ciechi civili assoluti, che ricevono 930,99 euro mensili

²⁷ La legge istitutiva dell'Ida è la n. 118 del 1980

²⁸ <https://www.istat.it/it/files/2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>

²⁹ LTC (*Long Term Care*): “un insieme di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali forniti a persone in una condizione di dipendenza di lungo periodo con molteplici scopi, i cui principali sono: ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute e alleviare il dolore; sostenerli nelle attività di base della vita quotidiana (le funzioni ADL); promuovere la possibilità di vivere in modo indipendente (le funzioni IADL) (Ocse, 2020)

avrebbero la necessità di fruire di tale contributo ma la loro domanda non viene accolta;

- un altro limite molto rilevante è questa *standardizzazione dello strumento*, che erogando in maniera standardizzata la somma di 527 euro non risulta equa, ma anzi, finirebbe con il penalizzare coloro che versano in uno stato socio-sanitario peggiore (cosa che non avviene per molti altri paesi europei³⁰). “L’Ida, dunque, soffre di un’evidente iniquità verticale, definita come l’incapacità di differenziare un intervento di welfare in base alle specifiche condizioni di chi lo riceve” (N.N.A., 2020), si tratta di un’iniquità verticale doppia, che riguarda da un lato la situazione sanitaria e assistenziale e dall’altra la situazione economica;
- un terzo limite sul quale riflettere è quello relativo al fatto che nell’erogazione di tale contributo non viene previsto *alcun tipo di supporto da parte di professionisti* impiegati nel sistema di welfare e le conseguenze sono molteplici. In primis non è previsto nessun sostegno durante l’iter del percorso assistenziale, lasciando “allo sbaraglio” l’anziano e la sua famiglia, che si ritrovano senza ricevere informazioni o orientamenti;
- l’*assenza di qualsiasi modalità che consenta di coordinare e connettere* l’Indennità di accompagnamento con il sistema dei servizi socio-sanitari;
- l’*assenza di un intervento parallelo di formazione delle assistenti familiari*: l’Ida non prende minimamente in considerazione che cosa viene erogato e come.

È proprio per i numerosi limiti che presenta che sono state individuate diverse ipotesi rispetto ad una sua revisione. Ad esempio diverse proposte vanno verso una direzione che introdurrebbe dei vincoli di utilizzo, di destinazione di tale somma verso servizi di cura (Irs, Capp, 2016; Gori, 2006; Arlotti et al., 2017).

Nel rapporto “*L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*” del 2020 viene riportata la possibilità di convertire l’indennità di accompagnamento in una “*Dote di cura*”, che comprende due alternative di scelta: una prima, che disporrebbe una somma impiegabile senza il bisogno di rendicontarne l’utilizzo, ed una seconda che consiste in un buono d’acquisto (*voucher*) spendibile per servizi professionali: l’assunzione regolare di un’assistente familiare oppure l’utilizzo presso servizi assistenziali accreditati (si tratta quindi di un’opzione di scelta verso un insieme di servizi al posto del sostegno economico).

La seconda scelta, incentivata da un valore superiore (ad esempio del 20% o del 30%), favorirebbe quindi un mercato regolare della cura, maggiormente tutelante per entrambe le parti e integrato al sistema di interventi sanitari e sociali (N.N.A., 2017); in questo modo il valore economico dei servizi offerti raddoppierebbe rispetto a quello dell’Ida³¹.

Un’altra possibilità potrebbe essere quella della “*prova dei mezzi*” che consisterebbe nell’erogare tale contributo sulla base della situazione economica di una famiglia e quindi concederlo solamente al cittadino non autosufficiente che non possiede adeguate risorse economiche, riconoscendo quindi le differenze.

³⁰ Ad esempio in Germania ai casi più gravi vengono erogati importi quattro volte maggiori di quelli concessi a chi è “situato” ai livelli meno gravi, e in Francia almeno doppi (Ranci et al., 2019)

³¹ <https://www.welforum.it/il-welfare-dei-servizi-per-contrastare-la-non-autosufficienza/>

In conclusione la direzione migliore da intraprendere consisterebbe in: introdurre strumenti che permettano di valutare il bisogno assistenziale in maniera oggettiva, prevedere importi differenziati sulla base delle necessità assistenziali e della disponibilità economica, e infine prevedere delle prese in carico integrate di beneficiari e famiglie da parte dei servizi (con un'iniziale valutazione della situazione, dei bisogni ed un piano personalizzato di assistenza (N.N.A., 2020).

Oltre all'Ida esistono poi altre tipologie di trasferimenti monetari, indirizzati al sostegno di condizioni di non autosufficienza e la cura nell'ambito domiciliare del beneficiario, che vengono erogati dal Comune. Questi possono assumere diverse denominazioni, ad esempio "assegni terapeutici", "voucher", "assegni di cura", e i criteri per accedere ad essi possono essere molto differenti da un Comune all'altro (solitamente tengono conto di reddito, gravità, livello di bisogno, situazione familiare), così come l'importo stesso (IRESER, 2021).

2.6 I servizi residenziali

Un altro sistema di risposta di fondamentale importanza alle difficoltà derivanti dalla non autosufficienza e dall'anzianità è costituito dall'insieme dei presidi residenziali. I servizi residenziali "comprendono le strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie che permettono il ricovero (temporaneo o permanente) della persona anziana in presidi con differente denominazione: residenza sanitaria assistenziale, residenza protetta, casa di riposo, centro servizi e altro. Tali strutture differiscono per tipologia di gestione (pubblica, privata o privata accreditata) e per grado di intensità assistenziale offerta (per autosufficienti, parzialmente autosufficienti e non autosufficienti)" (Pantalone, Bertin, 2019).

La cornice nazionale di riferimento, che fornisce alle Regioni indicazioni specifiche rispetto alla costituzione di strutture sanitarie residenziali extra ospedaliere per persone anziane non autosufficienti, è il DPCM del 22/12/1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali" (Morosini, Montemurro, Petrella, 2016).

In primis risulta quindi necessario differenziare le diverse nomenclature esistenti che vengono spesso utilizzare indistintamente.

La prima distinzione è quella tra "RA" (Residenze Assistenziali) e "RSA" (Residenze Socio-Assistenziali)³². Nel primo caso si tratta di diverse tipologie di residenza (che possono essere Case di riposo, Case famiglia, Comunità alloggio, Case albergo) che offrono distinti gradi di protezione sociale per anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti che non necessitano di una particolare assistenza sanitaria e che sono quindi in grado di realizzare le attività elementari che caratterizzano la quotidianità, in

³² Distinzione introdotta nel 1994 con le linee guida del Ministero della Sanità "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali", vengono stabiliti i criteri per l'individuazione dei costi e gli aspetti gestionali.

maniera del tutto autonoma o con un minimo aiuto. Esse sono inoltre esterne al Servizio Sanitario Nazionale e in caso di necessità di cure mediche, infermieristiche e riabilitative, queste, vengono garantite dai servizi sanitari locali.

Le RSA, invece, offrono un livello medio di assistenza sanitaria parallelo ad un livello elevato di assistenza tutelare e alberghiera (Morosini, Montemurro, Petrella, 2016). Queste nascono anche con l'obiettivo di "sollevare" le strutture ospedaliere da quei pazienti che richiedono continua assistenza (Pantalone, 2021).

L'invecchiamento della popolazione e i cambiamenti annessi hanno necessariamente investito anche le diverse tipologie di residenze, che si sono trovate ad ospitare persone con bisogni e necessità sensibilmente differenti. Già dagli anni '70 si verifica una diminuzione del numero di ospiti autosufficienti e negli anni '80 la gran parte delle strutture costituiscono enti di ricovero per anziani non autosufficienti, sperimentando una crescita della domanda. La non autosufficienza diviene sempre più dettata da una comorbilità e non è più il risultato stabile di patologie che sono state risolte (Guaita, 2020).

A partire dagli anni '90 la situazione viene notevolmente intricata dall'aumento di demenze e da malattie psichiche, parallele a quadri fisici compromessi, e questo nonostante la demenza costituisca una patologia sotto-diagnosticata e sotto-trattata (Cherubini et al., 2012).

Se ieri, gli anziani ospitati erano caratterizzati da condizioni socio-sanitarie che richiedevano un "basso" impegno sanitario, ad oggi le condizioni sono molto spesso di elevata complessità sanitaria, caratterizzate da comorbilità, decadimento cognitivo, malattie psichiche, demenze di diverso tipo, neoplasie e disabilità elevata (SIGG, 2010). Proprio per questo "Dal 2001 al 2005 gli anziani ricoverati nelle RSA sono passati da 98.940 a 132.052 (e cioè dal 31,7% al 38,3% del totale degli anziani istituzionalizzati) mentre quelli ospitati nelle residenze assistenziali sono passati da 98.565 a 84.040 (e cioè dal 31,5% al 24,3% del totale degli anziani istituzionalizzati)" (Pantalone, 2021).

Soffermandoci ora sulle strutture socio-sanitarie, quelle che sono quindi rivolte alle persone anziane parzialmente non autosufficienti o del tutto non autosufficienti, un altro evento legislativo di fondamentale importanza è costituito dal DPR "Ordinamento e organizzazione dei servizi sanitari e assistenziali" del 14/01/1997. In questo Decreto le RSA vengono definite "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare e alberghiera"; inoltre, sottolinea la competenza nel disciplinare la materia delle autorizzazioni sanitarie delle regioni e delle province autonome, delegando alle singole regioni l'individuazione degli standard di qualità previsti per l'accreditamento; per di più vengono delineati i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (GU, 1997).

Ogni regione ha quindi optato per diverse definizioni di RSA, considerando però che "spesso in regioni diverse a termini diversi possono corrispondere strutture con le medesime caratteristiche" (Chiatti, Barbabella, Masera, 2013).

In generale, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) definisce le RSA come strutture residenziali che hanno l'obiettivo di ospitare, temporaneamente o in modo permanente, gli anziani non autosufficienti garantendo loro: strutture il più possibilmente simili ad un ambiente domestico, dove possano sentirsi accolti e rispettati nei loro spazi e nella loro riservatezza; interventi sanitari e assistenziali volti a migliorare o mantenere le condizioni psico-fisiche della persona; e infine una cura personalizzata che consideri la persona a trecentosessanta gradi per favorirne il benessere.

Se diverse strutture riescono a garantire il perseguimento degli obiettivi sopra citati, ad oggi, le condizioni e le peculiarità degli anziani ospitati fanno emergere alcuni nodi critici del sistema residenziale:

- l'aggravarsi dello stato di salute dei residenti, caratterizzati da condizioni sanitarie sempre più spinose sollecita un'assistenza intensa e specializzata;
- la necessità di rivedere e implementare i percorsi di formazione per gli operatori, “sia nella dimensione della *cure*, sia in quella della *care*”;
- la necessità di prevedere sistemi di valutazione che vadano oltre i sistemi di autorizzazione e di accreditamento, ma che consentano di produrre valutazioni oggettive rispetto alla qualità, all'efficacia e all'efficienza del servizio e del lavoro offerto (Pantalone, 2021).

La riflessione in merito a queste criticità e alle potenzialità delle diverse strutture risulta fondamentale nella situazione attuale dove, sempre di più, i servizi residenziali si configurano quale unica possibilità dinanzi a impegni assistenziali molto elevati, a situazioni socio-sanitarie fragili e a quadri in cui la famiglia e il sistema di servizi nel territorio non riescono a garantire l'assistenza necessaria a tutelare il benessere dell'anziano (Pesaresi, Brizoli, 2009).

3. Valutazione della Qualità della Vita nelle residenze per anziani e nel servizio sociale

3.1 Premesse teoriche rispetto ai principali approcci valutativi

Gli approcci che consentono di valutare diversi fenomeni sono vari, Nicoletta Stame (2001) propone un'attenta analisi di quattro di questi: la logica positivista-sperimentale, la logica pragmatista e della qualità, l'approccio costruttivista e la logica realistica (Bernardi, 2005).

Secondo la *logica positivistico-sperimentale* la valutazione consiste nella fase essenziale e fondamentale della programmazione: ha lo scopo di aumentare l'efficienza (ottimizzando l'utilizzo delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi) e di verificare l'efficacia (assicurandosi che l'intervento e le strategie attuate siano coerenti con gli obiettivi precedentemente individuati). Il "decision maker" ha il compito di esplicitare i riferimenti valoriali alla base degli obiettivi da definire (che sono essenzialmente gli effetti attesi dai decisori): riferiti ai cambiamenti sulla popolazione target (anche detti outcome) o, come risultati sul sistema (es. rete organizzativa) sul quale si focalizza e agisce l'intervento stesso.

All'interno di questo processo tutto ciò che si riferisce a qualcosa d'altro, come ad esempio il punto di vista e il consenso da parte dei diversi attori che costituiscono il sistema, non viene preso in considerazione da colui che valuta.

L'obiettivo del valutatore è quello di rendere dimostrabile l'esistenza di una causalità tra il risultato ottenuto in seguito all'attuazione del progetto e il progetto stesso. Tenta inoltre di verificarne e dimostrarne la riproducibilità, anche in contesti che si differenziano da quello preso in esame.

Sostanzialmente si tratta di definire il risultato atteso (necessariamente misurabile) e di effettuare dei confronti rispetto ai dati raccolti sul target prima e dopo l'intervento.

La *logica pragmatista e della qualità*, nella prima fase di sviluppo, poneva invece l'accento sul bisogno di definire il concetto di "qualità" (di ciò che poteva essere quindi definito "di qualità") in modo tecnico e oggettivo. Secondo la comunità tecnico-scientifica la qualità di un prodotto si riscontrava nell'assenza di errore o di malfunzionamenti. In seguito si verificò la necessità di valutare la qualità di beni e servizi che non potevano seguire tale principio, poiché la qualità di questi necessitava di essere commisurata al grado in cui tali beni e servizi riuscivano a fornire una risposta adeguata alle necessità o ai bisogni per i quali erano stati ideati.

Tale consapevolezza comportò la necessità di rivedere le modalità attraverso cui venivano individuati i valori di riferimento, che non potevano più essere il risultato di riflessioni tecniche e oggettive ma dovevano divenire il risultato dell'accordo fra i diversi soggetti coinvolti nello sviluppo del servizio/bene (committenti, operatori e professionisti

che attuano l'intervento e clienti). La qualità e la valutazione del prodotto non vengono più ricavate dal confronto del fenomeno osservato con gli standard definiti a livello tecnico e scientifico, ma sono le aspettative di ciascun soggetto coinvolto a divenire il metro di paragone. Il cliente ha quindi l'ultima parola sulla portata del risultato/cambiamento ottenuto, anche se non sempre costituisce un buon indicatore di risultato.

L'*approccio costruttivista* "vede la valutazione come processo sociale che enfatizza la dimensione processuale che caratterizza la realizzazione degli interventi sociali" (Bernardi, 2005). Questa tipologia di approccio non è incentrata sulla definizione dei valori di riferimento per eseguire la valutazione finale e nemmeno sull'individuare una teoria che permetta di verificare la coerenza tra risultati finali e obiettivi, piuttosto viene posta l'attenzione sul confronto tra i diversi soggetti coinvolti e sul "processo di scoperta" che nasce dall'azione stessa. Secondo questa logica, sarebbero proprio l'azione sociale e l'azione riflessiva a costituire le basi per il processo valutativo.

Il progetto non è in grado di definire ogni volta il punto d'arrivo o gli obiettivi che si raggiungeranno, ma può indicare il percorso da seguire, e sarà proprio durante il percorso che potranno essere definite le mete.

Il valutatore non pone l'attenzione unicamente sul raggiungimento degli obiettivi o sui processi direttamente implicati, ma tende ad osservare anche quelli che costituiscono gli effetti "allargati", quelli non previsti, prodotti dall'intervento sull'ambiente circostante e sul sistema più ampio.

È proprio l'importanza data alla scoperta, alla riflessione, che implica la necessità di utilizzare tecniche di tipo qualitativo, come la rilevazione del parere o del giudizio degli esperti, le interviste in profondità e quello che è lo studio di casi.

L'ultimo *approccio* che analizza è quello *della valutazione realistica*, approccio che si sviluppa a partire dalla consapevolezza che "gli interventi sociali sono così complessi che è pressoché impossibile riprodurli esattamente, ma, anche se fosse possibile, sono così sensibili ai contesti che la stessa combinazione potrebbe fallire" (Pawson, 2002). Sarebbero proprio i problemi sui quali si cerca di agire, il contesto, gli attori coinvolti e le dinamiche che prendono vita durante l'implementazione di un progetto che andrebbero a differenziare qualsiasi progetto, proprio per questo non è pensabile di applicare uno "stesso" progetto in due contesti differenti (anche molto simili) ed ottenere i medesimi risultati.

In questa tipologia di approccio i valori sono quindi necessariamente definiti dai diversi soggetti che sono coinvolti nel progetto. L'osservazione e la valutazione si basano sull'utilizzo di tecniche di ricerca differenti, confrontando dinamiche, processi e risultati di diversi interventi che hanno riscontrato delle similitudini nei meccanismi.

Il valutatore ha il compito e l'obiettivo di evidenziare il meccanismo che consente il raggiungimento di un certo risultato, eseguendo quindi delle comparazioni dei diversi contesti.

È ampia la letteratura che ha analizzato ed ha provveduto all'analisi dei differenti approcci, che consente quindi di affermare che questi si differenziano poiché sono ideati per valutare diversi aspetti/oggetti, sono progettati per la gestione di servizi e attori di

diversa natura con interessi diversificati e pensati per ottenere risultati e informazioni differenti (efficienza, efficacia, qualità di un servizio, soddisfazione del cliente ecc).

È l'analisi del contesto che più di tutto permette l'individuazione dell'approccio migliore, che costituirà la guida al processo di valutazione, da attuare nel caso specifico.

Resta comunque il fatto che non esiste la possibilità di ottenere l'abbinamento "approccio - problema valutativo" ideale e perfetto, proprio per questo l'approccio non deve essere considerato come un "modello chiuso", ma piuttosto come un possibile percorso, che deve essere specificato in relazione alla situazione reale e concreta (Bernardi, 2005).

3.2 Valutare fenomeni sociali

Una cosa è certa: valutare fenomeni naturali è radicalmente differente rispetto all'eseguire valutazioni di fenomeni sociali, poiché gli ultimi sono il risultato dell'interazione tra i diversi attori coinvolti e, l'interazione stessa viene a crearsi in relazione al significato che questi attribuiscono alle loro azioni. È per la natura dell'oggetto di valutazione che, le scienze sociali si trovano impossibilitate nella produzione di dati oggettivi, "indipendenti da chi li osserva", esse si troveranno quindi a valutare e trarre conclusioni solamente tramite i significati e l'interpretazione dell'agire sociale dei soggetti coinvolti, che creano la realtà osservata.

Proprio per questa ragione al valutatore viene richiesta la capacità di cogliere i significati che sottendono i comportamenti e l'agire dei singoli attori, "pena la possibilità di darne una spiegazione pertinente" (Bernardi, 2005). È proprio per il fatto che sono i soggetti a creare i processi (attraverso l'interazione) che lo stesso valutatore/osservatore diviene un elemento influenzante, entrando a far parte della realtà osservata (Fabbri, 2004).

Alcuni studiosi pensano perciò che i dati risultanti dalla ricerca sociale non potranno mai fornire risultati affidabili, altri, che sposano la prospettiva comprendente, pensano invece che il problema sia contenuto nella definizione di "oggettività": "se la intendiamo come una qualità che attribuisce valore universale alle conoscenze delle scienze sociali in quanto ottenute a partire da dati totalmente indipendenti dal ricercatore, allora le scienze sociali rimangono tagliate fuori; ma se al termine "oggettivo" diamo il significato di "condiviso intersoggettivamente" allora le scienze sociali non potranno aspirare a spiegazioni universali bensì a spiegazioni di portata più limitata, locale, valide cioè entro un determinato contesto e sulla base degli assunti condivisi al suo interno, gli stessi che permettono l'attribuzione di significati intersoggettivamente condivisi fra i soggetti che ne fanno parte" (Bernardi, 2005).

Il sapere delle scienze sociali non cerca quindi di "scoprire" il vero rispetto ad un contesto visto come esterno ad egli, tenta piuttosto di comprendere e osservare come la realtà sia il risultato dell'interazione tra il soggetto che conosce attraverso il mondo e i suoi sforzi di ordinare quella che è la sua esperienza. Parallele saranno quindi: la conoscenza di sé stessi e la conoscenza dell'altro e del suo "mondo sociale" (Gouldner, 1972).

“Conoscere se stessi” significa quindi essere consapevoli di quelle che sono le proprie convinzioni, i propri valori di riferimento, i pregiudizi, la propria posizione, e chiama in causa la necessità di saper rendere conto e motivare le proprie scelte di metodo e di valutazione. “Essere in grado di rendere conto in termini riflessivi del processo conoscitivo che lo vede implicato diviene pertanto un aspetto cruciale in riferimento al problema della riproducibilità dei risultati a cui egli perviene, in modo da poterli sottoporre al giudizio critico dei colleghi e di chi altro li vorrà utilizzare” (Bernardi, 2005).

