



# CIVICA IN-FORMA

QUOTIDIANITÀ, INFORMAZIONE ED OLTRE  
ANNO XIV - N. 1 - MAGGIO 2014

Periodico a cura della **CIVICA DI TRENTO** - Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
RSA di S. Bartolomeo • RSA di Gabbio • RSA di Gardolo • RSA Angeli Custodi • Centro Diurno Alzheimer • Alloggi protetti • Casa di soggiorno

## Concorso UPIPA 2013: La spiritualità nei ricordi della terza età



**inserto  
speciale:  
L'ASSISTENTE  
SOCIALE  
IN R.S.A.**



## Indice

Alcune considerazioni sulla progettualità della Civica per l'anno 2014 . . . . .	3
Concorso UPIPA: "Credenze popolari e spiritualità nei ricordi della terza età" . . . . .	4
La cura delle persone affette da demenza . . . . .	6
A proposito del nucleo.... . . . . .	8
Il servizio di prevenzione e protezione. . . . .	9
Guida alla lettura della busta paga . . . . .	9
Come i piccoli passi possono dare qualità . . . . .	15
Anche nel 2013 il marchio Q&B UPIPA . . . . .	16
Inserto: L'assistente sociale in RSA	
Monitoraggio degli standard di qualità relativo all'anno 2013 . . . . .	18
Riflessioni sul disagio organizzativo . . . . .	28
Sguardo sulla formazione: gli esiti del percorso formativo realizzato presso la RSA di Gabbiolo . . . . .	30
Quasi amici (recensione). . . . .	33
Il contributo di due lettrici . . . . .	33
Alcune parole chiave. . . . .	35
Sintesi degli esiti della sperimentazione dell'applicazione del "protocollo prevenzione delle cadute" e della "procedura per l'applicazione dei mezzi di contenzione fisica dei residenti" . . . . .	37
L'esperienza degli studenti Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica . . . . .	39
Un saluto da Aurora e Mattia . . . . .	41
Gruppo Girasoli . . . . .	42

Gruppo di redazione:

Giancarlo Fumanelli • Michele Gretter • Claudia Offer • Lorenza Rossi • Debora Vichi

## *Alcune considerazioni sulla progettualità della Civica per l'anno 2014*



In questo periodo di profonde e preoccupanti criticità che ci troviamo ad affrontare nella quotidianità della vita familiare e collettiva in particolare nei confronti del versante economico e sociale, mi sento particolarmente sollecitato a condividere con collaboratori, ospiti residenti e familiari della Civica, ma anche con tutti i cittadini di Trento la considerazione che mi è scaturita naturalmente nel momento della programmazione dell'attività della Civica per il prossimo futuro.

Un segnale di distensione e di speranza in un prossimo futuro migliore in cui, nonostante gli eventi problematici noti a tutti, si possono garantire servizi adeguati anche alle nuove esigenze rilevate e si possono realizzare interventi in grado di sostenere, per quanto possibile, l'occupazione e l'economia locale.

In merito a quest'ultimo aspetto la Civica sta appaltando i lavori di ristrutturazione del piano terra dell'immobile in Via Molini adibito a alloggi protetti per renderlo adeguato all'attività di centro di servizi, già ad oggi attivo in un contesto però non ottimale. Per i la-

vori occorrenti la Civica ha ottenuto il finanziamento della spesa necessaria quantificata in 300.000 euro da parte della Provincia di Trento.

Quindi l'intervento non ha / avrà nessun onere / impatto sulle rette e sulle tariffe giornaliere per gli utenti.

Anzi il contenimento dei consumi energetici quanto meno nei confronti del riscaldamento, dovrebbe originare un risparmio che, seppure non particolarmente elevato in valore assoluto, si dimostra significativo nell'ottica perseguita dalla Civica e condivisa come principio generale dalla Provincia e dal Comune di Trento di investire in azioni in grado di non generare ulteriori oneri gestionali, ma un contenimento dei costi a carico della collettività.

Entro il 2015, poi, verranno appaltati i lavori concernenti l'ampliamento della RSA Stella del Mattino di Gardolo per un importo di 2.000.000 di euro per i quali la Provincia di Trento ha recentemente concesso il finanziamento.