3.3 L’anziano in struttura (e la QoL)

Solitamente l’età anziana viene considerata come un intervallo di vita caratterizzato da un’inevitabile declino delle funzioni cognitive e, nell’immaginario comune il termine “vecchiaia” combacia con quello di “malattia”. Lo stesso anziano tende a riconoscersi in questa concezione e a riportare anche nelle conversazioni con familiari e amici una memoria più vulnerabile e una maggiore lentezza nei processi di ragionamento e di soluzione dei problemi (Morganti, 2022)

Il processo di invecchiamento è però un processo estremamente eterogeneo, e nonostante siano stati diversi i modelli e gli studi che hanno cercato di individuare un’omogeneità funzionale caratteristica dell’invecchiamento non è stato possibile osservarla (Depp, Jeste, 2006). Anzi, al giorno d’oggi sono sempre di più gli studi che evidenziano un aumento delle diversità tra i diversi individui, nelle performance fisiche e cognitive, parallelo all’avanzare dell’età. Questo risultato sembrerebbe derivare dall’intersecarsi di una serie di fattori tra i quali quelli genetici, quelli ambientali e quelli riferibili allo stile di vita; i fattori ambientali e quelli riferibili allo stile di vita in particolare hanno la possibilità di promuovere lo sviluppo cerebrale o al contrario di favorire una condizione di atrofia cerebrale. Nonostante ciò, la diversità delle direzioni che il processo di invecchiamento può prendere presenta ancor oggi delle variabili ampiamente discusse (Stone, 2017).

Fermo restando tale eterogeneità, che caratterizza la popolazione anziana, non si può negare che avvengano ed esistano comunque dei cambiamenti strutturali e funzionali tipici dell’anzianità. Esistono numerose evidenze che sottolineano ad esempio il verificarsi di un “rallentamento psicomotorio, la riduzione della capacità complessiva di elaborazione delle informazioni, la riduzione delle capacità di controllo motorio” : si tratta di cambiamenti che vengono ricollegati all’anzianità in generale. Anche le abilità esecutive, come la pianificazione, sembrerebbero essere maggiormente compromesse rispetto ad altre, così come sarebbero coinvolte e compromesse le capacità mnestiche (Brickman, Stern, 2009) e quelle attentive.

In aggiunta, durante l’età anziana e l’invecchiamento le persone sono chiamate ad attraversare profondi mutamenti e a confrontarsi con nuove condizioni di vita, come quella derivante dal termine della professione svolta e quella derivante dalla perdita di persone care, trovandosi quindi a dover rivedere anche il proprio ruolo sociale. Questi vissuti possono portare l’individuo a poter contare su un numero di risorse inferiori e a

riscontrare maggiori difficoltà (derivanti anche da una scarsa motivazione) nel conquistare una buona qualità di vita (Sachs-Ericsson, et al., 2014).

In relazione a questo, per gli anziani, l'ingresso e la permanenza in una struttura residenziale rappresentano sicuramente uno tra gli eventi più spinosi e delicati dell'intero arco di vita, "sia per le ripercussioni sull'equilibrio della persona, che ricorre a questa soluzione per fronteggiare una situazione di bisogno, spesso non per una scelta personale, sia perché rappresenta un cambiamento radicale di vita sia per l'anziano che per la famiglia" (Aloisio, 2019).

Nonostante in alcuni casi l'ingresso in una struttura residenziale possa essere vissuto dall'anziano in maniera positiva (solitamente nelle situazioni in cui l'anziano prima dell'ingresso viveva da solo e in una situazione caratterizzata da un elevato grado di disagio), nella maggior parte dei casi questo tipo di evento causa un'importante diminuzione dell'autonomia decisionale e della motivazione, che non fanno altro che unirsi al deterioramento fisiologico portando nella maggior parte delle situazioni ad un peggioramento del benessere psico-fisico.

Sono diversi i fattori che possono influire negativamente sulla qualità di vita durante la permanenza all'interno della residenza, ad esempio un'assistenza inadeguata e un contesto ambientale inadatto, rapporti conflittuali con i familiari ma anche la stessa personalità dell'anziano può influire molto: il fatto che la persona sia ottimista, reattiva, socievole, adattabile e che abbia una buona accettazione dei propri limiti fisici e cognitivi sicuramente costituisce un fattore facilitante per giungere ad un accomodamento positivo (Pedrinelli, Carrara, 2016).

Inoltre sono molteplici i fattori che, al contrario, contribuiscono ad una buona permanenza all'interno di una struttura, alcuni sono: "la possibilità di agire e muoversi liberamente (ovviamente tenendo conto dei limiti da rispettare e da quelli imposti dalle capacità residue della persona); l'esercitare la libertà di scelta e di azione (rispettando le regole che consentono una convivenza pacifica); il vivere in un luogo che sia accogliente, confortevole e pulito, che offra stimoli e che sia rispettoso del contesto di vita comunitario; il riconoscimento dei tempi e ritmi di vita personali, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità e dei valori del residente; la realizzazione concreta di aspirazioni, desideri, passioni, stili di vita, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza; l'accoglienza nella globalità con una presa in carico attenta all'ascolto, alla personalizzazione degli interventi ed alla dimensione umana relazionale dell'assistenza" (Garulli, 2023).

3.3.1 Ma che cosa intendiamo per "Qualità di Vita"?

L'OMS definisce la qualità della vita come "la percezione degli individui della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vivono e in relazione ai loro obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni" (World Health Organization, 1998).

Da questa definizione emerge una concezione multifattoriale della qualità della vita ed estremamente soggettiva, "situata" in un contesto ambientale, culturale e sociale. Visione che prende quindi le distanze da un concetto di qualità di vita unicamente basato sullo

stato di salute e sull'assenza di malattia. Le diverse condizioni, i diversi vissuti, i diversi fattori e quindi anche il contesto residenziale che accoglie la persona possono influenzare molto il livello di qualità di vita, che se già di per sé è difficilmente misurabile, all'interno di una struttura residenziale diviene ancor più complesso da rilevare poiché vengono introdotte nuove variabili quali la singolarità della struttura, gli elementi ecologici e ambientali, la pianificazione della quotidianità e le relazioni interpersonali, che si aggiungono a quelle già esistenti.

Infine, dalla bibliografia consultata le dimensioni che sembrano influire maggiormente sulla qualità di vita sembrerebbero essere: la salute fisica, la salute psichica, il livello di autonomia e di indipendenza, la presenza di relazioni sociali di qualità e le credenze personali in relazione all'ambiente (Morganti, 2022).

3.4 Valutare la QoL in strutture residenziali per anziani

In considerazione della situazione di invecchiamento globale, attornata da condizioni sempre più frequenti di non autosufficienza, di cronicità, di multimorbilità e di declino cognitivo, i presidi residenziali per anziani sono chiamati ad utilizzare diversi mezzi che permettano l'innovazione e la soddisfazione dei bisogni che caratterizzano l'attualità. Se da un lato devono quindi "adeguarsi" dal punto di vista strutturale e gestionale a questa crescita di domanda, dall'altro devono dimostrarsi dinamici e rinnovatori, puntando ad offrire servizi adeguati e di maggiore qualità (Barsanti et al., 2019).

Per garantire un certo grado di qualità esistono delle normative regionali che sottolineano la necessità che alcuni servizi sociali e sanitari siano "autorizzati al funzionamento" dalla pubblica amministrazione. Tale autorizzazione viene concessa nel momento in cui vengono verificati dei requisiti minimi strutturali, impiantistici, abitativi, organizzativi e gestionali. Questi (al di là del rispetto delle norme per la sicurezza sui luoghi di lavoro, il rispetto delle procedure relative al DLgs n. 196/2003 e la creazione della Carta dei Servizi, che sono generali) variano in base alla tipologia del servizio.

Esiste inoltre l' "accreditamento", attraverso il quale la Regione (nel caso delle residenze sanitarie assistenziali, centri diurni integrati per anziani non autosufficienti, residenze sanitario-assistenziali e centri diurni per disabili ecc..) autorizza un soggetto terzo a erogare servizi che verranno poi finanziati con risorse pubbliche (Raineri, Corradini, 2022).

La misurazione e la rilevazione della qualità nei servizi residenziali per anziani, oltre ad essere richiesta dalla normativa, risulta inoltre un elemento di notevole importanza per coloro che hanno il compito di analizzare e valutare i bisogni del territorio e della popolazione, che devono progettare e garantire interventi efficaci ed efficienti (Fosti, Notarnicola, 2018; Castle, Ferguson, 2010). Tali aspetti risultano necessari anche per i decisori politici, che si ritrovano a dover migliorare e perfezionare il sistema di servizi offerto, nonché a dover rendicontare ai cittadini le decisioni e le azioni messe in atto (Nutti, Rosa, 2012).

Proprio per l'importanza di tale questione, nel contesto delle strutture residenziali per anziani esistono già diversi strumenti che permettono di compiere valutazione su aspetti

sanitari, assistenziali e sulla qualità del servizio offerto; anche a livello internazionale possono essere individuati una serie di strumenti che hanno l'obiettivo di favorire e consentire la valutazione di questi.

Ad esempio, la qualità dell'assistenza sanitaria, a partire dagli anni Sessanta, inizia ad essere rilevata sulla base di tre componenti primarie: struttura (*structure*), processo (*process*) ed esito (*outcome*) (Donabedian, 1980; 1985; 1992).

Tali riferimenti sono stati in seguito assunti anche per la valutazione della qualità della *Long Term Care*.

Nello specifico, la componente riferita alla *struttura* si riferisce: alle qualità della cura fornita dai professionisti impiegati all'interno della struttura, alla loro preparazione e formazione professionale, alle peculiarità della struttura (ad esempio ambienti adeguati/inadeguati e tecnologie sanitarie disponibili all'interno della struttura) e alla sua adeguatezza rispetto alla tipologia dei residenti. Valutare la struttura significa in sintesi osservare e rilevare tutti gli "input" implicati nel processo di cura (Pantalone, 2021). Quando invece ci si riferisce al *processo*, ci si riferisce all'utilizzo degli input e delle risorse, in relazione ai criteri di appropriatezza, competenza, coordinamento e continuità delle cure (Donabedian, 2005).

L'esito o "*outcome*" concerne invece il cambiamento ottenuto rispetto alle condizioni di salute psicosociali e funzionali che sono direttamente correlate all'assistenza e alle cure ricevute; nonostante la "QoL" (Quality of Life) possa essere considerata per certi versi un esito/outcome di questi, eseguirne una misurazione risulta particolarmente difficoltoso proprio per la complessità del concetto stesso. Partendo da ciò che risulta più semplice, secondo diversi studiosi è possibile eseguire una valutazione di tipo quantitativo della QoL, per fare ciò è necessario utilizzare diverse tipologie di questionari individuabili in letteratura: questi possono rilevare la qualità dell'esistenza in senso globale (andando a rilevare dimensioni fisiche, psichiche e sociali) o, diversamente, possono soffermarsi su elementi strettamente correlati con malattie specifiche o più generiche. Per esempio, uno dei questionari più conosciuti è l'SF36 (Apolone et al., 1997), un questionario autocompilato che ha l'obiettivo di quantificare lo stato di salute e misurare la qualità di vita correlata a questo (la sua compilazione richiede all'incirca dieci minuti ed è considerato uno strumento valido e riproducibile).

Questi strumenti non risultano però particolarmente adatti al contesto delle RSA, poiché spesso non consentono l'applicabilità a persone che presentano deficit cognitivi o di comunicazione (Power et al., 2005): la peculiarità dei pazienti e la gravità della disabilità ostacolano decisamente l'applicabilità di questi strumenti (Kane, 2002).

Uno tra gli strumenti valutativi più diffusi (in particolar modo negli Stati Uniti) e adatti al contesto dell'RSA, sembrerebbe essere quello del "*Residential Assessment Instrumental*": strumento progettato per raccogliere una quantità di dati che consente di guidare la pianificazione e il monitoraggio dell'assistenza dei residenti nelle strutture di assistenza a lungo termine (Hutchinson et al, 2010). I dati che vengono raccolti riguardano i singoli residenti, da questi vengono poi ricavate diverse dimensioni (a livello di struttura): incidenti (es. nuove cadute e fratture), stati comportamentali (es. prevalenza umore deflesso), stati cognitivi, incontinenza, terapie farmacologiche, stati nutrizionali, utilizzo mezzi di contenzione e qualità di vita. Questi indicatori consentono quindi anche

di “tracciare” e monitorare il percorso degli ospiti (Barsanti et al., 2019), superando in parte i limiti dettati dalla specificità di questi.

Ad oggi, nella maggior parte dei paesi, vengono predisposti database che permettono la registrazione di eventi sanitari quali cadute, piaghe da decubito, infezioni, nutrizione, contenzioni che consentono di monitorare e valutare la situazione specifica di ogni singolo residente e quella riferita al quadro generale traendo conclusioni e valutazioni anche sul funzionamento della struttura in merito alla gestione di tali accaduti.

Invece, ciò che appare molto più complesso è l’individuazione e l’applicazione di strumenti che si occupino di rilevare variabili legate ad aspetti più soggettivi, quali appunto: lo stato di benessere, la sfera sociale, la qualità di vita, il livello di benessere all’interno di una struttura. Inoltre, la difficoltà aumenta nel momento in cui si tenta di rilevare tali aspetti in soggetti gravemente non autosufficienti e spesso caratterizzati da complessi problemi cognitivi (Guaita, Trabucchi, 2017).

Tutt’ora nel territorio italiano non esistono ancora molti strumenti che permettono di misurare la qualità di vita e “mentre nelle istituzioni si dibatte a lungo su come favorire un approccio di cura centrato sulla persona garantendo via via piani assistenziali sempre più calati sul singolo individuo, mancano strumenti volti alla valutazione della bontà e qualità dei contesti di vita, che possano oggettivare il soddisfacimento dei bisogni degli individui residenti, da quelli di base, come ad esempio un’adeguata alimentazione, a quelli di più alto livello relativi agli scopi di vita e all’autorealizzazione personale” (Cantarella, Borella, De Beni, 2019).

Malgrado la complessità riscontrabile nella rilevazione di tali aspetti, resta il fatto che la valutazione del servizio offerto non può basarsi unicamente su indicatori di tipo sanitario e/o assistenziale che si limitano a rilevare l’assenza di accaduti negativi (come per esempio cadute, infezioni o lesioni da decubito). “In altri termini, la residenza non può essere vista semplicemente come un luogo di custodia dell’anziano, ma deve farsi carico anche delle sue attese ed esigenze, compresa quella di vivere serenamente e nel modo più vicino alle sue convinzioni e principi” (Garulli, 2023).

Sebbene tali limiti non siano facilmente superabili, proprio perché le persone si trovano a dover trascorrere mesi o anni in tali strutture (molto spesso sino al decesso ed in condizioni di vulnerabilità e fragilità), il concetto di qualità di vita dovrebbe costituire la chiave di lettura principale nonché la guida per l’intervento socio-assistenziale (Bertolini, Pagani, 2011). In questa logica si pone alla base la necessità di superare “ciò che manca o ciò che viene meno” e di focalizzarsi su ciò che rimane e che può essere potenziato, nonostante la presenza della patologia e della disabilità (Guaita, 2005), ponendosi in ascolto di chi è protagonista.

Perciò, nonostante le RSA sembrano essere maggiormente orientate verso la rilevazione della qualità della cura, rilevando quindi non tanto il risultato ma piuttosto il processo (comunque necessario, ma non bastate per misurare e assicurare una buona qualità di vita), il livello di benessere e di qualità di vita della persona ospitata necessitano di divenire il principale obiettivo, “l’outcome sul quale giudicare l’organizzazione nel suo complesso, dagli aspetti strutturali a quelli di cura e relazionali”.

Tale necessità è sempre più riconosciuta e, anche a livello internazionale, vengono sempre più promossi quesiti e valutazioni che hanno l’obiettivo di indagare quelle che

sono le dimensioni che contribuiscono ad una maggiore qualità di vita in queste (Bertolini, Pagani, 2011).

3.5 Quali direzioni?

In conclusione, nonostante molte strutture abbiano provveduto alla predisposizione di un insieme di strumenti che consentono di adempiere all'obbligo normativo di rilevazione della qualità percepita e del grado di soddisfazione dei residenti, persone di riferimento e personale, la percezione è che le potenzialità di tali strumenti non vengano sufficientemente sfruttate. Molto spesso, coloro che si occupano di rilevare la qualità nelle strutture per anziani, predispongono un utilizzo parziale e superficiale di tali strumenti. Nello specifico molte strutture residenziali per anziani sarebbero facilmente orientate a riflettere sulla qualità rispetto a singoli servizi e prestazioni offerte e meno sulla qualità di vita; risulta necessario adottare un "sistema di ascolto che rilevi con continuità le aspettative, le esigenze, il vissuto e le valutazioni dei diversi attori del servizio e che sia in grado di cogliere tutta l'ampiezza e la profondità di queste dimensioni soggettive" (Lomazzi, 2011).

Gli studi presi in esame dimostrano che per la rilevazione della qualità della vita nelle RSA risulterebbe un buon punto di partenza considerare i seguenti fattori come necessari:

- Promozione del coinvolgimento e della partecipazione dei differenti attori implicati nel processo di individuazione e perfezionamento degli strumenti da adottare, durante la progettazione e la valutazione stessa. Più i diversi professionisti sono coinvolti nelle diverse fasi, più questi svilupperanno un attaccamento rispetto al processo, comprenderanno il valore di questo e saranno portati a diffonderlo (ad esempio a residenti e familiari);
- L'importanza dell'adesione interiore da parte dei singoli attori, promossa attraverso l'attenzione alla comunicazione e alla relazione con questi;
- L'immediata restituzione e diffusione dei risultati ottenuti (con i residenti stessi, con i familiari e le persone di riferimento e con i diversi professionisti coinvolti) con i mezzi opportuni (riunioni, report, giornalini ecc.). In questo modo non si rischia di compromettere la propria credibilità, ma soprattutto consente ai partecipanti di avere chiaro il significato della propria collaborazione;
- Il confronto, il paragone, con le altre strutture simili e con le istituzioni che perseguono l'obiettivo di individuare andamenti e fattori che accomunano le diverse realtà per promuovere lo sviluppo dei servizi e delle politiche attuate.

Infine, la letteratura è piuttosto conforme nel dichiarare che la conoscenza che deriva dal punto di vista del residente rappresenta il nocciolo della rilevazione e della valutazione: accedere a questa attraverso strumenti di tipo qualitativo che promuovano la partecipazione risulta sicuramente la scelta migliore, anche se questo può implicare l'allontanamento da metodologie di tipo quantitativo (Lomazzi, 2011).

3.6 La valutazione nel servizio sociale

Nel corso dell'ultimo ventennio, soprattutto a causa del diffuso processo di managerializzazione, anche in ambito sociale e sanitario si è andati incontro ad un'importante espansione dei sistemi e degli strumenti valutativi.

Sicuramente, per i diversi professionisti chiamati ad "adeguarsi" alle nuove esigenze, la crescente diffusione e l'adozione degli strumenti di valutazione, verifica e monitoraggio permette una maggiore attenzione alla programmazione e alla conseguente individuazione di obiettivi, azioni e costi, imponendo inoltre la necessità di individuare e adottare strumenti che consentano di rilevare e misurare i risultati ottenuti, di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi nonché di rilevare eventuali improduttività o limiti.

Inoltre, l'esigenza e la necessità della valutazione sono sottolineate a livello normativo, basti pesare al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria a norme dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992*, al D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n.419*, al D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 286, *Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti, e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59*, al Piano sanitario nazionale 1998-2000, alla legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* e infine al Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, a norma dell'art. 18 comma 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

Tali normative evidenziano la rilevanza dei processi valutativi sia in qualità di "accountability", ovvero nella capacità di rendicontazione, sia in qualità di opportunità di apprendimento che di miglioramento (Civenti, 2007).

Il bisogno di valutare nasce nel servizio sociale in seguito all'esigenza di allontanarsi dall'autoreferenzialità nell'attuazione e nella valutazione rispetto all'operato degli assistenti sociali e dalla necessità di produrre e di usufruire di dati empirici sistematici per adottare e produrre metodi e tecniche sempre più efficaci e adeguati (Fargion, 2013). Inoltre la necessità di valutare si rifà, oltre che a necessità tecniche (poiché è un requisito essenziale per garantire un certo grado di scientificità al processo d'aiuto) a necessità di tipo etico: costituisce un dovere e una responsabilità per il professionista. In questo senso il Codice deontologico dell'Assistente sociale³³ sottolinea in maniera chiara e definita tale responsabilità.

A sottolineare il bisogno di valutazione sono anche stati i professionisti stessi, che trovandosi in situazioni caratterizzate da bisogni crescenti e risorse in diminuzione, si

³³ [Art. 14: I dilemmi etici sono connaturati all'esercizio della professione. L'assistente sociale li individua e li affronta evidenziando i valori ed i principi in contrasto. Le scelte professionali che ne risultano sono la sintesi della valutazione delle norme, del sapere scientifico, dell'esperienza professionale e sono comunque indirizzate al rispetto della libertà, dell'autodeterminazione e a conseguire il minor svantaggio per le persone coinvolte. Il professionista orienta la propria condotta alla massima trasparenza circa le ragioni delle proprie scelte e documenta, motivandolo, il processo decisionale].

sono chiesti se la metodologia e le prassi impiegate fossero adatte o comunque costituissero la risposta migliore per le persone coinvolte.

Se da un lato esistono già strumenti derivanti da altre discipline che riescono nell'intento, garantendo una maggiore trasparenza e oggettività nei processi di valutazione e favorendo l'assunzione di responsabilità, nonché i processi di apprendimento, dall'altro non è difficile rilevare dei limiti nell'applicazione di questi in ambiti come quelli dei servizi alla persona.

Dall'analisi della bibliografia in primis emerge come possa risultare problematica l'imposizione, di fronte all'elevata complessità che caratterizza le realtà in cui questi servizi si trovano a lavorare, di processi decisionali e strumenti fortemente razionali (Fazzi, Gori, 2004). "Inoltre la convinzione che ogni fenomeno possa essere misurato e reso verificabile attraverso l'introduzione di strumenti di standardizzazione delle prassi e delle prestazioni lavorative avvicina la pratica valutativa all'ambito contabile (valutazione come rendicontazione) e porta ad assumere i dati quantitativi come unità di misura di per sé esplicative dell'efficacia dei servizi, avallando in questo modo l'idea che tutto ciò che non è rilevabile oggettivamente non abbia peso ai fini di una corretta interpretazione dei fenomeni oggetto di indagine" (Civenti, 2007).

I "prodotti" principali del lavoro sociale sono costituiti da relazioni, e "le relazioni di aiuto, relazioni in cui gli aspetti operativi, comunicativi e affettivi sono strettamente interconnessi, appaiono in particolare caratterizzate da fattori scarsamente compatibili con la tensione all'oggettività propria dei processi valutativi" (Civenti, 2007).

Ne deriva una difficoltà nell'individuare pratiche specificatamente regolate e definite che consentano di dimostrare l'efficacia e la qualità oggettiva del lavoro svolto, questo però, insieme alla flessibilità che ne deriva, se da un lato può apparire come un rischio, dall'altro può essere considerata un'esigenza e un'opportunità, poiché viene richiesto di cambiare o correggere l'intervento sulla base della specificità della situazione e dell'unicità delle persone coinvolte.

Per questi motivi le prospettive che si basano sulla valutazione quantitativa, sebbene si dimostrino particolarmente adeguate nella valutazione di efficacia di molti interventi, non sono adeguate e non sono in grado di rilevare la qualità dei processi e degli interventi di servizio sociale; diversamente, gli approcci qualitativi alla valutazione appaiono molto più indicati.

In generale, dalla bibliografia presa in esame, si deduce come gli approcci qualitativi riscuotano un grande successo nell'ambito del lavoro sociale poiché consentono di non soffermarsi unicamente sugli esiti finali ma di andare oltre, concentrandosi in particolar modo sul processo e sui singoli passi che hanno portato a tali risultati, consentendo quindi di addentrarsi nel processo d'aiuto.

Nello specifico l'"*approccio costruttivista*" (uno degli approcci di tipo qualitativo) considera "positivamente" gli elementi della riflessività, del rischio e dell'incertezza e, anziché negarli o distanziarsi da questi, li osserva e li tratta come delle vere e proprie risorse e opportunità. Questa modalità si fonda quindi su una visione dei problemi e delle soluzioni che ne rispetta la complessità, la pluralità e l'orizzontalità dei contributi e degli apporti, tenendo conto della natura relazionale-sociale, e quindi della loro negoziabilità (Parton, O'Byrne 2005). Secondo questa visione i differenti valutatori sono chiamati a

relazionarsi e collaborare con gli stakeholder confrontandosi con essi nel caso di incomprensioni o interessi diffusi, ponendosi in qualità di facilitatori o assumendo il ruolo di mediatori. Tale approccio ha soprattutto lo scopo di comprendere i significati che le persone stesse attribuiscono ai propri problemi, elemento che influisce fortemente sul modo di affrontare le difficoltà (vengono quindi privilegiati strumenti aperti e non standardizzati come l'intervista aperta, i focus group e le interviste biografiche: strumenti che consentono di cogliere la soggettività).

Secondo l'ottica costruttivista se così non avvenisse e il processo valutativo venisse incaricato unicamente ai valutatori, escludendo e non tenendo conto dei punti di vista dei diversi soggetti interessati, si andrebbe a ostacolare lo sviluppo di empowerment e difficilmente si avrebbe la possibilità di influenzare e agire sul potere, sugli assetti organizzativi e sulla realtà sociale più estesa (Fargion, 2013).

Anche il "modello della reciprocità" di Milner e O'Byrne (2005), utilizzato per la valutazione iniziale (o "assessment"), appare estremamente allineato con questa visione, infatti questo si basa sulla consapevolezza dell'impossibilità di creare una gerarchia tra le diverse tipologie di conoscenza: la conoscenza di coloro che vivono in prima persona un problema è senza alcun dubbio considerata allo stesso livello di quella dell'esperto professionista (Fargion, 2013).

In questa tipologia di approcci prevale un "uso conoscitivo della valutazione", teso a conoscere la realtà mediante i diversi attori, attraverso le loro interpretazioni rispetto alla situazione considerata, unito ad un tentativo di sviluppare le capacità degli stessi attraverso il processo di apprendimento (Stame, 2003).

Nonostante tale tipologia di approccio si prefiguri come la più adatta, soprattutto se paragonata agli approcci valutativi di tipo positivista-sperimentale, presenta anch'essa dei limiti.

Tra i problemi irrisolti rispetto all'utilizzo di strumenti valutativi qualitativi il più considerevole probabilmente è quello relativo alla validità degli esiti, poiché nel momento in cui non è possibile sostenere la validità di questi, rispetto alla dimensione valutativa, l'intervento non ha più significato. L'elemento tipico dell'approccio che consentirebbe di garantire la validità e la "neutralità" della valutazione qualitativa, superando quindi tale limite, sarebbe proprio quello della molteplicità delle prospettive e dei differenti punti di vista (Fargion, 2013).

Un altro limite riscontrabile nell'approccio costruttivista è il fatto che può, in alcuni casi, osteggiare la presa di decisioni e l'assunzione delle responsabilità, nascondendosi dietro l'imprevedibilità degli sviluppi e dei risultati (Civenti, 2007). Inoltre, può ostacolare le risposte alle richieste di rendicontazione e questo, ovvero l'incapacità di giustificare e documentare le scelte può risultare un grosso limite, soprattutto all'interno di contesti lavorativi dove la distribuzione e l'accesso alle risorse (in seguito ai tagli della spesa) diviene sempre più problematica, in particolare per le attività tipicamente deboli dal punto di vista produttivo (come quelle sociali) (Foglietta, 2000).

In conclusione, se da un lato la complessità del contesto e la multifattorialità delle problematiche in cui è chiamata ad operare la professione rendono molto complesso individuare degli strumenti che permettano di valutare gli esiti e i frutti dell'agire

professionale, dall'altro "la consapevolezza della complessità non può diventare alibi per giustificare l'assenza di rigore metodologico e di autoverifica" (Civenti, 2007).

Proprio in considerazione di questi aspetti risulta indispensabile l'adozione di strumenti che consentano la valutazione e che siano in grado di valorizzare e difendere l'autonomia professionale ovviando o "gestendo" almeno in parte questi limiti.

Una delle soluzioni suggerite per ovviare alla difficoltà di valutare il raggiungimento o meno di obiettivi spesso intangibili è quella di procedere alla scomposizione dei risultati, rendendone possibile o facilitandone quindi la misurazione (Campanini, 2006). Ad esempio l'utilizzo di criteri e indicatori potrebbe rivelarsi molto utile, purché si tenga sempre conto della possibilità di dover rivedere tali indicatori o comunque della necessità di osservare anche la realtà circostante e non direttamente correlata (molto spesso infatti potrebbero emergere nuovi aspetti che non erano stati previsti).

Tra le linee di sviluppo più stimolanti rispetto alla valutazione del lavoro sociale troviamo le seguenti: l'introduzione della pratica valutativa nelle prassi quotidiane e, come già sottolineato precedentemente, il coinvolgere la pluralità dei soggetti. Ciò comporta la necessità di sostenere ed integrare la ricerca valutativa "dall'esterno" attraverso un monitoraggio regolare e continuo svolto "dall'interno".

Le idee alla base sono quindi quelle di promuovere la valutazione partecipata e il continuo dialogo tra processi valutativi, autovalutativi e ricerca. La prima si realizzerebbe attraverso il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti: questo comporta la realizzazione di "tavoli di lavoro misti" in cui avvengono processi di dialogo, negoziazione e di accordo rispetto agli obiettivi, agli oggetti e agli strumenti di valutazione. Verranno quindi chiamati a partecipare i diversi portatori di interessi: le persone che accedono ai servizi, i professionisti, i decisori politici ecc.

Proprio perché il servizio sociale agisce nella vita delle persone perseguendo obiettivi di emancipazione e di autodeterminazione, il coinvolgimento dei diversi soggetti e la collaborazione da parte di questi nella valutazione appare fondamentale; "le scelte del servizio sociale sono connesse con i saperi "costituiti" riguardo a ciò che funziona e ciò che non funziona, ma soprattutto sono il prodotto di processi di negoziazione tra le persone coinvolte" (Fargion, 2013).

Parallelamente è necessario utilizzare pratiche di autovalutazione regolari e continue che consentano di produrre riflessioni sistematiche non solo rispetto ai singoli casi e agli interventi attuati ma anche rispetto alla ricerca incentivandone l'utilizzo. Questi processi possono essere facilitati grazie al gruppo di lavoro, al supporto di un supervisore, fonti che possono fornire una lente più critica e oggettiva.

In conclusione, dalla bibliografia esaminata emerge un importante parallelismo e un accordo di principi e consapevolezze tra la necessità di valutare aspetti come la qualità di vita dei residenti nelle strutture residenziali per anziani e l'importanza della valutazione nel servizio sociale, per l'assistente sociale (ma anche per la persona, per la comunità, per la comunità professionale e per quella scientifica). Anche gli orizzonti e le possibilità che sono state individuate appaiono concordi e molto spesso sovrapponibili (come ad esempio la necessità di coinvolgere i diversi soggetti implicati, l'importanza dell'adesione interiore dei diversi soggetti, della rendicontazione, dell'ottica di apprendimento, della riflessione e dell'autovalutazione).

Una delle risposte più lineari e coerenti rispetto a tali esigenze, che unisce la necessità di valutare la qualità di vita dei residenti nelle strutture residenziali e l'importanza di promuovere l'autovalutazione e i processi valutativi nel lavoro dell'assistente sociale, è quella che si riscontra nell'applicazione del marchio di qualità "Qualità & Benessere".

4. Il Marchio “Qualità & Benessere”

Il Marchio Qualità e Benessere nasce nel 2005 in seguito a una domanda dell'Associazione delle Case di Riposo della Provincia Autonoma di Trento che esprimeva la necessità di ideare metodi e strumenti di valutazione della qualità del servizio offerto che partissero dal benessere dei residenti, per poi disporre strategie atte al miglioramento dell'ente stesso.

Questa richiesta venne influenzata e promossa dall'introduzione dei sistemi di autorizzazione e accreditamento dei servizi sociali e sanitari, e dalla pressante richiesta di utilizzare strumenti di verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti (che andassero oltre la Carta dei Servizi), nonché di una maggiore trasparenza.

Dalla rilevazione di questi bisogni nacque quindi il Marchio, uno strumento innovativo di autovalutazione, valutazione reciproca e partecipata della qualità e del benessere dell'anziano che si pone l'obiettivo di rendere misurabile il livello di qualità offerta in una struttura residenziale a carattere socio-sanitario, destinata alla presa in carico di persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti (Giordani, Negri, Iesurum, 2016).

Per raggiungere tale obiettivo ha provveduto all'ideazione e all'implementazione di specifici strumenti metodologici che permettessero la valutazione della qualità partendo dalle seguenti premesse: “l'anziano al centro, il personale come elemento chiave di successo della qualità, il miglioramento continuo della singola organizzazione e del sistema di strutture partecipanti ed il confronto tra strutture”.

La costruzione partecipata di tale modello ebbe inizio nel 2005 in Trentino, parti dall'analisi e dalla valutazione dei modelli esistenti, seguita da molteplici “visite studio” in strutture residenziali del nord Europa. Nello specifico si ispirò alle seguenti metodologie: la *customer orientation*, la *peer-review* e il *benchmarking*.

In seguito alla costruzione di un gruppo rappresentativo di stakeholder di riferimento si iniziò a sperimentare concretamente il modello (dal 2006 al 2008), in seguito ai risultati ottenuti nel 2009 si allargò ad enti di altre Regioni sino a raggiungere la sua piena maturazione nel 2010.

“Dal 2011 è incluso nell'elenco dei marchi qualità del Ministero per lo sviluppo economico. Oggi il marchio è proprietà di una società di scopo, Qualità e Benessere srl (Qu.Be.srl), che ha il mandato di sostenerne la diffusione e sviluppare, seguendo la medesima metodologia di valutazione, nuove versioni del marchio destinate specificamente ai diversi ambiti di servizio alla persona (servizi domiciliari, servizi per disabili, servizi per minori, ecc.)” (Giordani, Negri, Iesurum, 2016).

Fino al 2016, dall'origine del Marchio, il numero di strutture residenziali per anziani che hanno preso la decisione di impegnarsi e migliorarsi in questo progetto sono state

all'incirca un centinaio. La dimensione e la natura giuridica di queste rappresentano aspetti irrilevanti rispetto alla possibilità di implementare questo modello: vi sono strutture che vi aderiscono che possiedono una quarantina di posti letto e altre che invece ne possiedono più di duecento. Per quanto riguarda la gestione, la tipologie di residenze che partecipano sono sia di natura pubblica (ASP, APSP, IPAB) sia di natura privata.

Infine, si tratta di strutture localizzate prevalentemente nelle Regioni del centro-nord (soprattutto Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna. In maniera ridotta anche in Liguria, Piemonte e Lombardia).

Ad oggi il marchio, grazie ad un importante e continuo processo di confronto dialogico caratterizzato dal coinvolgimento di più di trecento soggetti (tra cui dirigenti, amministratori, professionisti e operatori delle strutture residenziali, anziani residenti e familiari, nonché rappresentanti istituzionali e politici), è arrivato alla costituzione di un modello di riferimento composto da 105 indicatori articolati su 12 fattori: Rispetto, Affettività, Umanizzazione, Gusto, Libertà, Vivibilità, Socialità, Comfort, Operosità, Autorealizzazione, Salute e Interiorità; questi 12 fattori costituirebbero il “kit valoriale” del Marchio Q&B.

I fattori sono stati individuati con un processo di confronto che ha coinvolto più di 300 soggetti interessati in rappresentanza di Presidenti, Amministratori, Direttori, figure professionali operanti all'interno delle strutture, anziani residenti e loro cari, figure istituzionali e rappresentanti politici, cui è stato chiesto di indicare quali sarebbero stati – a loro avviso – gli elementi fondamentali per vivere con qualità all'interno delle R.S.A.

Di seguito verrà presentata quella che costituisce la “Carta dei Valori” del Marchio Q&B (Tab.1), valori che non rappresentano i servizi (infermieristico, fisioterapico, medico, esistenziale, ecc.) ma che ritraggono entità di spessore nella vita dei residenti.

Tab. 1: Carta dei Valori del Marchio “Qualità & Benessere”

<i>Rispetto</i>	La possibilità di vedere riconosciuti dall'organizzazione il rispetto dei tempi e ritmi di vita personale, degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori
<i>Autorealizzazione</i>	La possibilità di nutrire le proprie aspirazioni, desideri, passioni, stili di vita e sentirsi appagati e soddisfatti di ciò, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza
<i>Operosità</i>	La possibilità di vedere espresse, promosse e valorizzate le capacità, le attitudini, le abilità, le competenze del residente nell'agire quotidiano e nella gestione del tempo libero, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza

<i>Affettività</i>	La possibilità di mantenere e sviluppare relazioni affettive ed emotive autentiche anche all'interno della residenza sia con persone, che con oggetti personali e animali significativi
<i>Interiorità</i>	La possibilità di fruire di occasioni, spazi e servizi adeguati per il raccoglimento spirituale (nel rispetto del pluralismo religioso), per riflettere sul sé e il senso della vita anche affrontando l'esperienza della morte
<i>Comfort</i>	La possibilità di fruire di un ambiente fisico nel quale la persona vive e opera, con la possibilità di coniugare le proprie esigenze personali e la vita comunitaria con particolare attenzione alla dimensione familiare
<i>Umanizzazione</i>	La possibilità di essere accolti nella propria globalità con una presa in carico attenta all'ascolto, alla personalizzazione degli interventi e alla dimensione umana e relazionale dell'assistenza
<i>Socialità</i>	La possibilità di trovarsi inseriti in un contesto sociale e comunitario aperto verso l'esterno e permeabile dall'esterno, nel quale mantenere la comunicazione e lo scambio con la comunità di riferimento
<i>Salute</i>	La possibilità di fruire di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione erogate da personale professionalmente preparato, personalizzate e integrate nel contesto di vita quotidiano, evitando forme di accanimento e sanitarizzazione eccessiva o non gradita
<i>Libertà</i>	La possibilità di agire e muoversi liberamente entro limiti di rischio ragionevoli e correlati alle proprie capacità residue, esercitando la libertà di scelta nel rispetto delle regole della civile convivenza e partecipando alle decisioni dell'organizzazione riguardanti la vita quotidiana dei residenti

<i>Gusto</i>	La possibilità di fruire di un servizio ristorazione che fornisca un'alimentazione sana, completa, varia e gustosa, adeguata alla libertà di scelta e alle condizioni di salute senza eccessive restrizioni, collegata alle tradizioni alimentari del luogo e attenta alla valorizzazione della funzione sociale e cognitiva del momento dei pasti
<i>Vivibilità</i>	La possibilità di vivere in un luogo caldo, accogliente, confortevole, pulito, con un'atmosfera stimolante e rispettosa delle esigenze dei residenti e del contesto della vita comunitaria

Fonte: <https://qualita-benessere.it>

Ogni fattore è stato suddiviso in “determinanti”, aspetti che riescono a dare evidenza dell'applicazione dei fattori.

Per ogni determinante il marchio individua una serie di indicatori specifici e misurabili che permettono di rilevarlo, inoltre per consentire tale rilevazione viene previsto l'utilizzo di diversi strumenti quali: quelli legati alla verifica dei documenti, quelli osservazionali (osservazione partecipante) e di percezione (che consentono quindi di raccogliere opinioni, come ad esempio lo strumento del focus group).

La *verifica documentale* viene svolta con l'obiettivo di ricercare tutte le evidenze possibili, che permettano di valutare l'indicatore in questione (possono derivare da fonti Istituzionali, Gestionali, Operative, di Progettualità o di Registrazione delle attività).

Un altro strumento è quello dell'*osservazione ambientale*, in questo caso i valutatori osservano in maniera congiunta e contemporanea gli spazi ed i fatti da osservare, compilando la propria scheda di osservazione (in maniera autonoma e indipendente) e integrando con fotografie scattate al momento quando possibile. Il confronto fra i diversi valutatori è consentito solo nel caso in cui si verifichi una grave disparità tra i giudizi, non per cercare un accordo ma per comprendere che cosa è stato osservato dai diversi valutatori.

L'*osservazione Ambientale e la Verifica Documentale*, vengono utilizzate congiuntamente per alcuni indicatori specifici che richiedono entrambe le rilevazioni.

L'*osservazione etnografica* ha invece l'obiettivo di osservare, respirare il clima, le dinamiche relazionali e ambientali: prevede la permanenza silenziosa per trenta minuti in un punto di osservazione privilegiata, dal quale si possono osservare le attività quotidiane e le relazioni attivate. Ogni componente del team sceglie un posto differente della struttura ospitante (ad esempio salotto, sala animazione, sala fisioterapia, ecc.) e rileva su apposita griglia i seguenti aspetti: comportamenti dei residenti, relazioni con l'ambiente, comportamenti degli operatori, relazioni tra residenti.

Il *Focus group con i Residenti* prevede la partecipazione da cinque a otto partecipanti e una durata massima di un'ora. I residenti vengono scelti a sorte sulla base di alcuni

criteri di “pre-selezione”, possono essere esclusi coloro che presentano limitazioni cognitive, coloro che sono impossibilitati per motivi sanitari, coloro che non hanno il desiderio di parteciparvi e coloro che presentano problemi di disturbo comportamentale.

Il *Focus group con il Personale* prevede anch’esso la partecipazione da cinque a otto partecipanti, possibilmente scelti a caso tra coloro che finiscono il turno, rappresentativi del maggior numero possibile di figure professionali a contatto con il residente.

4.1 Determinanti e indicatori

Gli indicatori individuati perseguono un importante obiettivo, che è quello di riuscire a rilevare e misurare i risultati di benessere che vengono ottenuti e prodotti all’interno delle residenze per anziani: “l’impegno è sempre stato quello di rendere misurabile ciò che è importante piuttosto che dichiarare importante ciò che è facilmente misurabile” (Giordani, Negri, Iesurum, 2016).

Verranno quindi elencate in modo sintetico le diverse aree (“determinanti”) individuate per ciascun fattore e i relativi indicatori (Tab.2).