In estrema sintesi gli interventi previsti sulla RSA Stella del Mattino riguardano la riorganizzazione degli spazi esterni

con la previsione di un unico ingresso con la razionalizzazione e la valorizzazione dell'entrata in struttura, la costruzione di una superfetazione verso ovest in grado di accogliere le sale di ristorazione, il riutilizzo di alcuni spazi interni per attività di soggiorno/animazione, la razionalizzazione degli ambulatori infermieristici e la modulazione dei spazi adibiti a cappella e servizio irreligioso e ai servizi alla persona.

A brevissimo verrà affidata la progettazione esecutiva in modo da poter procedere all'iter di appalto dei lavori entro l'anno.

Vale la pena sottolineare che, come già si è potuto verificare e da parte sia dei collaboratori che degli ospiti/familiari, la Civica, in relazione a questo intervento decisamente significativo, ha implementato la metodologia della progettazione partecipata con l'obbligo, da parte del progettista incaricato di elaborare la proposta progettuale, di coinvolgere gli stakeholders interessati e fruitori del servizio da erogare nella struttura in esame.

Ad oggi diverse sono state le osservazioni avanzate sul progetto.

Per la fase esecutiva rimane ancora da affrontare la richiesta sottoscritta da numerosi familiari di mantenere la localizzazione della cappella nella sede attuale. Compito della Direzione rimane quello di seguire le fasi della progettazione partecipata. Chiaro che la decisione definitiva in merito ai contenuti del progetto spetta comunque alla committenza e quindi, per la Civica, al Consiglio di Amministrazione.

Nei confronti della qualificazione/valorizzazione del servizio socio sanitario la Civica ha previsto nel programma di bilancio ed è già in uno stadio avanzato nel lavoro di attuazione, la costituzione di un nucleo mirato all'accoglienza degli ospiti residenti con problematiche di degenerazione cerebrale originata da varie patologie prima fra tutti il morbo di Alzheimer.

Il setting operativo verrà realizzato presso un reparto della RSA di San Bartolomeo da attrezzare adeguatamente sia in termini di arredo che di sistemi di controllo.

Il personale da adibire al nucleo verrà formato adeguatamente con un corso mirato. Le procedure in merito sono già state attivate.

La Civica sta poi approfondendo e definendo la costituzione di una unità valutativa interna in modo da poter obiettivamente intercettare e segnalare i casi/soggetti bisognosi di essere inseriti nel nuovo nucleo.

Per l'estate siamo in grado di organizzare gli incontri informativi con ospiti/familiari in modo da far conoscere e condividere sistema e metodo e attivare il nucleo prima dell'inizio di autunno.

A completamento delle infor-

mazioni in merito a questa progettualità ricordo che per attivare un'assistenza mirata nel nucleo in corso di costituzione la Civica ha previsto un'immissione di ulteriori 75 ore settimanali di assistenza, senza impattare sulle rette giornaliere di degenza che, come noto, hanno subito un incremento minimo nel rispetto delle direttive provinciali leggermente inferiore al tasso di inflazione programmato.

Nell'augurare a tutti un buon proseguimento nel lavoro intrapreso e nella convinzione che tutto quanto in 'cantiere' serva per migliorare la qualità e l'adeguatezza dei servizi da erogare ai nostri residenti e ai potenziali futuri ospiti/residenti di Trento, saluto cordialmente e rimango disponibile ad approfondimenti e chiarimenti ritenuti opportuni.

DI SARAH ANESIN - EDUCATRICE PROFESSIONALE RSA S. BARTOLOMEO

## *Concorso UPIPA: "Credenze popolari e spiritualità nei ricordi della terza età"*



**N**el corso 2013 l'UPIPA ha indetto un concorso denominato "Credenze popolari e spiritualità nei ricordi della terza età". La nostra struttura ha aderito all'i-

niziativa trovando grande riscontro nei nostri residenti per l'argomento proposto. Sono stati effettuati degli incontri settimanali con un gruppo di anziani residenti presso la no-

stra struttura, con lo scopo di stimolare la memoria e i loro ricordi rispetto al tema della spiritualità e delle credenze popolari. I ricordi sono stati facilitati dalla presenza di og-



getti che rievocavano il mondo religioso di un tempo. Questa raccolta è stata possibile solo grazie al coinvolgimento di parenti, volontari e personale che ha cercato e portato gli oggetti. Ci siamo subito resi conto della grande collaborazione ed entusiasmo. È così nata l'idea di realizzare una mostra. Nel mese di novembre 2013 è quindi stata inaugurata, e tenuta aperta per un mese, la mostra dal titolo "La spiritualità nei ricordi della terza età". Lo scopo era quello di valorizzare il materiale, sia gli oggetti, sia le memorie legate al tema. A

conclusione del percorso, per spiegare tutto il lavoro fatto, un familiare ha realizzato (gratuitamente) un DVD riassuntivo. Il concorso è stato anche un'occasione di scambio e di rievocazione dei ricordi dei nostri ospiti che si sono potu-



ti esprimere e confrontare su un argomento così importante per loro e ancora così vivo nella loro memoria. Come conclusione dell'esperienza, è stata fatta la premiazione con consegna ad ogni ospite partecipante di un attestato e di un piccolo pensiero da parte di Antonella Lunelli, rappresentante dell'U.P.I.P.A.

Un grazie a tutti e arrivederci all'anno prossimo!

## NOTIZIE IN BREVE

25 Aprile 2014

### IL RICORDO VERSO I NOSTRI PAPÀ I.M.I.

Questo viaggio nel tempo questa storia dolorosa, questa data che mai si potrà dimenticare, il canto verso il Cielo che è una preghiera, lo sventolio delle tante bandiere che è il saluto verso il Paradiso degli eroi.

La loro voce sempre più lontana nel tempo, ma tanto cara al nostro cuore; vi sia il ricordo anche quest'anno di noi figli, un piccolo filo di seta e di amore. I nostri papà Trentini furono 800 dietro quel filo spinato (fuchren) e tanti tornati malati e sofferenti da quel buco nero di dolore pagando errori non voluti. Non si volta la pagina della storia, ma si dona il Perdono a voi cari papà che lo avete donato!

*Elisa Scandella*

I.M.I, la allora piccola madrina della bandiera I.M.I. Internati Militari Italiani.

# La cura delle persone affette da demenza

**D**alla seconda metà del secolo scorso, nei paesi occidentali, si è assistito ad un progressivo cambiamento della struttura demografica della popolazione con un aumento dei soggetti anziani. In Italia, negli ultimi cento anni il numero delle persone con un'età superiore a sessantacinque anni è quasi triplicata (da 6,1% a 17,7%) e nell'arco di cinquant'anni potrebbe arrivare a rappresentare il 34% della popolazione totale. Nell'ambito della non autosufficienza di una grande fetta della popolazione anziana, il problema demenza rappresenta una vera e propria "emergenza" sanitaria ed assistenziale.

Effettuare una diagnosi corretta e tempestiva, valutare i bisogni, programmare ed attuare una formazione professionale adeguata alla complessità della patologia sono gli elementi di cui i servizi devono tenere conto nell'organizzazione di interventi rivolti agli anziani affetti da demenza. Inoltre, è da sottolineare come, l'inserimento nei servizi residenziali e semiresidenziali di persone affette da demenza richieda scelte organizzative specifiche, questo sia per rispondere correttamente ai bisogni dell'anziano demente, sia per non determinare un deterioramento delle condizioni di vita degli altri utenti del servizio.

Nel 2009 l'Associazione Alzheimer Trento ONLUS in collaborazione con la facoltà di ingegneria dell'Università di Trento<sup>1</sup>, ha analizzato i dati del Rapporto elaborato nel 2006 da Alzheimer Europe ed ha effettuato una ricerca approfondita sulla nostra Provincia, raccogliendo i dati dall'Azienda Per i Servizi Sanitari.

Nel Rapporto del 2006, erano stati presi in considerazione in particolare due studi di prevalenza:

- lo studio EURODEM (European Concerted Action on Epidemiology and Prevention of Dementia Group);
- lo studio Ferri et al. (condotto nel 2005 da Martin Prince e Cleusa Ferri per conto di Alzheimer Disease International<sup>1</sup>).