Tab. 2: Fattori, determinanti e indicatori del Marchio “Qualità e Benessere”

FATTORE	DETERMINANTE	INDICATORE
1. RISPETTO	1.1 <i>Rispetto delle esigenze del residente</i>	1.1.1 Personalizzazione degli orari quotidiani (appurata attraverso la verifica documentale)
		1.1.2 Percezione dell’effettiva personalizzazione degli orari (attraverso il focus group con i residenti)
		1.1.3 Orientamento organizzativo alla personalizzazione degli orari (appurato attraverso il focus group con il personale)
	1.2 <i>Rispetto della riservatezza e della dignità della persona</i>	1.2.1 Attenzione e strumenti per garantire la riservatezza (appurata attraverso l’osservazione ambientale)
		1.2.2 Presenza ed attuazione di indirizzi per la tutela della riservatezza e della dignità dei residenti (verificata attraverso la documentazione)
		1.2.3 Attenzione da parte del personale del rispetto della dignità e della riservatezza (appurata attraverso lo strumento del focus group con il personale)
	1.3 <i>Attenzione istituzionale alla persona</i>	1.3.1 Facilità di contatto tra residenti e vertici istituzionali dell’ente (valutata attraverso l’osservazione ambientale e la verifica documentale)

		1.3.2 Percezione dell'attenzione dei vertici istituzionali verso il residente (appurata attraverso i focus group con i residenti stessi)
		1.3.3 Valorizzazione e gestione delle istanze e dei suggerimenti individuali dei residenti e dei fruitori della struttura (valutata attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
2. AUTOREALIZZAZIONE	2.1 <i>Attenzione alla realizzazione della persona anche attraverso interessi e passioni personali</i>	2.1.1 Presenza di attenzioni per garantire continuità negli stili di vita dei residenti (appurata attraverso la verifica documentale)
		2.1.2 Percezione della possibilità di continuare a mantenere un proprio stile di vita e di coltivare interessi e passioni personali (valutata attraverso i focus group con i residenti)
		2.1.3 Valorizzazione delle passioni e degli interessi (appurata attraverso l'osservazione ambientale)
	2.2 <i>Cura estetica e bellezza della persona</i>	2.2.1 Efficacia dei servizi di cura alla persona (verificata attraverso l'osservazione ambientale);
		2.2.2 Percezione della presenza, qualità e accessibilità dei servizi di cura alla persona (appurata attraverso il focus group con i residenti)
		2.2.3 Effettiva accessibilità e fruibilità delle cure estetiche per i residenti (valutata attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
	2.3 <i>Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti</i>	2.3.1 Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti (appurata attraverso la verifica documentale)
		2.3.2 Percezione e riconoscimento da parte del personale delle potenzialità inesprese dei residenti (appurate attraverso il focus group con il personale)
		2.3.3 Valorizzazione degli esiti dei processi di autostima ed empowerment (valutata attraverso l'osservazione ambientale).
	3. OPEROSITÀ	3.1 <i>Attenzione alle capacità residue (autonomia)</i>

		3.1.2 Presenza di accorgimenti, strumenti, prassi innovative per valorizzare l'autonomia residua (appurata attraverso l'osservazione ambientale)
		3.1.3 Percezione dell'effettiva autonomia residua da parte dei residenti (valutata attraverso il focus group con i residenti)
	<i>3.2 Mantenimento dell'operosità quotidiana</i>	3.2.1 Finanziamento e sostegno di progetti finalizzati al mantenimento dell'operosità quotidiana (verificati attraverso l'analisi documentale)
		3.2.2 Presenza di progetti/laboratori programmati per il mantenimento dell'operosità quotidiana (appurata attraverso la verifica documentale)
		3.2.3 Valorizzazione dell'esito delle attività per il mantenimento dell'operosità quotidiana (verificata attraverso l'osservazione ambientale)
	<i>3.3 Animazione qualificata e non infantile</i>	3.3.1 Varietà, coordinamento e qualità dell'organizzazione (valutata attraverso la valutazione documentale)
		3.3.2 Percezione della varietà, coordinamento e qualità dell'animazione (valutata attraverso un focus group con i residenti)
		3.3.3 Svolgimento di attività di animazione suggerite dai residenti (appurata attraverso la verifica documentale)
4. AFFETTIVITÀ	<i>4.1 Qualità delle relazioni</i>	4.1.1 Facilitazione delle relazioni e dei contatti con esterni significativi sul piano affettivo (appurata attraverso la valutazione documentale)
		4.1.2 Percezione della qualità delle relazioni tra i residenti (verificata attraverso i focus group con i residenti)
		4.1.3 Facilitazione della relazione tra i residenti (appurata attraverso la verifica documentale)
	<i>4.2 Poter accudire animali o poter interagire con essi</i>	4.2.1 Disciplina della presenza di animali domestici nella Struttura Residenziale (verificata attraverso la documentazione)
		4.2.2 Accorgimenti ambientali per consentire la presenza di animali nella Struttura Residenziale (appurata attraverso

		l'osservazione ambientale)
		4.2.3 Presenza di progetti strutturati per l'interazione con gli animali nella Struttura Residenziale (appurata attraverso la verifica documentale)
	<i>4.3 Valorizzazione della propria storia personale e dei propri affetti</i>	4.3.1 Riconoscimento e valorizzazione delle storie di vita (appurata attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
		4.3.2 Personalizzazione effettiva degli spazi con oggetti aventi valore affettivo (appurata attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
		4.3.3 Percezione della possibilità di portare con sé oggetti personali e personalizzare i propri spazi (valutata attraverso i focus group con i residenti).
5. INTERIORITÀ	<i>5.1 Spazio personale di rielaborazione della propria vita</i>	5.1.1 Presenza di un'assistenza religiosa strutturata (appurata attraverso la valutazione documentale)
		5.1.2 Percezione delle possibilità di riflessione e raccoglimento (appurata attraverso i focus group con i residenti)
		5.1.3 Presenza di luoghi di raccoglimento e di culto (verificata attraverso l'osservazione ambientale)
	<i>5.2 Sostegno psicologico per accettare la nuova situazione di dipendenza</i>	5.2.1 Presenza di un servizio che si occupa del sostegno psicologico (verificata attraverso la valutazione documentale)
		Percezione della possibilità di sostegno psicologico (appurata attraverso il focus group dei residenti)
		5.2.2 Presenza di ambienti o accorgimenti per facilitare il rilassamento e il benessere psicologico individuale (appurata attraverso l'osservazione ambientale)
	<i>5.3 Accompagnamento alla morte e assenza di ostinazione nella fase terminale della vita</i>	5.3.1 Presenza di indicazioni specifiche per l'assistenza nella fase di fine vita (appurata attraverso la verifica documentale)
		5.3.2 Presenza di strumenti organizzativi e momenti strutturati per il sostegno del personale (verificata attraverso la valutazione documentale)
		5.3.3 Consapevolezza del personale di

		come gestire il particolare momento dell'accompagnamento alla morte (valutata attraverso il focus group con il personale)
6. COMFORT	6.1 <i>Disponibilità di verde</i>	6.1.1 Presenza e fruibilità di verde attrezzato e/o spazio attrezzato con verde in sostituzione (appurata attraverso l'osservazione ambientale)
		6.1.2 Strategie per favorire la fruizione del verde a residenti con particolari patologie (verificato attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
		6.1.3 Percezione dell'effettiva possibilità di fruizione del verde (attraverso i focus group con i residenti)
	6.2 <i>Qualità complessiva dell'ambiente residenziale</i>	6.2.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione dell'ambiente (valutata attraverso l'osservazione ambientale)
		6.2.2 Percezione della qualità dell'ambiente fisico residenziale (valutabile attraverso i focus group con i residenti)
		6.2.3 Possibilità di utilizzo degli spazi comuni per uso personale e familiare (verificabile attraverso la valutazione documentale)
	6.3 <i>Qualità delle stanze e degli spazi privati</i>	6.3.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione interna delle stanze (valutata attraverso l'osservazione ambientale)
		6.3.2 Consapevolezza della flessibilità organizzativa per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento come spazio privato (verificata attraverso il focus group con i residenti)
		6.3.3 Percezione del livello di flessibilità organizzativa e strutturale per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento quale spazio privato (appurabile attraverso i focus group con i residenti)
7. UMANIZZAZIONE	7.1 <i>Essere ascoltato, personalizzazione presa in carico</i>	7.1.1 Livello di supporto nella fase di accoglienza ed inserimento del nuovo residente (valutato attraverso la verifica documentale)
		7.1.2 Qualità complessiva dell'implementazione del PAI e del

		coinvolgimento del residente e dei suoi cari (valutata attraverso l'analisi della documentazione)
		7.1.3 Percezione della possibilità di partecipazione del residente o dei suoi cari alla gestione del PAI (appurata attraverso i focus group con i residenti)
	<i>7.2 Qualità dell'assistenza</i>	7.2.1 Capacità di risposta a richieste particolari del residente (valutata attraverso l'analisi documentale)
		7.2.2 Modalità di diffusione e condivisione delle informazioni relative alla presa in carico della persona (appurate attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
		7.2.3 Consapevolezza dell'effettiva individualizzazione dell'assistenza (valutata attraverso i focus group con il personale)
	<i>7.3 Dimensione umana del personale</i>	7.3.1 Percezione della soddisfazione dei residenti nella relazione con il personale (valutata attraverso la valutazione documentale)
		7.3.2 Attenzioni del personale nella relazione con i residenti (appurate attraverso l'osservazione ambientale)
		7.3.3 Percezione dei residenti della qualità della relazione con il personale (accessibili attraverso i focus group con i residenti)
8. SOCIALITÀ	<i>8.1 Radicamento e riferimento territoriale (ubicazione fisica in centro, no isolamento)</i>	8.1.1 Grado di accessibilità della struttura: accessi, orari, collegamenti e servizi (misurata attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
		8.1.2 Percezione del grado di apertura della struttura da parte dei residenti (valutata attraverso i focus group con i residenti)
		8.1.3 Presenza di altri servizi alla comunità (valutata attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
	<i>8.2 Relazioni con il territorio in termini di contatto</i>	8.2.1 Opportunità di incontro-relazione strutturata con la comunità e la loro valorizzazione (valutata attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale), ,
		8.2.2 Effettiva possibilità di comunicazione personalizzata con l'esterno (valutata

		attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
		8.2.3 Percezione della possibilità di mantenere relazioni sociali con l'esterno (rilevata attraverso i focus group con i residenti);
	<i>8.3 Promozione dell'immagine verso l'esterno e coinvolgimento degli stakeholders significativi</i>	8.3.1 Varietà e significatività degli strumenti di comunicazione strategica (valutata attraverso la valutazione documentale)
		8.3.2 Presenza di differenti forme di volontariato e di coinvolgimento dei volontari (misurata attraverso la valutazione documentale)
		8.3.3 Modalità di coinvolgimento dei familiari e dei cari significativi (valutata attraverso la valutazione documentale)
9. SALUTE	<i>9.1 Attenzioni alla valutazione del rischio</i>	9.1.1 Modalità di monitoraggio dei rischi e delle complicanze derivanti dall'istituzionalizzazione (valutata attraverso la valutazione documentale)
		9.1.2 Buone prassi per la riduzione dei rischi (valutate attraverso la valutazione documentale)
		9.1.3 Gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella (valutata attraverso l'osservazione della documentazione)
	<i>9.2 Conciliazione tra cura e qualità della vita</i>	9.2.1 Buone prassi per la riduzione dell'impatto negativo dei trattamenti diagnostici, terapeutici ed assistenziali sulla qualità della vita delle persone (anche in questo caso lo strumento utilizzato è quello della valutazione documentale);
		9.2.2 Miglioramento dell'appropriatezza terapeutica, diagnostica, assistenziale (appurato attraverso la valutazione documentale);
		9.2.3 Attenzione del personale (anche attraverso l'équipe) nella presa di decisioni che garantiscono la conciliazione tra cura e qualità della vita (valutata attraverso i focus group con il personale);
	<i>9.3 Completezza delle informazioni sanitarie e assistenziali</i>	9.3.1 Evidenza della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali (osservata attraverso la valutazione

		documentale)
		9.3.2 Percezione della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali (valutata attraverso i focus group con i residenti)
		9.3.3 Modalità di gestione del consenso informato (osservate attraverso la valutazione documentale)
10. LIBERTÀ	<i>10.1 Possibilità di muoversi senza restrizioni</i>	10.1.1 Gestione delle contenzioni fisiche orientate al monitoraggio costante per la riduzione (valutata attraverso l'analisi della documentazione)
		10.1.2 Livello di contenzione fisica (misurata attraverso la valutazione documentale)
		10.1.3 Presenza di buone prassi e di modificazioni ambientali/organizzative alternative alla contenzione fisica (valutate attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
	<i>10.2 Possibilità di scelta e partecipazione</i>	10.2.1 Esistenza di ambiti della vita quotidiana in cui è effettivamente possibile scegliere e partecipare (valutata attraverso l'osservazione documentale), ,
		10.2.2 Percezione della effettiva possibilità di decidere e di partecipare alle decisioni organizzative che riguardano i residenti (misurata attraverso i focus group con i residenti)
		10.2.3 Cultura della tutela della libertà e dell'autonomia nell'approccio del personale al residente (valutata attraverso i focus group con il personale)
	<i>10.3 Autonomia economica</i>	10.3.1 Accoglimento delle richieste di gestione personalizzata del denaro (appurata attraverso la valutazione documentale)
		10.3.2 Modalità di supporto alla gestione del denaro da parte del residente (valutate attraverso l'osservazione della documentazione)
		10.3.3 Presenza di strumenti di custodia personalizzata del denaro e dei valori

		(appurata attraverso l'osservazione ambientale)
11. GUSTO	<i>11.1 Varietà e gusto del cibo</i>	11.1.1 Ciclicità e varietà del menù giornaliero (appurata attraverso la valutazione documentale)
		11.1.2 Apprezzamento culinario per le pietanze del giorno (valutata attraverso l'osservazione ambientale)
	<i>11.2 Cura del servizio ristorativo e della presentazione</i>	11.2.1 Cura del servizio di distribuzione del pasto e dell'ambiente (appurata attraverso l'osservazione ambientale)
		11.2.2 Modalità di comunicazione e pubblicazione del menù giornaliero (valutate attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
	<i>11.3 Adattamento del servizio di ristorazione a residenti con particolari patologie</i>	11.3.1 Modalità di personalizzazione del menù giornaliero per patologie (valutate attraverso l'osservazione documentale)
		11.3.2 Presenza di accorgimenti organizzativi e ambientali per dare qualità al momento del pasto per i residenti meno autonomi (appurata attraverso l'osservazione ambientale)
12. VIVIBILITÀ	<i>12.1 Vivibilità complessiva all'interno della struttura residenziale</i>	12.1.1 Percezione della vivibilità complessiva e del clima interno da parte degli auditor (valutata attraverso l'osservazione ambientale)
		12.1.2 Percezione del clima interno da parte degli operatori (valutata attraverso il focus group con il personale)
		12.1.3 Percezione della vivibilità complessiva da parte dei residenti (valutata attraverso i focus group con i residenti)
	<i>12.2 Valorizzazione e sviluppo delle competenze del personale</i>	12.2.1 Governo del processo formativo e valorizzazione delle competenze del personale (valutato attraverso la verifica documentale)
		12.2.2 Governo, sostegno e diffusione delle ricadute delle azioni formative (valutazione attraverso l'osservazione ambientale e la verifica documentale)
		12.2.3 Consapevolezza dell'importanza della formazione e delle sue ricadute nell'organizzazione (appurata attraverso i

		focus group con il personale)
	<i>12.3 Promozione della vivibilità complessiva della struttura</i>	12.3.1 Valorizzazione dell’impatto all’ingresso in struttura e facilità di orientamento (valutazione attraverso l’osservazione ambientale)
		12.3.2 Grado di differenziazione funzionale degli spazi e delle attività (valutato attraverso l’osservazione ambientale e la verifica documentale)
		12.3.3 Promozione del benessere organizzativo (attraverso l’osservazione documentale)

Fonte: materiale fornito dall’Ente in seguito all’autorizzazione dei Gestori del Marchio

4.2 Come funziona il Marchio?

Il marchio Q&B si avvale di un processo biennale ricorsivo che prevede nella maggior parte dei casi due diverse progettualità, a seconda che si tratti dell’anno dispari o pari.

L’anno dispari, è caratterizzato da due fasi: la prima è costituita da un processo di autovalutazione durante il quale le strutture coinvolte effettuano un’autovalutazione rispetto alla qualità e al grado di implementazione dei dodici fattori che costituiscono la Carta dei Valori del Marchio stesso, nonché sopra elencati. Questa prima fase coinvolge i diversi professionisti e le diverse figure che formano il “gruppo interno”, coordinato da un auditor formato appositamente.

L’autovalutazione è caratterizzata dall’attribuzione di un punteggio che va da 1 a 10, questo punteggio si riferisce all’anno decorso e viene attribuito per ogni indicatore, nonché motivato e supportato da evidenze. In aggiunta è prevista la stesura di un report atto ad avvalorare il processo di autovalutazione.

Durante la seconda fase è prevista invece la valutazione esterna, effettuata da un team di valutazione (composto da un esperto di valutazione e da due auditor scelti tra gli enti aderenti, in modo da garantire il metodo e l’imparzialità e cercare di garantire la multiprofessionalità del team e il bilanciamento di genere). Il team composto valuta a sua volta circa il 40% degli indicatori dell’autovalutazione, individuati in parte per sorteggio, in parte per volere dell’ente e in parte per scelta del team esterno. I valutatori esterni provvederanno alla valutazione di alcuni aspetti “a distanza” (solitamente la componente valutabile attraverso l’osservazione documentale), prima di eseguire la visita (dove verranno valutati gli altri aspetti).

Durante il giorno di visita, anche detto “giornata di audit” il team prevede:

- due momenti di ascolto degli anziani residenti in struttura e del personale attraverso lo strumento del focus group;
- tre momenti di osservazione ambientale di cui una della struttura in generale, una in forma di osservazione partecipante nel corso del pasto (che viene condiviso a

tavola con i residenti) e una di osservazione (sul modello di quella etnografica) di tre ambienti e momenti di attività specifici.

Conclusa la giornata di audit il team di valutatori esterni attribuisce in modo collegiale un punteggio da uno a dieci per ciascun indicatore, motivandolo e confrontandolo con il punteggio risultato dall'autovalutazione.

Se i punteggi, quelli che risultano dall'autovalutazione e quelli derivanti dalla valutazione esterna, risultano sufficientemente sovrapponibili significa che l'autovalutazione risulta valida, inoltre i punteggi verranno inseriti nel *database di benchmarking* di tutti gli enti che aderiscono al marchio. Quando invece la sovrapposizione non dà luogo ad un livello accettabile di riproducibilità, l'autovalutazione non risulta validata e saranno solo i punteggi della valutazione esterna a divenire oggetto di benchmarking.

Infine il team consegna un *report* che attesta lo svolgimento e quelli che sono stati gli esiti della valutazione, evidenziando punti di forza e/o di miglioramento rilevati e sottolineando le eventuali *buone prassi* rilevate nell'ente.

In un terzo momento, in seguito alla svolgimento degli audit in tutti gli enti che aderiscono al marchio, il soggetto gestore predispone degli incontri di restituzione dei dati emersi in forma comparata e su base territoriale omogenea (medesimo ambito di regolazione dei servizi) nonché su base nazionale, offrendo una comparazione diacronica per ciascun ente.

Durante lo svolgimento degli incontri territoriali e del convegno di restituzione annuale dei risultati vengono anche portate alla luce (attraverso testimonianze o relazioni) le buone prassi rilevate, prassi che verranno poi diffuse anche attraverso il portale del marchio. Quando accade che vengono registrate diverse buone prassi nello stesso ambito o tematica queste vengono confrontate durante i workshop relativi durante il convegno nazionale. L'obiettivo principale è quello di ottenere dei documenti riassuntivi che contengano suggerimenti, spunti di riflessione e di miglioramento per le specifiche aree tematiche o per la realizzazione delle buone prassi.

Infine, l'ultima fase è focalizzata sul *benchmarking*: in seguito ai risultati derivanti dai processi di autovalutazione e valutazione ciascun ente individua quelli che saranno gli obiettivi ed i progetti di miglioramento per l'anno futuro. In relazioni a questi l'ente gestore si occupa di definire programmi di formazione, confronto e scambio tra gli enti che aderiscono al Marchio e individua gli abbinamenti tra enti caratterizzati da piani di miglioramento analoghi (che andranno a caratterizzare l'anno pari, impostato sullo *scaffolding*, ovvero sul supportare gli enti nell'attuazione dei loro piani di miglioramento).

L'anno pari è impostato come l'anno dispari, e quindi incentrato sulla valutazione, solamente per quegli enti che non hanno ancora raggiunto una buona dimestichezza nell'autovalutarsi. Per tutti gli altri enti l'anno pari è incentrato sul processo di miglioramento, i cui risultati verranno esaminati e valutati nell'anno dispari che seguirà.

Durante il decorso dell'anno, nello specifico durante la prima parte, gli enti attuano il piano di miglioramento e trasmettono al gestore del Marchio una relazione che descrive lo stato di avanzamento dello stesso. Sulla base di questa relazione il gestore del Marchio costituirà un team di valutazione per ciascun ente, sempre costituito da due auditor (scelti

tra gli enti che hanno individuato piani di miglioramento allineati) e un esperto. Questo team nella seconda parte dell'anno è chiamato a svolgere una "visita di accompagnamento al miglioramento incentrata sulla valutazione dell'avanzamento del piano di miglioramento e dell'impatto di cambiamento sui soli fattori e indicatori interessati dal piano di miglioramento stesso".

Anche in questo caso, nel momento in cui vengono rilevate delle buone prassi si procede alla diffusione di queste durante lo svolgimento dei convegni locali e nazionali. Durante questa fase dei cicli biennali sono chiamati a partecipare anche i familiari dei residenti, oltre che ai residenti stessi e al personale (Giordani, Negri, Iesurum, 2016).

4.3 L'applicazione del Marchio nell'Ente osservato

All'interno della Struttura osservata, proprio per la portata del progetto, è stata realizzata una suddivisione dei compiti tra i diversi professionisti, ai quali vengono assegnati specifici fattori, determinanti e indicatori (nonostante ciò è previsto che ogni professionista conosca e riconosca ogni singolo fattore, impegnandosi nell'applicazione di questo nella quotidianità).

Soffermandoci sui compiti assegnati all'assistente sociale per quanto riguarda l'Ente osservato è necessario considerare in particolare i fattori dell'affettività, dell'interiorità, dell'umanizzazione, della socialità e della salute.

Nello specifico l'assistente sociale è chiamato a percorrere il processo di valutazione in maniera approfondita rispetto a diversi fattori e indicatori.

- Per quanto riguarda il valore dell'*affettività* all'assistente sociale è stato assegnato il determinante "valorizzazione della propria storia personale e dei propri affetti". L'indicatore specifico è "riconoscimento e valorizzazione delle storie di vita". L'obiettivo in questo caso è verificare la presenza di evidenze rispetto alla raccolta, alla condivisione, alla valorizzazione delle storie di vita dei residenti e la presenza, all'interno della struttura, di elementi osservabili che mettano in luce le storie di vita dei residenti (prima e dopo l'ingresso in Struttura) valorizzando la personalità e l'individualità dei singoli residenti e favorendo la continuità della percezione della propria identità sociale.
- Per quanto attiene al valore dell'*interiorità* al professionista è richiesto di concentrarsi rispetto al determinante "accompagnamento alla morte e assenza di ostinazione nella fase terminale della vita". L'indicatore specifico in questo caso è "presenza di indicazioni specifiche per l'assistenza nella fase di fine vita". L'obiettivo è quindi quello di verificare la presenza di indicazioni formali nella documentazione rispetto alla gestione della fase di fine vita delle persone residenti e se vi è attenzione anche alle persone a loro care e alla loro presenza.
- Rispetto al valore dell'*umanizzazione* viene richiesto all'assistente sociale di porre maggiore attenzione in relazione al determinante "essere ascoltato, personalizzazione e presa in carico". Gli indicatori assegnati al professionista sono "livello di supporto nella fase di

accoglienza ed inserimento del nuovo residente”, che ha l’obiettivo di verificare la presenza di un’attenzione strutturata a facilitare e supportare il nuovo residente nella delicata fase dell’ingresso e dell’ambientamento in struttura, attraverso modalità codificate di accoglienza, e l’indicatore “qualità complessiva dell’implementazione del PAI e del coinvolgimento del residente e dei suoi cari” che ha l’obiettivo di verificare le modalità e la frequenza con le quali viene effettivamente realizzato e gestito il Piano/Progetto Assistenziale Individualizzato nonché le forme di coinvolgimento del residente e dei suoi cari nella definizione dello stesso.

- Per quanto riguarda il fattore della *socialità* il professionista ha il compito di soffermarsi in particolare sul determinante “promozione dell’immagine verso l’esterno e coinvolgimento degli stakeholders significativi”. L’indicatore assegnato all’assistente sociale è quello relativo alla “presenza di differenti forme di volontariato e di coinvolgimento dei volontari”.
- Infine, per quanto riguarda il fattore *salute* l’assistente sociale ha il compito di concentrarsi sul determinante “completezza delle informazioni sanitarie e assistenziali”. Gli indicatori specifici in questo caso sono: “evidenza della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali”, con l’obiettivo di rilevare se la struttura fornisce informazioni sanitarie ed assistenziali al residente (o ai soggetti autorizzati) in maniera completa ed esaustiva, favorendone la consapevolezza e la collaborazione, e quello relativo a “modalità di gestione del consenso informato” che ha lo scopo di rilevare se la struttura gestisce il consenso informato da parte dei residenti o dei loro sostituti (tutori, amministratori di sostegno, cari da loro formalmente delegati) con l’obiettivo di coinvolgere le persone nelle decisioni più importanti e più delicate e non solo con l’obiettivo di dimostrare il rispetto della norma.

Per ciascuno di questi indicatori è previsto l’utilizzo dello strumento “verifica documentale”. Come già detto, la verifica documentale viene svolta con l’obiettivo di ricercare ed individuare tutte le evidenze possibili e di valutare quindi l’indicatore preso in considerazione.

Le informazioni documentate ad evidenza di un comportamento possono essere ricavate da diverse fonti:

- Istituzionale – Carta dei servizi/Regolamenti
- Gestionale – Manuali Procedure
- Operativa – Protocolli
- Progettualità (individualizzata e di “sistema”)
- Registrazione attività

Sul portale del Marchio vengono specificate le fonti utilizzate e analizzate, le evidenze emerse e viene motivato il punteggio assegnato in fase di autovalutazione.

Durante la fase di audit il team effettua preliminarmente la verifica documentale, grazie alla documentazione allegata dal personale della Struttura, assegnando un punteggio. Qualora invece non vi fosse materiale a sufficienza gli audit annoteranno domande e dubbi, li porranno durante la giornata di audit e verificheranno e approfondiranno le questioni sul campo.

A ciascun indicatore può essere attribuito un punteggio che va da 1 a 10, nello specifico: per quanto riguarda il primo indicatore “riconoscimento e valorizzazione delle storie di vita” (fattore *dell'affettività*) l'attribuzione del punteggio minimo “1” significherà che non esiste alcuna evidenza, sia essa documentale che di osservazione ambientale. Al contrario l'attribuzione di un punteggio massimo pari a “10” significherà che la storia di vita viene raccolta sistematicamente, condivisa con l'équipe per la progettualità individualizzata, e valorizzata nel rispetto delle richieste del residente. Inoltre, sono presenti riscontri della condivisione e della valorizzazione.

Per quanto riguarda il secondo indicatore “presenza di indicazioni specifiche per l'assistenza nella fase di fine vita” (fattore dell'*interiorità*) attribuire un punteggio di “1” significa che non vi sono indicazioni ed evidenze di alcun tipo rispetto alla facilitazione della presenza delle persone care al residente. Attribuirsi o attribuire un punteggio pari a “10” significa invece che l'ente dispone indicazioni generali e protocolli operativi di accompagnamento. Sono presenti attività organizzative, infrastrutturali e progettualità specifiche di accompagnamento. Inoltre è possibile accedere ad un supporto psicologico.

Rispetto all'indicatore “livello di supporto nella fase di accoglienza ed inserimento del nuovo residente” (fattore dell'*umanizzazione*), attribuire un punteggio pari o vicino a “1” significa che non è presente alcuna modalità di gestione e caratterizzazione del processo di accoglienza, se non, il rispetto delle procedure organizzative previste dal piano amministrativo e sanitario assistenziale.

Assegnare un punteggio pari a “10” significa invece che il processo di accoglienza è integralmente presidiato, orientato al positivo inserimento ed all'empowerment del nuovo residente e dei suoi cari, e tiene conto in maniera completa degli aspetti amministrativi, sanitari e assistenziali, di vita quotidiana ed emozionali. Esso comprende la fase pre-ingresso, l'ingresso effettivo e i giorni successivi e vengono previste eventuali strategie di compensazione nel caso in cui si tratti di ingressi di urgenza o “veloci”.

Per l'indicatore “qualità complessiva dell'implementazione del PAI e del coinvolgimento del residente e dei suoi cari” (sempre riferito al fattore dell'*umanizzazione*) attribuire un punteggio pari a “1” significa che non vengono creati PAI formalizzati e strutturati comparabili con le indicazioni e non avviene alcun coinvolgimento del residente o dei suoi cari. Il fatto che venga invece attribuito un punteggio pari a “10” significa che il PAI contiene tutti gli elementi ricercati, viene predisposto e discusso in équipe con i tempi di revisione differenziati per situazione e scadenza obiettivo, garantendo una frequenza massima coerente con gli obblighi di accreditamento e una valorizzazione della storia di vita personale. Viene inoltre realizzato con il pieno e completo coinvolgimento del residente e dei suoi cari.

Per quanto attiene all'indicatore “presenza di differenti forme di volontariato e di coinvolgimento dei volontari” (riferito al fattore della *socialità*) ottenere o attribuirsi un punteggio di “1” significa che non avviene alcun tipo di coinvolgimento di volontari. Ottenere invece un punteggio pari a “10” significa che le forme di coinvolgimento dei volontari sono varie e garantiscono l'apporto di diversi volontari, differenziati per tipologia, estrazione e fascia generazionale in più ambiti e progetti (anche formali).

Infine per gli indicatori che si riferiscono al fattore *salute*, “evidenza della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali”, attribuire un punteggio pari a

“1” significa che non esiste alcuna evidenza; attribuire un punteggio pari a “10” significa che vi sono evidenze sistematiche e finalizzate anche all’educazione alla salute e alla compliance.

Per l’indicatore “modalità di gestione del consenso informato” valutarsi o essere valutati con un punteggio pari a “1” significa che il consenso informato viene raccolto solamente per documentare il rispetto dell’obbligo, senza però valutare la capacità di espressione dello stesso. Il punteggio “10” significa invece che il consenso informato viene raccolto sistematicamente, cercando di far comprendere la situazione al residente o alla persona interessata, stimolandone la collaborazione e rispettandone le decisioni, verificando al momento la capacità di espressione dello stesso.

Tali punteggi (con intervallo 1-10) devono essere attribuiti a ciascun indicatore previsto.

4.4 La rilevazione delle “buone prassi”

Uno degli altri obiettivi principali del Marchio è proprio quello di individuare, dare valore, diffondere le buone prassi e le sperimentazioni innovative. Ma che cosa si intende per buone prassi?

Per il Marchio la buona prassi è considerata “ogni iniziativa di successo volta a migliorare contestualmente l’efficienza (economicità) e l’efficacia (come modalità per soddisfare, in maniera adeguata, i bisogni e le aspettative degli attori coinvolti) della gestione ed erogazione dei servizi”³⁴.

Inoltre, una buona pratica è caratterizzata da cinque qualità³⁵:

- *Misurabilità*: ovvero la possibilità di quantificare quello che è l’impatto dell’iniziativa;
- *Innovatività*: la capacità di ottenere risposte illuminanti e creative che consentano l’aumento della qualità nei servizi offerti e soprattutto che garantiscano la tutela dei residenti;
- *Sostenibilità*: la propensione all’utilizzo delle risorse esistenti nonché la capacità di produrre, da e attraverso questa, nuove e maggiori risorse;
- *Riproducibilità*: la possibilità di trasferire ed estenderne l’applicazione a luoghi e contesti differenti da quelli in cui è stata generata;
- *Valore aggiunto*: si intende l’impatto positivo e tangibile che la prassi ha sulla qualità della vita dei residenti e sulla tutela dei diritti degli stessi.

Le buone prassi rappresentano inoltre un elemento aggiuntivo che contribuisce ad aumentare l’affinità tra la natura del marchio e quella del servizio sociale poiché, anche nel servizio sociale queste assumono particolare importanza.

³⁴ <https://qualita-benessere.it/le-buone-prassi/>

³⁵ Ibidem

4.5 Le buone prassi nel servizio sociale

Sicuramente non è possibile individuare una definizione stabile di “buone prassi” bensì, si tratta di una definizione che necessita di essere rivista nel corso del tempo e nella variabilità dello spazio: nonostante si tratti di un concetto piuttosto recente, nelle diverse epoche ci sono stati diversi criteri e norme di riferimento per determinare che cosa andasse bene (Means, Smith, 1998; Ferguson, 2004). Questo accade poiché la buona prassi è una costruzione sociale e, di conseguenza, necessita di essere continuamente messa in dubbio e osservata attraverso una lente critica. A questo punto la domanda fondamentale da porsi è “quali sono i criteri per definire la bontà di una certa prassi? Chi li stabilisce?”, le risposte a questi quesiti mutano anch’esse: basti pensare che un tempo erano gli operatori sociali, gli studiosi e i “policy makers” a fissare che cosa andasse bene, che cosa fosse corretto, ad oggi invece risulta essenziale prendere attentamente in esame quello che è il punto di vista delle persone (Jones, Cooper, Ferguson, 2009).

Il panorama attuale (soprattutto in alcuni paesi come quello del Regno Unito) prevede che le buone prassi vengano dimostrate (ove possibile) e che le scelte degli operatori sociali si fondino soprattutto su “evidenze di ricerca” e meno su pareri e impressioni personali (Department of Health, 1998).

In relazione a questo, quando si parla di dimostrazione scientifica ci si riferisce molto spesso all’utilizzo di alcune tecniche (in particolar modo quella che prevede l’utilizzo dei gruppi di controllo) che permettono valutazioni di tipo oggettivo (Macdonald, 2001) basandosi sulla sperimentazione, sulla produzione di risultati e sulla successiva generalizzazione e conferma di questi attraverso le relative verifiche. Queste tipologie di valutazioni, se in alcuni ambiti (come ad esempio quello della medicina o della fisica) risultano estremamente adatte, nell’ambito del servizio sociale appaiono invece inadeguate e ricche di tranelli.

Uno dei principali limiti, riscontrabile nell’applicazione di tali tecniche in contesti come il servizio sociale, è il fatto che tendono ad estromettere il parere delle persone che si rivolgono al servizio, poiché risulta prevalere quello degli esperti, ovvero dei ricercatori (Margison, 2001). In questo senso si rischia di considerare una buona prassi quella che “fila liscia”, quella che porta conferme, ma in questo caso (nell’ambito del servizio sociale) essa non può essere costituita solo dagli esiti, necessita invece di considerare fondamentali tutti quegli aspetti che, benché risultino difficilmente misurabili o rilevabili, risultano focali. Ne deriva quindi l’esigenza di osservare criticamente i processi messi in atto nella loro interezza: l’analisi e le valutazioni effettuate, le azioni messe in atto, le strategie e le risorse utilizzate, i risultati ottenuti, ciò che è stato fatto, ciò che è stato detto o pensato, quelle che sono le percezioni di ciascun attore coinvolto e ogni peculiarità di quella determinata prassi.

A partire da questa consapevolezza, risulta arricchente conoscere e scoprire i vissuti e le percezioni delle persone rispetto alle loro esperienze di vita, che siano personali o professionali, allontanandosi quindi da un approccio di tipo deduttivo (alla base della ricerca sperimentale) e abbracciando la costruzione della conoscenza induttiva. In questo modo gli elementi teorici vengono ampliati a partire dalla pratica, dall’esperienza e dai vissuti di professionisti e “utenti” (Fook, 2002).

I cosiddetti “standard” che permettono di definire quella che è considerata una buona pratica nel servizio sociale non possono derivare da un’unica fonte (ad esempio i regolamenti di un ente o delle normative), ma derivano necessariamente dall’interazione di una moltitudine di queste, a partire dai significati che ciascun soggetto coinvolto attribuisce alla prassi stessa. Pur sempre ricordando che: “tale processo non comporta una celebrazione indiscriminata, quanto piuttosto una valutazione relativa al concetto di “buono” condotta secondo standard sociologici rigorosi e critici” (Jones, Cooper, Ferguson, 2009).

Parte seconda

5. Obiettivi e metodologia della ricerca

5.1 Obiettivi della ricerca

Obiettivo del percorso di ricerca è stato quello di valutare l'apporto effettivo di un Marchio di Qualità ("Qualità e Benessere") per uno specifico Ente, cercando in particolare di rispondere a due domande: "L'adesione a un marchio di qualità può aumentare la qualità di vita dei residenti? È in grado di misurare la qualità della vita?".

Parallelamente si è tentato di comprendere anche come diversi professionisti vivano l'adesione a questo, approfondendo limiti e opportunità percepite dagli stessi, soffermandosi in particolare sul ruolo professionale dell'assistente sociale. L'obiettivo era anche quello di verificare la continuità e l'appropriatezza di tale strumento rispetto ai principi, i valori e alle metodologie del servizio sociale: quali opportunità per la professione di assistente sociale?

5.2 Metodologia della ricerca

A partire da questi obiettivi è stata svolta una ricerca di tipo qualitativo, volta ad esplorare e interpretare i fenomeni sociali cominciando dalla percezione dei soggetti, dal senso che questi attribuiscono al fenomeno stesso: la spiegazione che l'attore sociale dà della propria condizione è indispensabile per comprendere quello che è il suo atteggiamento e il suo modo di comportarsi (Jedlowski, 1998).

Con questa presa di coscienza è stata svolta dapprima un'analisi documentale relativa ai diversi Report finali di Audit che l'Ente osservato ha fornito (dopo aver ricevuto il consenso dai gestori del Marchio) e, successivamente, sono state svolte delle interviste a dei professionisti della Struttura: in primis, proprio per l'obiettivo di ricerca, a due assistenti sociali e successivamente tali interviste sono state estese a due educatrici e una referente di nucleo (anche operatrice socio-sanitaria), con la consapevolezza che la qualità è un concetto estremamente complesso e sfaccettato e che quindi il contributo di altri professionisti sarebbe risultato arricchente ed estremamente utile.

Ai professionisti che hanno partecipato all'intervista è stato garantito il rispetto della volontarietà, l'anonimato e la riservatezza nel trattamento dei dati. Inoltre, è stato loro specificato che non si trattava assolutamente di un'intervista tesa a rilevare la loro competenza o la loro conoscenza rispetto all'utilizzo del marchio ma, semplicemente,

di un colloquio che aveva l'obiettivo di percepire la loro esperienza rispetto all'utilizzo di questo.

5.2.1 Analisi documentale

Per quanto riguarda l'analisi della documentazione, sono stati analizzati diversi Report finali di Audit, un documento che viene rilasciato dal Team che si occupa di descrivere e documentare lo svolgimento e gli esiti della visita di audit, mettendo in evidenza i punti di forza e di miglioramento e le eventuali buone prassi riconosciute.

Si è quindi proceduto alla lettura e riletture dei testi, successivamente sono state evidenziate le diverse aree tematiche e riportate nelle colonne di una tabella. Nelle righe sono state evidenziate le diverse annualità.

Questa impostazione dati è stata predisposta al fine facilitare l'analisi delle informazioni ottenute nel corso delle diverse annualità.

Infine, per acquisire una visione ancor più globale e narrativa dei diversi report si è proceduto alla stesura di un testo unico suddiviso in aree tematiche dove sono state riportate le unità di testo più significative. Tali brani sono stati codificati per permettere di risalire al relativo report.

5.2.2 L'analisi delle interviste

Le diverse interviste semi-strutturate sono state audio-registrate e fedelmente trascritte. Durante queste sono state trattate diverse tematiche, seguendo una guida che ha permesso di strutturare l'intervista stessa:

Area 1: Obiettivi del marchio di qualità

- Noti dei cambiamenti nel tuo lavoro da quando è stato introdotto il marchio? Se sì, di che cosa si tratta?
- Che cosa avete ottenuto? Che tipo di risultati avete ottenuto nel tempo?

Area 2: Utilizzo dello strumento

- Pensi che ci siano dei limiti/criticità nell'applicazione del marchio?
- Reputi di essere stato formato a sufficienza? Le competenze che possiedi sono sufficienti? Hai dovuto imparare ad utilizzare nuovi strumenti o nuovi linguaggi?

Area 3: Coinvolgimento degli ospiti

- Nell'attività lavorativa si riesce a coinvolgere l'ospite? È fattibile?
- Quali sono le difficoltà? Perché ha valore fare questa cosa?

Area 4: Outcome e output connessi all'uso

- Quali sono i benefici? Che cosa porta a casa il professionista?
- In che termini la qualità aumenta? Qualità in che senso?
- Quali sono i risultati ottenuti in seguito all'applicazione del marchio?
- Il marchio riesce a descrivere in maniera efficace il benessere della persona? C'è qualche dimensione che invece trascura?

Le domande sono state poste in forma aperta e hanno quindi permesso all'intervistato di esprimersi liberamente. Al contempo tale tipologia di intervista ha permesso di approfondire o chiarire alcuni aspetti emersi durante il corso di questa e di cambiare l'ordine delle domande in base all'andamento della conversazione per renderla più fluida.

In seguito alla trascrittura di queste sono state evidenziate le principali aree tematiche e, attorno a queste si sono organizzati i dati raccolti predisponendo un testo unico e, come nell'analisi documentale, si è proceduto alla codifica di queste parti per permettere di risalire all'intervista originale.

6. Risultati della ricerca

6.1 Analisi dei “Report finali di Audit”

L’analisi diacronica dei Report finali di Audit consente di comprendere meglio e concretamente il funzionamento, la rilevanza del Marchio e il percorso dell’Ente. L’Ente osservato a tal proposito si è impegnato nel fornire diversi Report, da quello riguardante l’annualità del 2011, quello del 2012, del 2013, del 2017 e quello riguardante l’annualità del 2022. Oltre a questi è stato fornito un “Report Audit di accompagnamento al miglioramento”.

I Report presentano più o meno la medesima struttura, nonostante siano presenti delle piccole differenze, alcune dovute all’evolvere degli strumenti e altre dettate dalla soggettività rispetto al modus operandi dell’*équipe* di audit, composta molto spesso da *team leader* e *auditor* differenti.