Questi due studi evidenziano come la demenza sia un problema molto diffuso nella Comunità Europea: il numero di persone affette è compreso tra 5.3 e 6.4 milioni nei 31 Paesi considerati nel Rapporto.

Per quanto riguarda l'Italia

<sup>1</sup> **Adeguare gli spazi domestici per ospitare in sicurezza il malato di Alzheimer: problematiche e soluzioni a supporto della famiglia.** Chiogna M., Dalprà M. 2009 Manuale curato dall'Associazione Alzheimer Trento ONLUS in collaborazione con Università degli studi di Trento - Dipartimento di Ingegneria Civile e Ambientale.

risulta che il numero dei malati nel 2005 è compreso tra 820.462 (studio Ferri et al.) e 905.713 (studio EURODEM).

Il progetto dell'Associazione Alzheimer, utilizzando i dati degli studi citati ha consentito di effettuare una proiezione a livello provinciale sul numero di persone affette da demenza. Quindi, se si traspongono per analogia i dati derivanti dagli studi EURODEM e Ferri, si stima, in Provincia di Trento, un numero di potenziali malati compreso tra 7.537 e 7.035.

In questi ultimi anni il numero di persone affette da una forma di demenza è progressivamente aumentato tra gli ospiti delle residenze protette. Il significativo peggioramento delle capacità cognitive e la presenza di gravi disturbi del comportamento, rappresentano le principali cause di istituzionalizzazione.

È da tenere presente che la convivenza tra utenti dementi e utenti che non lo sono, può risultare essere particolarmente problematica:

- per gli utenti dementi, ai quali diventa difficile garantire la protezione necessaria senza dover ricorrere a limitazioni della libertà individuale, considerando, inoltre, che strutture molto ampie e con molti utenti saranno un'ulteriore fonte di disorientamento;

- per gli utenti non dementi che possono vedere compromessa la loro tranquillità dalla presenza di persone disorientate e talvolta disturbanti;

- per il personale che assiste, che deve contemporaneamente rispondere a bisogni estremamente diversi tra loro.

La cura della persona affetta da demenza, data la caratteristica di cronicità della malattia, si pone come cura a lungo termine che progressivamente impone soluzioni sempre più articolate. Gli interventi richiesti sono tanto più complessi quanto più complessi diventano i bisogni: la lunga durata, la caratteristica di inguaribilità e di irreversibilità di molti aspetti, il prodursi di una disabilità psichica e fisica, con l'instabilità clinica e comportamentale che accompagna le fasi moderate-gravi, il diventare nel tempo una patologia che dal singolo si estende al nucleo familiare e a tutto il contesto di vita del malato.

L'obiettivo centrale della cura nelle diverse fasi della malattia, ma ancor più nelle fasi avanzate, è la promozione del benessere della persona. Il perseguimento di un obiettivo come questo rende necessaria e fondamentale la costruzione di un sistema di supporto alla vita della persona con demenza, che possa sostenere il malato, comprendere le diverse e particolari disabilità che si instaurano con il tempo, ma nel contempo cogliere e valorizzare le competenze residue, le preferenze, le attitudini e i desideri della persona malata.

Una metodologia molto diffusa è il Gentlecare ideato e promosso dalla canadese Moyra Jones

e che di fatto rappresenta un possibile modello di intervento protesico basato, in sintesi, su:

- conoscenza della persona: in senso clinico, funzionale e biografico;
- valutazione dei deficit indotti dalla patologia e analisi delle strategie che il malato trova in autonomia per farvi fronte;
- creazione della protesì: relazione dinamica tra ambiente fisico, ambiente umano (le persone che prestano la cura) e le attività.

Questo modello pone una grande attenzione sull'ambiente, con l'obiettivo di salvaguardare la dignità della persona anche nelle fasi molto avanzate della malattia, cercando di promuovere l'autonomia e la compensazione dei deficit individuali. L'ambiente protesico si basa sul paradigma della casa, dato che la casa rappresenta lo spazio di massima familiarità, l'ambiente in cui il riconoscimento degli spazi e del loro significato è immediato e dove vengono custodite le esperienze più private e significative per la vita di ciascun individuo.