La struttura del Report finale, consegnato alla struttura in seguito alla giornata di audit, è la seguente: in primis viene indicata l’annualità, i dati identificativi dell’ente, i nominativi rispetto all’*équipe* di audit (composta da un *team leader* e due *auditor* esterni) e la specificità dei *determinanti* che sono stati analizzati e verificati (es. 2.1, 3.2 ecc). I determinati in questione, come specificato nei report, sono stati in parte scelti dalla Struttura, in parte previsti dalle procedure di audit, altri sono stati scelti dal *Team Leader* e altri ancora sono stati estratti a sorte. Nelle diverse annualità prese in esame sono stati valutati dai dieci ai diciotto determinanti, alcuni in maniera più frequente rispetto ad altri.

La parte successiva del documento è dedicata ai *gruppi di emersione* (i cosiddetti “focus group”): in primis quello dei Residenti, dove viene specificato il numero di partecipanti (estratti da un elenco di persone ritenute compatibili con la partecipazione al focus group), le aree indagate, l’attendibilità (bassa, media, alta) e infine le segnalazioni a riguardo e le percezioni emerse. Segue quindi il focus group del Personale, dove viene specificato il ruolo dei differenti professionisti che vi hanno partecipato, le tematiche indagate, l’attendibilità (bassa, media, alta) e anche in questo caso segnalazioni e percezioni osservate.

In seguito vengono restituiti gli *esiti complessivi* della visita, dove vengono riportati i determinanti con i relativi punteggi, sia quelli ottenuti dalla valutazione sia quelli derivanti dal processo di autovalutazione, aggiungendo a questi una colonna di “comparazione”. In base al punteggio di comparazione ottenuto possono derivare diverse fasce di scostamento: bianche, gialle o rosse. Gli esiti complessivi vengono

inoltre rappresentanti graficamente attraverso l'utilizzo di istogrammi e diagrammi radar.

Sulla base dei punteggi ottenuti l'autovalutazione può considerarsi coerente e attendibile o meno.

Seguono nel Report finale i *Punti di forza rilevati* e le *Buone prassi da segnalare*, le *criticità rilevate* e i *suggerimenti per intraprendere azioni migliorative*.

L'ultima parte è dedicata alle *osservazioni etnografiche*³⁶, alle *note* riferite all'attività di audit e infine alle *conclusioni* dove si certifica o meno la qualità di "benchmarker" dell'ente (che dipende dal grado di sovrapposibilità dei risultati della valutazione con quelli di autovalutazione).

Anche il "Report di accompagnamento al miglioramento" presenta diversi elementi tra cui: un'introduzione che contiene delle informazioni rispetto ai partecipanti, alle motivazioni che hanno portato allo specifico piano di miglioramento, allo stato di avanzamento dello stesso (completato/in fase di avvio/in stato di avanzamento al xx%), ai determinanti collegati al piano. Segue anche in questo caso una parte relativa ai gruppi di emersione (con residenti, professionisti e in questo caso anche familiari). Successivamente vi è la parte relativa all'osservazione etnografica, per arrivare poi al cuore del Report, ovvero all'analisi del piano di miglioramento dove si analizza lo stato di avanzamento del piano, suggerimenti, valutazione finale del team di audit che comprende un riscontro concreto rispetto a ciascun determinate prescelto (ad esempio ci può essere una conferma dell'esito dell'anno precedente, un miglioramento o un peggioramento). Infine vengono evidenziate alcune note e suggerimenti (ad esempio "si raccomanda di essere più sistematici nell'analisi dei processi.."), nonché delle considerazioni generali (come ad esempio il fatto che la visita si sia svolta in un clima positivo e di collaborazione).

Come preannunciato, per l'analisi necessaria al lavoro di tesi sono stati letti e riletti i diversi Report finali di Audit, successivamente i dati di ciascuno di questi sono stati riportati in una tabella, costituita da diverse colonne (riferite alle diverse aree), le righe invece identificavano l'annualità del Report indagato. La costruzione di tale tabella ha avuto l'obiettivo di facilitare l'analisi diacronica dei diversi report.

Successivamente è stato creato un testo unico, suddiviso in diverse categorie, dove venivano riportate unità di testo delle diverse annualità relative alla tematica specifica. L'unità di testo estrapolata dal report è stata comunque "codificata" in modo tale da consentire di risalire al testo originale.

³⁶ L'osservazione etnografica ha la finalità di osservare e respirare il clima e le dinamiche ambientali-relazionali agite.

Prevede la permanenza silenziosa per 30 minuti in un punto di osservazione privilegiata, dal quale si possono osservare le attività quotidiane e le relazioni attivate.

Ogni componente del team sceglie un posto differente della struttura ospitante (ad esempio salotto di piano, sala animazione, sala fisioterapia, ecc.) e rileva su apposita griglia i seguenti aspetti: comportamenti dei residenti, relazioni con l'ambiente, comportamenti degli operatori, relazioni tra residenti.

6.1.1 Discussione dei risultati

In seguito verrà presentato ciò che emerge dall'analisi dei diversi Report, soffermandosi sulle diverse aree indagate.

In merito al Focus group dei Residenti, che vedeva coinvolti otto/nove residenti, si rileva come tutti siano avvenuti in un clima sereno e partecipativo e come nella maggior parte dei casi non vi siano stati residenti causa di disturbo o dominanti.

Durante questi potevano essere indagati diversi aspetti, ad esempio un anno sono stati indagate le seguenti tematiche: la qualità dell'assistenza, la giornata in struttura, la vivibilità, la possibilità di muoversi all'interno della struttura e il gusto (tali questioni venivano scelte in relazione ai determinati presi in esame: ogni determinante possiede diverse aree da indagare durante il gruppo di emersione).

L'interazione, durante questi, è stata gestita la maggior parte delle volte da una conduttrice esterna proprio per evitare possibili forme di influenza.

Rispetto alle percezioni emerse e segnalate nei vari Report emerge un'ottima impressione della qualità generale, dettata soprattutto da un personale attento al rispetto della dignità, della privacy e particolarmente impegnato e premuroso nella relazione con il residente: "persone che aiutano", "sempre sorridenti e disponibili".

Negli ultimi Report emerge come i residenti conoscano bene il Direttore e come riescano ad indicare la posizione del suo ufficio senza problemi (comprovando quindi la reale vicinanza con la direzione).

Inoltre, se nei primi Report viene segnalata un'accettazione dei limiti dimensionali delle stanze, parallelamente viene sottolineata una reale soddisfazione rispetto alla possibilità di personalizzare la propria camera: portare piccoli oggetti, quadri, foto o disegni.

Altre tematiche che vengono indagate sono, ad esempio, la percezione e la presenza di alcune figure professionali nella vita dei residenti (come la figura dello psicologo). Rispetto alla psicologa emerge come per alcuni non sia noto il nome e per altri sia stata una figura molto rilevante durante l'ingresso in struttura.

Altri aspetti sottolineati positivamente dagli ospiti sono quelli relativi alla presenza dell'area verde, utilizzata liberamente da chi può uscire in autonomia, percepita come una zona molto curata e accessibile.

Spesso, rispetto al fattore della "libertà", viene espressa una percezione positiva di questa, viene riferita la possibilità di andare dove si vuole e di avere visite molto spesso.

Per quanto attiene i Focus group con il Personale, sono state diverse le professioni coinvolte nel tempo: Operatore Socio Sanitario, Logopedista, Fisioterapista, Educatore professionale, Infermiere e Assistente sociale. Il gruppo è sempre stato percepito dal team di Audit come caratterizzato da un'elevata coesione, collaborazione e partecipazione; viene inoltre sottolineato che non sono mai stati rilevati elementi di conflittualità.

Il valutatore ha più volte segnalato una buona sensibilità operativa e attenzione nei confronti del residente, "evidente come tutti gli operatori sono attenti al riconoscimento delle individualità di ogni anziano e conoscono le storie di vita dei singoli".

Anche in questo caso i fattori e i determinati indagati condizionano necessariamente le percezioni ricavabili (affrontate) dai focus group. Nonostante ciò, in molti è stato rilevato un importante apprezzamento rispetto a progetti interni o a esperienze promosse, come ad esempio l'esperienza del coro o della pittura.

In molti report vengono inoltre segnalati testimonianze di professionisti rispetto a vissuti e riflessioni (anche in merito a casi specifici), oppure limiti e criticità riconosciuti rispetto al proprio operato, che potrebbero ostacolare il benessere del residente (ad esempio la consapevolezza diffusa rispetto ad alcuni interventi necessari ma non sempre allineati a risposte rispettose della più elevata qualità di vita). Anche rispetto a ciò risalta come il personale dell'ente sia estremamente riflessivo, attento e predisposto alla rilevazione di tali criticità e alla condivisione di queste in équipe, ad esempio un altro tema molto discusso è stato quello relativo alle contenzioni fisiche.

Infine, in uno degli ultimi focus group, al gruppo è stato proposto un gioco: "indovina chi": veniva letto un PAI e ad essi era richiesto di indovinare di chi si trattasse, proprio per aumentare la consapevolezza rispetto all'importanza della stesura e della personalizzazione di questi.

Rispetto ai *punti di forza rilevati* nei diversi report vengono rilevati:

- l'"umanizzazione", dove viene sottolineata la positività della dimensione affettiva manifestata dal personale e riconosciuta dai residenti;
- il "comfort" (fattore dove la struttura ha ottenuto anche la qualifica di *best performer*), in relazione al quale è emerso l'apprezzamento rispetto alla presenza di stanze aggiuntive che consentono l'eventuale gestione dei casi particolari e rispetto alla calorosità e alla confortevolezza dei luoghi osservati. Viene inoltre sottolineata la qualità degli ambienti comuni, dell'arredo e delle decorazioni verticali che rendono gli ambienti confortevoli e caldi. La costruzione di spazi privati anche ad uso pubblico;
- l'"interiorità", rispetto alla quale è stato molto apprezzato l'impegno della struttura nel fornire ampio supporto al personale sui temi dell'accompagnamento alla morte, e la consapevolezza dello stesso personale nella gestione individualizzata dei casi in fase terminale;
- la "socialità" dove viene sottolineata la positività del coinvolgimento dei familiari rispetto alle attività formative della struttura e l'individuazione di spazi confortevoli per l'incontro con i cari significativi (in maniera distribuita all'interno della struttura);
- la "vivibilità" rispetto alla percezione degli ospiti di fruire liberamente degli spazi, come ad esempio gli ampi spazi verdi;
- la "libertà": sono state introdotte tecnologie finalizzate alla riduzione del ricorso a misure di contenzione;
- il "gusto": viene rilevata positivamente la presenza del cuoco, che interagisce nel momento del pranzo. Viene considerata buona la qualità alberghiera.

Infine emergono i seguenti punti di forza: la presenza di linee guida sull'assenza di ostinazione terapeutica in fase terminale e attenzione dell'organizzazione sull'argomento; la collaborazione intrapresa con l'azienda sanitaria e con un medico palliativista; i numerosi progetti connessi all'operosità e all'umanizzazione, ben

integrati con i PAI e le storie di vita; uno staff molto affiatato e motivato che dimostra passione del proprio operato e capacità di lavoro di squadra. Secondo il team di audit, la casa dimostra di fatto di essere “viva”.

Se tale sezione è molto utile per comprendere l’andamento e avere un ritorno positivo rispetto alle azioni messe in atto e alla gestione della quotidianità, anche la parte del report relativa alle *criticità rilevate e ai suggerimenti per intraprendere azioni migliorative* risulta di fondamentale importanza per una presa di coscienza rispetto a queste e per favorire un percorso di miglioramento a partire dalle indicazioni concrete che vengono fornite dagli esperti o che si osservano in altre strutture.

Dall’analisi dei vari Report si distinguono le seguenti criticità:

- nell’“operosità”, per il quale (forse essendo il primo report) non era stato precisato per iscritto il motivo;
- nella “libertà”, in particolare nel determinante che riguarda l’utilizzo delle contenzioni e, in una diversa annualità a causa della mancanza di documenti specifici (procedura e diari) relativi all’autonomia economica dell’ospite;
- nell’“affettività”, rispetto al determinante che riguarda la presenza di progetti per la gestione di animali in struttura;
- nell’“autorealizzazione” e nella “salute”, che in alcuni casi sono stati valutati dal team di audit con attribuzione dei punteggi inferiori;
- nel “rispetto”: per la presenza di indicazioni fotografiche di configurazione del letto/spondine che erano state valutate come possibilmente lesive della dignità delle persone;
- nell’“umanizzazione” per il fatto che la narrazione dell’agito di alcuni casi presi in esame era risultata nettamente superiore a quanto era stato riportato nel PAI;
- nel “gusto” poiché la comunicazione del menù presentava ampi spazi di miglioramento, anche sulla base delle buone prassi del Marchio.

In generale, per quanto riguarda i suggerimenti dati nel tempo in relazione a tali criticità sono emersi i seguenti: la migliorabilità del PAI, nel quale non sempre risultavano descritti i reali obiettivi e le azioni intraprese. Inoltre, non risultavano sempre chiare le relative attività di verifica e di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

In secondo luogo veniva suggerito l’utilizzo di strumenti per la rilevazione della “Customer Satisfaction” dei residenti; la promozione del menù e la riduzione delle contenzioni (“si suggerisce di intraprendere un percorso articolato finalizzato alla riduzione della contenzione che passi per alcuni capisaldi quali: la sensibilizzazione del territorio, dei familiari e degli operatori sul tema; la dichiarazione della politica dell’organizzazione rispetto al tema della contenzione al fine di ufficializzare un patto con il territorio; la formalizzazione di misure alternative alla contenzione e la loro valutazione di applicabilità ed efficacia nei casi; la corretta identificazione di motivazione e di fine della contenzione; gestione del consenso informato specificando benefici e malefici; la discussione in équipe della somministrazione della contenzione; il monitoraggio e l’alleggerimento della misura; l’adozione solo come “ultima ratio” della contenzione”).

In uno dei primi report (2013) si indicava inoltre la necessità di avviare un percorso virtuoso di gestione documentale, relativamente a unificazione dei formati utilizzati,

relativamente alla valorizzazione documentata delle buone prassi operative e infine, rispetto alla gestione del volontariato (registrare presenze, elenco volontari, firma accettazione regolamento, ecc.).

Nel report successivo (2017), sempre rispetto a tale tematica viene consigliato di perfezionare l'aspetto documentale legato alla progettualità per dare maggiore evidenza della valorizzazione delle storie di vita e delle potenzialità inespresse nella pianificazione dell'attività.

Rispetto al fattore salute viene suggerito di rendere più tracciabili le attività di conciliazione di cura e qualità della vita.

In relazione al gusto veniva infine suggerito di valutare una progettualità sul miglioramento delle stoviglie (piatti, bicchieri, arredo, tavola ecc.).

Per quanto concerne tali osservazioni, grazie ai Report successivi e alla mia permanenza all'interno della Struttura, emerge come siano state intraprese azioni mirate al miglioramento di ciascun aspetto.

Giunti alla parte relativa agli *esiti complessivi della visita* si rileva, attraverso l'analisi comparata dei diversi Report, come si sia passati da sette o più fattori situati in fascia di scostamento bianca (ottenuta da punteggi di autovalutazione e di valutazione uguali o molto simili) e meno di cinque fattori situati in fascia di scostamento rossa (riscontrata quando vi è una differenza superiore ad un punto) (nel report del 2012 e 2013) a 11 fattori in fascia di scostamento bianca, uno in fascia di scostamento gialla e zero in fascia di scostamento rossa (nel report 2022). Dunque, sebbene l'autovalutazione sia sempre stata considerata complessivamente coerente ed attendibile nella valutazione, emerge come l'Ente sia andato incontro ad un importante miglioramento nell'autovalutazione.

Inoltre, in ciascun report sono presenti delle tabelle riassuntive che in relazione al determinante preso in esame paragonano il punteggio di autovalutazione a quello di valutazione (in due distinte colonne), rappresentando tale confronto in una colonna detta "Comparazione", dal cui punteggio si ricava la fascia di scostamento.

Sarebbe stato interessante analizzare i diversi punteggi e l'andamento diacronico di ciascun determinante, ma durante l'analisi si è riscontrato un limite: dipeso dal fatto che non sempre sono stati analizzati gli stessi determinanti, perciò risulta complesso eseguire un'analisi di questo tipo. Nonostante ciò è stato possibile trarre delle conclusioni positive attraverso le altre componenti dei Report.

Per di più, il drammatico evento Covid-19 ha sicuramente messo a dura prova le diverse strutture, complicando anche l'implementazione del Marchio, tanto che, nel Report 2022 (rispetto all'Ente osservato) sono stati analizzati un minor numero di determinati, che sembrano essere quelli resi più vulnerabili dalla Pandemia.

In conclusione, dall'analisi dei diversi Report emerge una profonda consapevolezza, del Marchio e dei Professionisti coinvolti, rispetto al fatto che la qualità costituisca il risultato del lavoro, dell'impegno e del contributo di ciascun soggetto. A partire da questo deriva la necessità di coinvolgere ciascun attore, dai residenti ai professionisti dell'ente per cogliere percezioni, vissuti e saperi.

Ed è proprio in questo senso che il Marchio sembra essere strettamente allineato al "Modello della reciprocità" di Milner e O'Byrne (2005) affrontato precedentemente, che si basa sulla consapevolezza dell'impossibilità di creare una gerarchia tra le diverse

tipologie di conoscenza: la conoscenza di coloro che vivono in prima persona un problema/una condizione viene senza alcun dubbio considerata allo stesso livello di quella dell'esperto professionista (Fargion, 2013), nonché all'approccio costruttivista (par. 3.1 e 3.6).

6.2 La voce dei professionisti

Le interviste semi-strutturate sono state realizzate durante i mesi estivi dell'anno 2023 a diversi professionisti, nello specifico: a due Assistenti sociali specialisti, due Educatrici professionali e ad una Referente di Nucleo (nonché Operatrice socio-sanitaria).

Durante gli incontri sono state affrontate diverse tematiche, e la traccia utilizzata ha affrontato in particolare le seguenti aree tematiche (par. 5.4):

- Obiettivi del marchio di qualità
- Utilizzo dello strumento
- Coinvolgimento degli ospiti
- Outcome e output connessi all'uso

Le varie domande sono state poste in maniera flessibile, seguendo l'andamento della conversazione a lasciando tutto lo spazio necessario all'intervistato.

Ogni intervista è stata audio-registrata e trascritta in maniera fedele, successivamente le diverse aree tematiche sono state "etichettate", così come le "parole chiave" (quelle più significative per la ricerca) che sono emerse nel corso dell'intervista. Successivamente sono state individuate le macro-aree attraverso un'attenta lettura e rilettura e, attorno a queste, sono stati riordinati i dati raccolti, partendo dall'evidenziare le unità di testo significative per ciascuna area.

Da questa procedura si è quindi ottenuto un nuovo testo costituito dalle diverse unità selezionate, accompagnate anche in questo caso da un codice identificativo che permetteva di risalire all'intervista originale.

Le macro-aree individuate, attorno alle quali sono state raggruppate le unità di testo, sono le seguenti:

- Cambiamenti (sono avvenuti dei cambiamenti nel modo di lavorare?)
- Risultati (che cosa si è ottenuto nel tempo? Quali risultati?)
- Limiti/criticità (vengono individuati dei limiti o delle criticità nell'applicazione del marchio?)
- Formazione (la formazione personale è considerata sufficiente per l'applicazione dello strumento?)
- Coinvolgimento degli ospiti (perché ha valore fare questa cosa?)
- Benefici per il professionista (che cosa apporta al professionista tale strumento?)
- Aumento della qualità (in che termini la qualità aumenta?)
- Risultati ottenuti (quali sono i risultati ottenuti in termini di output e outcome?)
- Efficacia del marchio nel misurare la QoL? (il marchio riesce a descrivere in maniera efficace il benessere della persona? c'è qualche dimensione che invece trascura?)

Procedendo quindi con un'analisi delle interviste, per quanto attiene ai *cambiamenti* osservati, i professionisti riferiscono che il Marchio ha influenzato significativamente diversi aspetti del loro *modus operandi*: a partire dall'abitudine acquisita di documentare scelte, accaduti e osservazioni. Si sono resi conto dell'importanza di "tracciare" efficacemente il proprio agire professionale in modo che rimanga, non solo in ottica auto-valutativa ma anche per coloro che in seguito dovranno esprimere una valutazione.

In secondo luogo, per quanto riguarda gli assistenti sociali, ha favorito la riemersione di un principio centrale e fondamentale del Servizio sociale: la personalizzazione. Questo grazie alle osservazioni costruttive e agli indicatori relativi alla progettazione del PAI, che insieme al processo di aiuto deve essere il più possibile personalizzato.

La Referente di Nucleo intervistata riporta l'importanza di avere degli obiettivi che riescono ad orientare l'azione e ad aumentarne l'efficacia.

Infine, i professionisti riconoscono l'importanza di una valutazione esterna, che riesce ad osservare e riportare alla struttura stessa i diversi elementi con maggiore obiettività favorendo processi di riflessione e sostenendo il miglioramento continuo.

Rispetto ai *risultati* ottenuti sono state sottolineate nelle narrazioni diverse aree, in primis il benessere degli anziani: favorito da quelli che sono i suggerimenti concreti e le "guide" che vengono date dal Marchio (basti pensare anche solo alla dimensione riferita all'ambiente e a quella riferita al gusto) e dall'ispirarsi ad altre strutture che possono offrire nuovi punti di vista e modalità di gestione.

Inoltre, dall'analisi delle interviste emerge l'opinione condivisa rispetto al fatto che tale strumento ti stimoli a lavorare in maniera diversa: dal punto di vista relazionale (come ad esempio attraverso la valorizzazione della storia di vita, il sostegno delle autonomie residue o il supporto nella fase di accoglienza e durante la permanenza) fino a quello strutturale (riferito ad esempio alle accortezze da adottare nella disposizione della stanza o nella fruibilità dello spazio verde). Tutti questi impegni e attenzioni verrebbero percepiti anche dall'esterno, dai familiari e dalla comunità, che spesso hanno un'ottima opinione dell'Ente.

Da ultimo, sempre in relazione alle modalità di lavoro è stato sottolineato come sia divenuto nel tempo sempre più sistematizzato, programmato e documentato, caratteristiche che contribuiscono ad accrescere la qualità dei processi di valutazione.

Se da un lato i professionisti sottolineano e riconoscono i meriti e le potenzialità di tale strumento, dall'altro esternano l'importante sforzo richiesto e la difficoltà nel garantire un'adeguata attenzione in alcuni periodi (si pensi al Covid-19 o a normali periodi caratterizzati da un maggiore carico di lavoro), soprattutto se il lavoro viene concentrato su un numero ridotto di professionisti (nel caso dell'Ente osservato alcune educatrici devono svolgere molto lavoro per il Marchio).

Si tratta di un impegno molto importante, che richiede tempo e risorse per poter funzionare. Perché il macchinario possa funzionare è necessario che tutti gli ingranaggi, ovvero i singoli professionisti, lavorino in maniera organica, e che ogni ingranaggio (diverso per forma, ruolo e mole) sia funzionale affinché l'incastro risulti ottimale e il macchinario non si inceppi. È proprio così che può essere rappresentato il percorso con

il marchio, e sono molti i fattori che possono contribuire al malfunzionamento del macchinario: tra i principali, i professionisti riconoscono la mancanza di tempo, poiché:

[(...) per fare bene Q&B devi avere una continuità nel corso dell'anno. Questa continuità (che vorrebbe dire trovarsi regolarmente, ma anche nel quotidiano ricordarsi sempre che nel PAI scrivo..., ecc.) è un metodo di lavoro che non è facile introdurre in un'organizzazione, non sempre ce la fai. Una criticità è riuscire a garantirlo nel corso dell'anno proprio perché l'organizzazione vive di tante altre cose e soprattutto dipende dal gruppo di lavoro: c'è chi lo sente di più e chi lo sente di meno]
(INT-1)

Un'altra importante criticità è riconosciuta nella difficoltà di distribuire il lavoro in maniera omogenea. In merito a questo, i primi anni di adesione al marchio vengono ricordati come anni di estrema fatica nel recuperare il materiale ai fini della valutazione: erano quattro o cinque le persone che se occupavano. La soluzione suggerita, che è stata intrapresa gradualmente dagli interessati, è che ognuno abbia i suoi compiti e le proprie responsabilità, in modo che tutto avvenga in modo funzionale e armonico.

Nel momento in cui, queste condizioni non dovessero esistere, l'adesione perde di significato e rischia di essere vista da molti professionisti come un peso anziché come una reale opportunità di arricchimento.

[Ecco, per quanto riguarda quest'aspetto secondo me richiede del tempo, ma è anche un sistema di lavoro, quindi nel momento in cui diventa sistematico è ovvio che diventa tutto molto più fluido]
(INT-5)

Per quanto riguarda il tema della *formazione* ricevuta per l'implementazione di tale strumento, gli intervistati raccontano che è avvenuta attraverso i colleghi della struttura, che a loro volta hanno partecipato a dei corsi: ad esempio i corsi per diventare auditor. Oltre a questa modalità vengono organizzati congressi, momenti di incontro o altre tipologie di formazioni (anche per via telematica).

Per di più, entrambi gli assistenti sociali concordano nel fatto che comunque, la loro formazione personale (universitaria) risulta molto affine rispetto al funzionamento e alle richieste che derivano per e dall'implementazione di tale strumento, soprattutto in riferimento ai corsi che hanno trattato tematiche come la valutazione e la progettazione. Anche le altre professioniste concordano nell'individuare la base teorica dell'applicazione del marchio come piuttosto semplice e comprensibile. Sebbene abbia richiesto comunque di imparare ad utilizzare nuovi strumenti e comprendere nuovi linguaggi, è bastato poco tempo per prendere dimestichezza con questi.

Molto interessante è il riscontro ricevuto dalle educatrici (ma anche dagli altri professionisti) quando si affronta la tematica del focus group e del *coinvolgimento dei residenti*, che lo individuano come uno strumento essenziale e insostituibile per aumentare la qualità di vita stessa: consentirebbero di ricevere suggerimenti e cogliere percezioni che altrimenti rischierebbero di rimanere celati. In secondo luogo coloro che vi partecipano restituiscono vissuti di entusiasmo, anche dettati dal fatto che percepiscono di avere voce in capitolo: il capitolo di una loro importante fase di vita.

[Sicuramente il coinvolgimento dell'ospite è un grande risultato, riusciamo ad avere un'ottima partecipazione (forse anche perché sono abituati ad essere chiamati in causa, a partecipare ecc.) e tutto quello che emerge noi lo annotiamo, ne teniamo conto...ad esempio sul discorso del gusto e della cucina l'anno scorso è stato fatto l'appalto anche tenendo conto dei loro suggerimenti e delle loro percezioni. Tra poco lo rifacciamo per capire se è migliorato, se hanno una percezione migliore di questo. E così per tanti altri ambiti, perciò li facciamo anche al di fuori del marchio.

È fondamentale che loro dicano cosa vogliono o cosa non vogliono perché non possiamo immaginarlo e li emerge proprio.

Poi loro apprezzano molto questi momenti e lo esplicitano dicendo "voglio ancora questi momenti"]

(INT-4)

Procedendo con le narrazioni, quando si affronta la tematica relativa ai *benefici per il professionista*, è chiaramente distinguibile l'apporto che il marchio dà e continua a dare al singolo professionista: dal lavoro introspettivo e riflessivo alle ricadute migliorative nel lavoro pratico.

Stimola di continuo il professionista nell'interrogarsi rispetto al lavoro che sta svolgendo, dagli aspetti più profondi sino agli aspetti più tecnici (come ad esempio quello di documentare): la riflessione viene vista come una pratica che rischia di essere offuscata dai ritmi di lavoro e il marchio in qualche modo te la "impone" di continuo.

Inoltre, il percorso con gli esperti del marchio viene descritto come qualcosa di molto profondo: vanno ad "indagare" in maniera approfondita come viene svolto il lavoro, quali sono le pratiche adottate (ad esempio come viene seguito l'ingresso, come viene accolta la persona ecc...), e rispetto a queste restituiscono suggerimenti concreti che consentono di migliorare molto.

Infine i professionisti riferiscono anche notevoli soddisfazioni e riconoscimenti che contribuiscono a tenere alta la motivazione.

[Conosci a 360° il tuo lavoro e aumenti la tua competenza. Sviluppi nuove conoscenze, ti permette di non fossilizzarti e sicuramente porta a migliorarti.

Non ti limiti solo al tuo ma vedi anche altre realtà, il lavoro degli altri ecc...]

(INT-5)

Procedendo, in relazione ai risultati in termini di *output* e *outcome* vengono evidenziati soprattutto quelli riscontrabili nella qualità di vita offerta al residente, conseguita da una serie di attenzioni, iniziative e riflessioni ma anche indicazioni e suggerimenti migliorativi concreti promossi dal marchio stesso. Viene sottolineata soprattutto la personalizzazione dell'intervento e della relazione, attraverso la quale la persona viene vista a trecentosessanta gradi, tenendo conto della sua storia di vita, della sfera relazionale, dei suoi limiti, delle sue patologie, ma soprattutto di quelle risorse, caratteristiche, autonomie e potenzialità che rimangono e che possono essere nutrite e supportate.

[La riflessione, il cambiamento, non solo professionale ma personale perché sono tutte cose che incidono sul tuo modo di pensare, non solo sul lavoro... e sono cose che ti possono servire anche fuori. (...) La qualità che dà al tuo lavoro.

Risultati soprattutto a livello organizzativo e a come pensare la persona residente. Il fatto di pensare al residente come una persona a trecentosessanta gradi (...)]
(INT-2)

Restano infine da analizzare le questioni più centrali per lo scopo della ricerca: tale strumento è in grado di *rilevare la qualità di vita*? l'adozione di questo strumento riesce ad *aumentare la qualità*?

I diversi professionisti concordano nel dire che il marchio, a parere loro, proprio per la vastità di determinanti e indicatori riesce a rilevare e promuovere la qualità di vita e il benessere dell'anziano e in merito a questo, non avrebbero alcun determinante o indicatore da aggiungere: vi è un continuo lavoro che viene eseguito dai gestori e dagli esperti per migliorare lo strumento e adeguarlo alla continua evoluzione dei fenomeni.

In particolare un professionista sottolinea che, a suo parere, i focus group e l'osservazione ambientale (previsti durante la giornata di audit) costituirebbero gli strumenti più efficaci nel misurare il benessere della persona, proprio perché consentono di entrare maggiormente nella realtà soggettiva dei residenti ed assumere maggiormente lo sguardo dei diretti interessati.

Per quanto riguarda la seconda questione, riferiscono un'influenza importante rispetto alla qualità del servizio offerto, ma soprattutto per la qualità di vita dell'anziano, che si vede rispettato e ascoltato. I diversi professionisti riportano diverse esperienze di trasferimenti in cui il residente e la famiglia di questo si accorgono che c'è qualcosa in più, tanto che spesso il residente si riferisce alla struttura nominandola "casa".

[Oltre che nella qualità del lavoro contribuisce ad una maggiore qualità di vita del residente sicuramente, perché tutti quei fattori che vanno a vedere, alla fine vengono tutti visti in prospettiva dell'ospite (ci sono anche quelli sulla parte alberghiera e quindi vai a vedere in che ambiente vivono, ci sono gli aspetti relazionali e progettuali, la spiritualità e l'interiorità). (...) il residente si accorge che c'è una marcia in più, ripeto, si tratta di qualità di eccellenza, ti da uno scalino in più, ancora una volta difficile da concretizzare perché nella quotidianità non è facile arrivarci, però per me sì.
La percezione che ho è che non è che si va a guardare l'organizzazione, si va a guardare l'organizzazione ma dal punto di vista dell'ospite: come tu organizzazione, in questi aspetti, cosa fai per il tuo residente. Quindi alla faccia se può garantire una maggiore qualità di vita, certo che sì]
(INT-1)

Per concludere l'analisi delle interviste, appare interessante una riflessione in merito al cambiamento generazionale espressa da una professionista, che in qualche modo evidenzia una necessità di revisione dello strumento e sottolinea il continuo lavoro di aggiornamento richiesto per adattarlo alla realtà circostante.

È emerso, soprattutto in seguito all'esperienza Covid-19, come sia necessario rivedere gli indicatori rispetto all'affettività e alla socialità poiché ad oggi, molto spesso, i residenti entrano in struttura con tablet o telefoni propri, attraverso i quali il più delle volte coltivano affetti e relazioni esterne con familiari e altre figure per loro significative, gestendo in autonomia tale sfera. Perciò secondo il parere della professionista, la valutazione rispetto alla relazione con i familiari andrebbe rivista poiché si limita all'attività che avviene in struttura e non rileva quella per via telematica. In merito a

questo, una persona che non riceve visite ma effettua videochiamate ogni giorno potrebbe avere molte più relazioni e contatti rispetto ad una che riceve una visita settimanale di poche ore.

6.3 Discussione dei risultati

L'analisi dei Report e delle interviste ci permette di affermare che l'adesione al Marchio consente di aumentare la qualità del lavoro svolto, ma soprattutto il benessere organizzativo e la qualità di vita del residente. Oltre al coinvolgimento diretto degli ospiti e alla rilevazione delle loro percezioni, il marchio si sofferma in maniera dettagliata su tutti quei fattori che possono influire in qualche modo sulla qualità di vita del residente. Fattori che sono stati individuati attraverso un confronto costante tra gli enti partecipanti e che hanno portato ad una visione valoriale condivisa di quella che è la qualità da rincorrere, racchiusa nella "Carta dei valori" del Marchio Q&B (Giordani, Negri, Iesurum, 2016).

Per quanto riguarda il professionista, il marchio promuove la riflessione e il miglioramento continuo, consapevole dell'importanza che la modalità relazionale e di pensiero del professionista ricoprono nel garantire un buon livello di benessere dell'ospite. Proprio per questo ogni persona impegnata nel creare la qualità è chiamata a partecipare attivamente al processo valutativo, sentendosi riconosciuta (come persona e come professionista), maggiormente soddisfatta e motivata.

Dunque il Marchio, nonostante la rigorosità del metodo, ha scelto di non sacrificare gli aspetti di valutazione soggettiva "che sebbene possano costituire un elemento connotato da incertezza, sono necessari per includere e rendere valutabili dimensioni prevalentemente qualitative, troppo spesso escluse dai sistemi formalizzati di valutazione della qualità, che rischiano una deriva verso l'eccessiva burocratizzazione e l'appiattimento sulla prestazione standard, senza riuscire più ad innescare e sostenere i processi di miglioramento auspicati" (Giordani, Negri, Iesurum, 2016).

Ovviamente, metodizzare certe attenzioni, riflessioni o attività richiede tempo e risorse all'ente, ma soprattutto ai singoli professionisti, che sono chiamati e incentivati ad aderirvi interiormente, ad appropriarsi di tali valori perché questo importante progetto possa funzionare. Per quanto riguarda i professionisti intervistati, questi mostrano un'elevata consapevolezza, paiono aderire interiormente a tale progetto e sembrano considerarlo una reale opportunità di arricchimento, professionale ma anche personale: elemento imprescindibile per questo possa effettivamente funzionare.

Inoltre, sebbene la consapevolezza rispetto all'investimento di risorse necessario, gli intervistati riportano una maggiore efficienza ed efficacia nel lavoro svolto, grazie alla possibilità di evidenziare e vedere evidenziati quelli che costituiscono i punti di forza e di debolezza attraverso un processo di partecipazione attiva, in cui ciascun attore ricopre un ruolo fondamentale.

In conclusione è bene sottolineare che si tratta di un percorso che non può mai considerarsi compiuto, proprio perché consiste in un costante potenziamento e aggiornamento, teso ad aumentare il benessere organizzativo e la qualità di vita dei

residenti. Sebbene tale visione appartenga a diverse strutture di questo tipo, l'adesione a tale Marchio dà la possibilità di orientare gli sforzi e le risorse, di avere delle restituzioni da soggetti esperti ed esterni, nonché di accrescere la soddisfazione rispetto al proprio operato.

Conclusioni

Gli studi effettuati consentono di affermare che, in relazione alla condizione di aumento della speranza di vita e tutti gli aspetti che ne conseguono, le Residenze Socio-Assistenziali per anziani costituiscono una risposta fondamentale in grado di gestire situazioni di elevata complessità socio-sanitaria. Nonostante ciò, l'ingresso in una di queste strutture non costituisce una scelta semplice per l'anziano e spesso nemmeno per i familiari e/o il caregiver, che trovandosi in una situazione di reale impossibilità nell'intraprendere qualsiasi altra decisione, e in seguito all'aver tentato ogni alternativa, si ritrovano a compiere tale passo attorniato di frequente da sensi di colpa, emozioni e vissuti negativi.

In un momento di crisi così complesso, vivere o sapere il proprio caro in una condizione di relativo benessere o comunque in un contesto che mira a questo, coinvolgendo i familiari quando presenti e andando oltre l'aspetto puramente sanitario e assistenziale, sicuramente può aiutare.

In relazione a questo, il "Marchio Qualità & Benessere" si presenta come uno strumento potenzialmente in grado di accompagnare la struttura nel perseguire tale obiettivo.

A partire da queste premesse, la presente tesi si è posta l'intento di rispondere ad alcune domande:

- Aderire a tale Marchio può realmente aumentare la qualità di vita dei residenti? Riesce effettivamente a rilevare un aspetto così soggettivo?
- Qual è l'esperienza dei professionisti in merito a tale iniziativa?
- Qual è l'apporto che questo Marchio può fornire alla professione di assistente sociale?

La ricerca effettuata, e in particolare l'Analisi dei Report finali di Audit e le interviste ai professionisti, hanno permesso di rispondere a tali quesiti.

Per quanto riguarda l'efficacia del Marchio nel rilevare e accrescere la qualità di vita, dall'analisi dei dati, emerge una risposta affermativa: i dodici fattori, i seguenti determinanti e i centoquattro indicatori consentono di rilevare una serie di informazioni che permettono una visione globale rispetto al tipo di vita che la persona può condurre all'interno della struttura (dalla dimensione abitativa alla dimensione spirituale). Inoltre la pluralità delle fonti e l'appropriatezza degli strumenti in relazione allo specifico determinante, consentono valutazioni pertinenti e adeguate all'aspetto oggetto di valutazione, ma soprattutto di rilevare e confrontare ciò che viene formalmente definito (attraverso l'osservazione documentale) con ciò che invece viene realmente realizzato e soggettivamente percepito (attraverso i focus group, con i residenti e con il personale, e attraverso l'osservazione ambientale). In maniera concorde con quanto emerso dalle

interviste con i professionisti, i focus group con i residenti e con il personale costituiscono il pezzo di puzzle mancante, la chiave di lettura in grado di dare una svolta alla realtà circostante.

Ed è proprio questa molteplicità di punti di vista e considerazioni che attribuisce legittimità, valore e “neutralità” ai processi di valutazione qualitativa (Fargion, 2006).

Infine, la valutazione esterna consente di avere una visione più tecnica e oggettiva, mentre i processi di *benchmarking* e la rilevazione delle buone prassi consentono alle strutture di crescere insieme giovando dei successi e delle scelte innovative altrui.

Anche per quanto riguarda l’esperienza dei professionisti, attraverso le interviste è stato possibile cogliere i vissuti e le percezioni di cinque professionisti.

Un importante punto di forza del Marchio, riconosciuto dai diversi intervistati, risulta la capacità di attuare un processo di coscientizzazione personale e interpersonale che conduce ad una visione critica della realtà circostante. Processo che, in assenza di un “fattore stimolante” (in questo caso il Marchio) esterno o interno che sia, rischia di essere soffocato dal carico di lavoro dettato dalla quotidianità operativa.

Il percorso con il Marchio ha inoltre consentito ai diversi professionisti e all’Ente di aumentare l’efficacia e l’efficienza grazie alla definizione di limiti e osservazioni costruttive, nonché a suggerimenti concreti su ciascuna “lacuna” o difficoltà riscontrata che sono in grado di orientare l’azione, indirizzando l’investimento di risorse.

Altri due aspetti molto importanti che emergono sono riferiti alla documentabilità delle azioni intraprese che consente anche una maggiore *accountability*, e la personalizzazione dei percorsi di aiuto e dei progetti, aspetto fondamentale per una buona qualità di vita ma messo a rischio dalla riduzione delle risorse (tempo, finanziamenti e personale).

In conclusione, nonostante il significativo impiego di risorse tale percorso sembra portare ad ottimi risultati, non tanto deducibili dai punteggi numerici ottenuti di anno in anno, ma piuttosto dall’intero processo narrato e osservato.

Tutto ciò è possibile purché Ente e personale siano disposti a mettersi in gioco a partecipare e a collaborare in maniera considerevole, e a condizione che tale metodo di lavoro venga sistematizzato e svolto in maniera costante e continuativa. Per questo, aderire in maniera puramente formale risulta disutile e svantaggioso.

Infine, rispetto all’apporto che può fornire alla professione di assistente sociale conseguono alcune riflessioni.

Sicuramente, risulta evidente il contributo del Marchio nel favorire il “benessere organizzativo”, ovvero la capacità dell’organizzazione “di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori che operano al suo interno” (Miur) fattore necessario perché l’assistente sociale (ma anche tutti gli altri professionisti) possa svolgere in maniera ottimale i suoi interventi.

Inoltre, i singoli fattori e i determinanti prodotti risultano estremamente coerenti nel garantire la dignità, la tutela e il rispetto dei diritti della persona: bussola orientativa per l’operato dell’assistente sociale. Viene spronato in particolar modo alla valorizzazione delle risorse della persona, al rispetto dell’autodeterminazione, ad attivare reti di solidarietà e alla personalizzazione dell’intervento: principi che l’assistente sociale dovrebbe aver stampati in mente e applicare di continuo ma che talvolta rischiano di essere messi in ombra dall’urgenza di fare.

Per questi motivi, aderire (anche interiormente) a tale progetto “costringe” l’assistente sociale a rallentare e a prendersi del tempo per riflettere su tali aspetti, nutrendo il legame esistente tra teoria e pratica.

Attraverso questo grande progetto, anche la valutazione e l’autovalutazione (temi caldi per il Servizio sociale) sembrano trovare risposte adeguate poiché spronate e guidate. Inoltre, attraverso questi processi di valutazione l’assistente sociale ha la possibilità di prendere decisioni più orientate, favorendo percorsi di ricerca orientati ad individuare e riprodurre le buone prassi e a dimostrare la validità del lavoro svolto, promuovendo e difendendo l’autonomia professionale.