Creare uno spazio familiare è tutt'altro che facile, dato che il significato di casa e le diversità tipiche di ciascuna persona, influenzano l'esperienza della casa che ciascuno sperimenta durante la propria vita ed è per questo che il Gentlecare propone dei principi base che vanno coniugati alle singole esperienze:

- la sicurezza
- la facilità di accesso e di mobilità
- la funzione
- la privacy, il comfort, la socializzazione,
- la flessibilità e il cambiamento.

Diventa però fondamentale concepire lo spazio come luogo di vita della persona malata e solo in seconda battuta come luogo di lavoro per l'equipe. Gli spazi devono riflettere prima le molteplici esperienze delle persone affette da demenza e offrire soluzioni adeguate a una razionalizzazione del lavoro.

La conoscenza della malattia, la condivisione degli obiettivi e dei progetti di cura da parte di tutte le persone coinvolte, sono altrettanto importanti quanto lo spazio terapeutico. L'alleanza terapeutica tra famiglie e operatori è la garanzia di una vera continuità di cura. Costruire una routine giornaliera che ridia un senso alla giornata incerta del malato, completa il programma. Le attività che possono essere proposte, dovranno essere aderenti allo stile di vita della persona affetta da demenza, partire dalla ricostruzione di abitudini e tradizioni proprie della persona, essere allineate con le reali competenze e suddivise tra attività di base, necessarie (es. riposo/movimento), essenziali (es. relazione) e significative. In ogni caso dovranno essere concepite come un'opportunità di intrattenimento e non come un obbligo, dovranno essere comprensibili e realistiche, non infantili, stimolanti ma non stancanti, rispettose dei tempi e dei ritmi di ogni singola persona<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Vitali S. Guaita A. Il significato dell'ambiente protesico nella cura della persona con demenza in fase severa. *Dementia Update* 2000; 7: 24-29

## A proposito del nucleo . . .



Con il passare degli anni le problematiche degli ospiti che arrivano in RSA richiedono sempre più capacità di presa in carico sia da un punto di vista sanitario/assistenziale/sociale che gestionale. Molti di questi residenti, che ad oggi sono di difficile gestione a domicilio, sono affetti da demenze o altre patologie che manifestano disturbi comportamentali quali *wandering*, appropriazione impropria di oggetti, manifestazione di comportamenti che possono mettere in pericolo l'incolumità di altre persone e di se stessi... Le persone con queste caratteristiche possono creare difficoltà di gestione anche in una struttura complessa come la nostra che

accoglie persone con patologie e esigenze diverse incidendo anche sul benessere del caregiver, sottoponendolo a notevole stress.

Proprio per questo la Civica sente l'esigenza di offrire una gestione alternativa di questi residenti, promuovendo la presa in carico dell'utente con disturbi comportamentali in un ambiente adeguato, attraverso la creazione di un nucleo preposto presso il secondo piano, nella sede di San Bartolomeo. Naturalmente questo non solo

avrà ricadute positive sulla gestione di San Bartolomeo ma anche sulle tre restanti strutture, oltre al permettere una miglior qualità di vita a questa tipologia di utenza.

Per formare il nucleo, sotto il coordinamento del Dott. Giancarlo Fumanelli, ci siamo divisi i compiti formando dei gruppi di lavoro che si occuperanno



di due grandi tematiche: l'*organizzazione* e l'*adeguamento strutturale*.

Per l'area *organizzativa* si sta già ad oggi attuando la selezione (con la collaborazione del Centro diurno Alzheimer) e programmando la formazione del personale che presterà servizio nel nucleo. Mentre con il Dirigente medico Dott. Andrea Vaccari si sta creando uno strumento di lavoro che permetterà all'equipe preposta la valutazione, l'ammissione e la dimissione dell'ospite designato al nucleo.

La comunicazione e il coinvolgimento dei residenti, parenti e del personale sarà seguita da un gruppo di lavoro specifico.

Per l'*adeguamento strutturale* con la collaborazione dell'Economista Dott. Alessandro Fambri si stanno pensando a migliorie strutturali e tecnologiche che possono rendere più sicuro e accogliente l'ambiente e nello stesso tempo agevolare il lavoro dell'operatore.