Tutto questo con la consapevolezza che il Marchio non è esaustivo per l’operato dell’Assistente sociale, ma risulta piuttosto complementare a tutte le competenze e la formazione acquisita nel tempo. L’impressione, è che questo possa effettivamente avere anche la funzione di “reminder”, ovvero di promemoria rispetto ad alcuni aspetti di essenziale importanza nel lavoro sociale.

Per quanto riguarda i punti di forza riscontrabili nella ricerca, sicuramente le analisi condotte hanno consentito una visione piuttosto globale del fenomeno.

Inoltre il periodo di osservazione è stato molto utile per comprendere meglio il funzionamento e gli effetti prodotti dal marchio, ed ha consentito di appurare in prima persona ciò che è stato esplicitato dai professionisti.

Un altro aspetto positivo in grado di dare forza al processo di ricerca è l’anonimato, che sicuramente ha permesso agli intervistati di esprimersi liberamente. Per di più il fatto che avessi avuto modo di farmi conoscere da loro durante il periodo di osservazione probabilmente ha permesso una maggiore apertura da parte loro e una minore diffidenza.

Per quanto riguarda i limiti, questo studio presenta certamente quelli tipici della ricerca qualitativa in profondità, che consistono nell’impossibilità di generalizzare i risultati ottenuti.

In aggiunta, non è stato possibile analizzare tutti i singoli Report delle differenti annualità: in seguito all’informatizzazione ne sono stati persi alcuni. Tale limite è stato in parte superato grazie alla narrazione dei professionisti e allo stile narrativo e descrittivo dei diversi report finali. Sempre in relazione ai report non si è ritenuta opportuna l’analisi diacronica dei punteggi valutativi poiché nel tempo sono stati analizzati differenti determinanti e, oltre a ciò, il team di valutazione era composto da persone differenti di anno in anno e si è osservato l’utilizzo di diverse orientamenti valutativi nel tempo. Perciò si è ritenuto più opportuno analizzare le componenti descrittive e valutative (che componevano comunque la parte più consistente del report), che hanno consentito di andare oltre il singolo punteggio e addentrarsi nel processo e nel percorso affrontato.

In conclusione, questo studio ha fatto sorgere una questione importante: se ad oggi il coinvolgimento dei residenti risulta un elemento fondamentale di funzionamento e di efficacia del marchio, ma parallelamente le persone che entrano in queste strutture sono sempre meno autosufficienti e con importanti limiti cognitivi, come si gestirà tale aspetto quando (e se) tutti i residenti non saranno nelle condizioni di partecipare?

Sicuramente potrebbe essere interessante promuovere tavoli di lavoro anche con la comunità più estesa affinché vi partecipino e vi ragionino persone anziane, comunque “più vicine” come trascorsi e percezioni. Un altro ruolo fondamentale potrebbe essere

quello dei familiari, che nel momento del bisogno (magari prima dell'ingresso in struttura) hanno tenuto per mano e hanno accudito i loro cari in questa fase di vita, conoscendone bisogni e vissuti (almeno in parte).

Ma sicuramente il gestori del Marchio e gli esperti che vi lavorano vi staranno già pensando.

Bibliografia:

- Aloisio F., (2019), L'anziano istituzionalizzato: il vissuto psicologico e l'importanza di attività cognitive e relazionali, *il Giornale delle Scienze Psicologiche*
<https://www.stateofmind.it/2019/07/anziani-casa-di-riposo/>.
- Apolone G, Mosconi P., Ware JE. (1997), *Questionario sullo stato di salute SF36*. Guerini ed associate, 1997.
- Arlotti M., Parma A., Ranci C. (2017), Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento, Il Punto di Welforum, in *welforum.it*, 24 novembre.
- Barsanti S., Colombini G., Pardini E., Rosa A. (2019), La valutazione della performance delle Residenze Sanitarie Assistenziali: il caso della Regione Toscana, in *I luoghi della cura n. 2/2019*
<https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2019/03/la-valutazione-della-performance-delle-residenze-sanitarie-assistenziali-il-caso-della-regione-toscana/?pdf>.
- Bernardi L. (2005), *Percorsi di ricerca sociale. Conoscere, decidere, valutare*, Carocci editore, Roma.
- Bertolini L., Pagani M. (2011), Qualità della vita o qualità della cura?, in *I luoghi della cura*, anno IX-N.3-2011
<https://www.luoghicura.it/servizi/2011/09/qualita-della-vita-o-qualita-della-cura/>.
- Bertolini L., Pagani M., (2011), Qualità della vita o qualità della cura?, in *I luoghi della cura*, n.3-2011
<https://www.luoghicura.it/servizi/2011/09/qualita-della>.
- Brickman A.M., Stern Y. (2009), Aging and Memory in Humans, in *Squire (ed.), Encyclopedia of Neuroscience*, vol. 1, Academy Press, Oxford, pp. 175-80-vita-o-qualita-della-cura/.
- Campanini A. (a cura di) (2006), *La valutazione nel servizio sociale: proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, Carocci, Roma.
- Cantarella A., Borella E., De Beni R. (2019), *Valutare la qualità della vita nelle residenze per anziani*, FrancoAngeli, Milano
- Castle N. G., Ferguson J. C., (2010), What is nursing home quality and how is it measured?, in *The Gerontologist*, 50(4), 426-442.
- Cioni, E. (1998), La vita previdenziale, in *Quaderni di ricerca*, 84.
- Civenti G.(2007), *Approcci alla valutazione e funzioni professionali*, in De Ambrogio U., Bertotti T., Merlini F., *L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*, Carocci, Roma.
- Cherubini A. et al. (2012), Underrecognition and under treatment of dementia in Italian nursing homes, in *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(8), p. 759.
- Chiatti C., Barbabella F., Masera F. (2013), Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale, in *I luoghi della cura*.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_4°_Rapporto_2013.pdf.

Cloak, Nancy, and Yasir Al Khalili. "Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD)". PubMed, StatPearls Publishing 2020, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551552/.

Da Roit B., Sabatinelli S. (2005). Il modello mediterraneo di welfare tra famiglia e mercato. *Stato e Mercato*, 74 (2), 267–290.
<http://www.jstor.org/stable/24650848>.

Da Roit B. (2007) Changing intergenerational solidarities within families in a Mediterranean welfare state - Elderly care in Italy, *Current Sociology*, 55 (2), pp. 251-269.

Da Roit B., (2008), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, in Kazepov Y., Arlotti M. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali*, Carocci, Roma.

Da Roit B., Facchini C. (2010), *Anziani e badanti*, FrancoAngeli, Milano.

Department of Health (1998), *Modernising Social Services*, London, The Stationery Office.

Depp C.A., Jeste D.V. (2006), Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, pp. 6-20.

Donabedian A. (1980), Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care, *Medical Care Review*, vol. 37, n. 7, pp. 653-698.

Donabedian A. (1985), Twenty years of research on the quality of medical care: 1964-1984, *Evaluation & Health Professions*, vol. 8, pp. 243-265.

Donabedian A. (1992), The role of outcomes in quality assessment and assurance, *Quarterly Review Bulletin*, vol. 11, pp. 356-360.

Donabedian A. (2005), Evaluating the quality of medical care, *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n. 4, pp. 691-729.

Edemekong, Peter F, et al. (2022) "Activities of Daily Living (ADLs)." NCBI, StatPearls Publishing, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/.

Fabrizi D. (2004), *La memoria della regina: pensiero, complessità, formazione*, Milano, Guerini.

Facchini C. (2008), Per chi lavorano le "badanti"?, *I luoghi della cura*
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2008/12/2008_4_Facchini.pdf.

Fargion S. (2006), Valutare il servizio sociale con metodologie qualitative", in Campanini A. (a cura di), *La valutazione nel servizio sociale : proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, Carocci Faber, Roma.

Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale : riflessioni, casi e ricerche*, Carocci, Roma.

Fazzi L., Gori C. (2004), "Il voucher e il quasi mercato", in C. Gori, (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Ferguson I., Lavalette M. (2004), Beyond Power Discourse: Alienation and Social Work, *British Journal of Social Work*, vol. 34, pp. 297-312.

- Ferrera, M. (1996), The “Southern Model” of Welfare in Social Europe, *Journal of European Social Policy*, n. 6, pp. 16-37.
- Fosti G., Notarnicola E. (a cura di) (2019), *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care*. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Rapporto Cergas, Milano, Egea.
- Fosti G., Notarnicola E., (2018), *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care: 1° rapporto Osservatorio Long Term Care*, EGEA spa
<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/1%25C2%25B0-Rapporto-LTC.pdf>.
- Garulli M. (2023), *L'accoglienza in struttura: l'inizio fondamentale per una buona permanenza... e assistenza*, in “I luoghi della cura”, n. 1-2023
<https://it.readkong.com/page/l-accoglienza-in-struttura-l-inizio-fondamentale-per-una-7857350>.
- Gori C. (a cura di) (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Bologna, Il Mulino.
- Gori C., Gubert E. (2020), L'indennità di accompagnamento, in *Network Non Autosufficienza - NNA (2020) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto*. 2020/2021. Punto di non ritorno, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7°_Rapporto.pdf.
- Gouldner A.W. (1972), *La crisi della sociologia*, il Mulino, Bologna.
- Guaita A. (2005), Linee guida della SIGG per le RSA, Bollettino SIGG.
- Guaita A., Trabucchi M., (2017), *La residenzialità*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto. 2017/2018. Il tempo delle risposte*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6°_Rapporto.pdf.
- Guaita A. (2020), I servizi residenziali (I). Guardare indietro per andare avanti, in *I luoghi della cura*.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7°_Rapporto.pdf.
- Hillman F. (2005), *Migrants care work in private households, or the strength of bifocal and transnational ties as a last(ing) resource in global migration*, in Pfau-Effinger B., Geissler B. (a cura di), *Care and Social integration in European Societies*, The Policy Press, Bristol.
- Hutchinson, Alison M et al. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review, *BMC health services research* vol. 10 166. 16 Jun. 2010, doi:10.1186/1472-6963-10-166.
- IRESER (2021), *La gestione della non autosufficienza in Europa, Italia, Emilia-Romagna*,
https://www.er.cgil.it/images/Non_autosufficienza_report.pdf.
- Irs, Capp (2016), Costruiamo il welfare dei diritti. Ridefinire le politiche sociali su criteri di equità ed efficacia, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2.
- Istat (2014), *Indagine Multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e servizi sanitari 2012-2013*. <https://www.istat.it/it/archivio/7740>.
- Istat (2019), *Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni*,
www.istat.it/it/archivio/236301.

Istat (2019), *Le condizioni di salute della popolazione italiana. Migliora la salute degli anziani ma cresce la domanda di cura e di assistenza*
<https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>.

Istat (2020), *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*
<https://www.istat.it/it/files/2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>.

Istat (2020a), Database sull'invecchiamento della popolazione, Istituto Nazionale di Statistica, www.istat.it.

Istat (2022), *Rapporto annuale 2022 – La situazione del Paese*
https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Capitolo_3.pdf.

J. M. P. O'Byrne (2005), *L'assessment nei servizi sociali. La valutazione iniziale negli interventi di aiuto e controllo*, Erickson, Trento.

Jedlowki P. (1998), *Il mondo in questione. Introduzione alla storia del pensiero sociologico*, Carocci, Roma.

Jones K., Cooper B., Ferguson H. (a cura di) (2009), *Lavoro per bene. Buone pratiche nel servizio sociale*, Erickson, Trento.

Kane RL, Priester R, Totten AM.(2005), *Meeting the challenge of Chronic illness*. The Johns Hopkins University press, Baltimore.

Liebfried, S. (1992), *Towards a European Welfare State: On Integrating Poverty Regimes in the European Community*, in Z. Ferge, J.E. Kolberg (a cura di), *Social Policy in a Changing Europe*, Boulder: Westview Press.

Lomazzi L. (2011), La valutazione della soddisfazione nelle RSA: appunti per orientarsi, in *I luoghi della cura*, Anno IX - N. 3 – 2011
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2011/09/2011_3_Lomazzi.pdf.

Macdonald G. (2001), *Effective Interventions for Child Abuse and Neglect*, London, Wiley.

Mace N. L., Rabins P. V. (1995), *Demenza e malattia di Alzheimer. Come gestire lo stress dell'assistenza*, Edizioni Erickson, Trento.

Margison F. (2001), *Practice-based Evidence in Psychotherapy*. In C. Mace, S. Moorey e B. Roberts (a cura di), *Evidence in Psychological Theories*, London Brunner-Routledge.

Mazzucco S. Ongaro F. (2002), *Forme di vita familiare in tarda età: il ruolo della rete familiare*, in Ongaro F. (a cura di), *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizione*, FrancoAngeli, Milano.

Means R., Smith R. (1998), *From Poor Law to community Care: The Development of Welfare Services for Elderly People 1939-1971*, Bristol, Policy Press.

Millar J., Warman A. (1996), *Family Obligations in Europe*, London: Family Policy Studies Centre.

Micheli G.A. (a cura di) (2004), *I continuanti. Interventi a mosaico in una società che invecchia*, Milano, Angeli.

Morganti F. et al. (2020), Take the First-Person Perspective to Become Dementia Friendly: The Use of 360° Video for Experiencing Everyday-Life Challenges with Cognitive Decline, *Frontiers in Psychology*, 11, 117.

Morganti F. (2022), *Psicologia dell'invecchiamento e qualità della vita. Salute, fragilità, demenze*, Carocci editore, Roma.

Morosini I., Montemurro F., Petrella A. (a cura di) (2016), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane*, SPI CGIL, Torino.

Naldini M. (2002), *The Family in the Mediterranean Welfare State*, London, Frank Cass.

Network Non Autosufficienza (a cura di) (2013), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_4°_Rapporto_2013.pdf

Network Non Autosufficienza (a cura di) (2017), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Sesto rapporto, Il tempo delle risposte, Nan.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6°_Rapporto.pdf

Network Non Autosufficienza (a cura di) (2020), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto. 2020/2021. Punto di non ritorno, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7°_Rapporto.pdf

Noli M. (2020), I servizi domiciliari, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7°_Rapporto.pdf

Nuti S., Rosa A., (2012), *Il sistema delle RSA in Toscana: mappatura e valutazione*, Pisa, Pacini Editore.

Pantalone M. (2021), *Un percorso partecipato. La definizione dei criteri di valutazione delle pratiche di long-team care*, Supplemento online al vol. 21, n. 4, agosto 2021, Erickson, Trento.

Pantalone M., Bertin G. (2019), *La questione dell'invecchiamento*, in V. Cesareo, N. Pavesi (a cura di), *Il Welfare Responsabile alla prova. Una proposta per la società italiana*, Vita e Pensiero, Milano.

Pantalone M. (2021), *Una società che invecchia. Nuove sfide per il servizio sociale*, Carocci editore, Roma.

Paolisso G., Boccardi V. (2014), L'invecchiamento Della Popolazione: I Dati Dell'Osservatorio ARNO Population Aging: Results of ARNO Study., *G Gerontol*, vol. 62, 2014, pp. 60–63, web.archive.org/web/20180425200641id_/http://www.jgerontology-geriatrics.com/wp-content/uploads/2016/02/02-Paolisso1.pdf.

Parton N., O'Byrne P. (2005), *Costruire soluzioni sociali. Costruzionismo e nuove tecniche del lavoro sociale*, Erickson, Trento.

Pasquinelli S., Rusmini G. (2009), *I sostegni al lavoro privato di cura in NNA* (a cura di) (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_1°_Rapporto_2009.pdf

Pasquinelli S., Rusmini G., Le assistenti familiari e il lavoro privato di cura, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2020/2021.

https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7°_Rapporto.pdf

Pawson R. (2002), Una prospettiva realistica. Politiche basate sull'evidenza empirica, in *Sociologia e Ricerca sociale*, XXIII, 68-69, pp. 11-57.

Pedrinelli Carrara, L. (2016). *Attività di animazione con gli anziani. Stimolare le abilità cognitive e socio-relazionali nella terza età*. Edizioni Erickson, Trento.

Pelliccia L. (2019), Dove sta andando l'ADI? Le principali tendenze evolutive delle cure domiciliari, in *www.luoghicura.it*, 23 gennaio.

Pesaresi F., Brizioli E. (2009), I servizi residenziali, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*.

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-old module. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(10), 2197–2214.

<https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>

Prestia A. *Qualità della vita dei pazienti in RSA* in Network di Obiettivo Psicologia.

<https://www.opsonline.it/psychoinforma/qualita-della-vita-dei-pazienti-in-rsa/>

Ragioneria Generale dello Stato (2019), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 20, Roma, Ragioneria Generale dello Stato.

Raineri M.L., Corradini F. (2022), *Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione (quarta edizione aggiornata)*, Erickson, Trento.

Ranci C., Osterle A., Arlotti M., Parma A. (2019), Coverage versus generosity: Comparing eligibility and need assessment in six cash-for-care programmes, in *Social Policy and Administration*, 53(4), pp. 551-566.

Sachs – Ericsson N., et al. (2014), The Influence of Prior Rape on the Psychological and Physical Health Functioning of Older Adults, in *Aging Mental Health*, 18, pp. 717-30

Saraceno C., (2003a), La conciliazione di responsabilità familiari e attività lavorative in Italia: paradossi ed equilibri imperfetti, *Polis*, vol. XVIII, n.2, pp. 199-228.

Saraceno C. (2003b), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Saraceno C. (2009). Le politiche della famiglia in Europa: tra convergenza e diversificazione. *Stato e Mercato*, 85 (1), 3–30.

<http://www.jstor.org/stable/24650725>

Saraceno C., Naldini M. (2021), *Sociologia della famiglia*, il Mulino, Bologna

SIGG. *Quando Si Diventa “Anziani”?*.

https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/12/News_Quando-si-diventa-anziani.pdf

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, *La Geriatria fuori dall'Ospedale: uno strumento forte per affrontare la cronicità*, Cinquantacinquesimo Congresso Nazionale.

<https://www.sigg.it/assets/congressi/55-congresso-nazionale-sigg/slide/marino-30.pdf>

Stame N. (2001), *Tre approcci principali alla valutazione: distinguere e combinare*, in Palumbo (2001), pp. 21-46

Stone M.E. (2017), The Continued Eclipse of Heterogeneity in Gerontological Research, *The Journals of Gerontology: Series B*, 72, pp. 162-7

Sullerot E. (1987), *Età e identità sociale*, Edizioni Lavoro, Roma.

Taccani (1994), a cura di, *Dentro la cura*, Milano, Angeli.

Tidoli R. (2006), Le metamorfosi dell'assistenza domiciliare, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2.

Tidoli R. (2017), La domiciliarità, in NNA (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017-2019, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6°_Rapporto.pdf

Tidoli R. (2021), *I servizi domiciliari in Italia. Allegato 1 a il piano nazionale di domiciliarità integrata*.

<https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2021/09/Allegato-tecnico-1.pdf>

Tognetti A. (2004), Le problematiche del caregiver, in *G Gerontol.*

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2022 Summary of Results*. 2022.

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf

Vetrano D.L., Vaccaro K. (a cura di) (2018), L'assistenza domiciliare in Italia: chi lo fa, come si fa e buone pratiche, in www.italialongeva.it, Roma, ItaliaLongeva.

Vetrano D.L. (a cura di) (2021), *Long-term care in Italia: verso una rinascita*, Italia Longeva.
https://www.italialongeva.it/wp-content/uploads/2021/07/Indagine_LTC-6_2021.pdf

Sitografia:

Alzheimer's Disease International, <https://www.alzint.org>
<https://www.alzint.org/about/risk-factors-risk-reduction/>
<https://www.alzinfo.org/understand-alzheimers/clinical-stages-of-alzheimers/>

Ministero della Salute,
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4706&lingua=italiano&menu=socioSanitaria>

Ministero della Salute, *Dati Epidemiologici*.
www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto.

Ministero Dell'Istruzione E Del Merito
<https://www.miur.gov.it/benessereorganizzativo#:~:text=Per%20benessere%20organizzativo%20si%20intende,che%20operano%20al%20suo%20interno>.

Ocse (2020), Health Statistics 2020 Definitions, Sources and Methods, www.oecd.org/health/health-data.htm.

Osservatorio nazionale sulle politiche sociali, 2022
<https://www.welforum.it/il-welfare-dei-servizi-per-contrastare-la-non-autosufficienza/>

Qualità & Benessere
<https://qualita-benessere.it/il-marchio-qb/>

World Health Organization, *Active ageing: a policy framework*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2012). WHOQOL - Measuring Quality of Life| the World Health Organization, *World Health Organization*, www.who.int/tools/whoqol.

World Health Organisation (2021). “Ageing.” *Www.who.int*, 2021, www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1.

*A mamma e papà, ai vostri sacrifici e alla vostra costante dedizione nel rendermi felice.
Grazie per aver creduto in me (molto più di me), per avermi sempre supportata e aver
permesso tutto questo.*

*A Maria e Paolo per condividere con me momenti di gioia e pazzia ed essere i
compagni della mia vita.*

*Ai miei adorati nonni, le colonne portanti delle nostre famiglie, a voi che non vivete un
giorno senza pensarci e amarci.*

Alla mia grande famiglia per essere così unita.

*Alle mie amiche, a voi che mi volete bene per quella che sono e per essere sempre al
mio fianco.*

*E infine ad Andrea, non ultimo per importanza, che sei la mia gioia e la mia forza e ci
sei sempre stato.*

Grazie... vi amo immensamente