Siamo ancora all'inizio di questo lungo e faticoso percorso di miglioramento e cambiamento del modo di lavorare, ma la motivazione del gruppo è alta e tutti stanno

mettendo a disposizione la propria professionalità ed esperienza. Gli *obiettivi del nostro progetto* sono *promuovere il benessere della persona, in assenza di condizioni di stress, risolvere e/o controllare i problemi comportamentali, ridurre l'utilizzo di farmaci e della contenzione. Per sostenere questi sforzi bisogna riuscire a creare un'alleanza terapeutica tra l'equipe e i familiari del paziente. Per restituire serenità e tranquillità alle famiglie e instaurare un rapporto di fiducia tra loro e l'equipe.*"

## Il Servizio di Prevenzione e Protezione



**A**ll'interno di ciascuna azienda, indipendentemente dal settore di appartenenza, un gruppo di persone lavora dietro le quinte per migliorare le condizioni psico-fisiche dei lavoratori e minimizzare i rischi lavorativi correlati a infortuni e malattie professionali: è il Servizio di Prevenzione e Protezione (chiamato anche SPP).

Già introdotto dal D.Lgs. 626/1994, il SPP è attualmente regolamentato dal D.Lgs. 81/2008, Testo Unico sulla Sicurezza, che conferisce al Datore di Lavoro la responsabilità di istituire e organizzare questo servizio. All'interno della Civica di Trento il SPP si compone del Datore di Lavoro il dott. Mario Chini, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)

ing. Diego Cappello, il Medico Competente (MC) dott. Massimiliano Ales, e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), nelle persone dei signori Michele Gianotti, Roberto Casagrande, Corrado Corradini e Fabio Tomasi. Il RSPP e il MC sono stati nominati direttamente dal Datore di Lavoro, mentre i RLS sono stati individuati dalle organizzazioni sindacali o dai lavoratori stessi. Recentemente è stato attivato anche un servizio di consulenza esterna, indispensabile in alcuni ambiti particolari, come misure strumentali o valutazioni specialistiche, a supporto del SPP interno.

Nell'ambito del SPP vengono elaborati tutti i documenti inerenti la sicurezza sui luoghi di lavoro, come il Documento di Valutazione dei Rischi e il Piano di

Emergenza, vengono formate le squadre di gestione delle emergenze, antincendio e primo soccorso, redatte nuove procedure, scelte le tipologie di dispositivi di protezione necessari (DPI), proposti i percorsi formativi per i lavoratori che hanno attinenza con la salute e la sicurezza. Per verificare la preparazione del personale formato e designato alla gestione delle emergenze, periodicamente vengono condotte anche delle simulazioni di incendio a sorpresa, talvolta con la collaborazione di corpi volontari dei Vigili del Fuoco. Nel 2013 queste prove sono state condotte nel mese di luglio e hanno interessato tutte le RSA.

Nell'ambito della valutazione dei rischi, nel corso dell'ultimo biennio sono state affrontate varie problematiche e valutazioni, di cui nel seguito si riportano alcuni esempi. Nel 2012 è stata aggiornata la valutazione del sovraccarico dato dalla movimentazione manuale delle persone, che solitamente rappresenta uno dei maggiori rischi in una struttura con caratteristiche di RSA. Questo rischio è stato valutato con il metodo MAPO, analizzando le condizioni presenti in tutte le RSA della Civica e ha sostanzialmente confermato la valutazione già svolta qualche anno prima, in cui emergeva che l'ergonomia degli spazi, l'uso dei sollevatori motorizzati affiancati dagli





ausili minori in dotazione e la formazione condotta con la collaborazione del servizio interno di fisioterapia sono tali da garantire un livello di rischio molto basso. La movimentazione, però, non interessa solo i reparti di assistenza, e riguarda anche servizi come quello di lavanderia/guardaroba, che si distingue dagli altri ambiti per la varietà delle movimentazioni. Infatti, là vi si trovano mansioni che comportano azioni rapide e ripetitive, ad esempio per il carico e scarico delle lavatrici e delle asciugatrici, il sollevamento di oggetti relativamente pesanti come i sacchi della biancheria sporca, infine il traino e la spinta di carrelli in entrata e uscita. Anche per la lavanderia/guardaroba sono emersi dei parametri ampiamente sotto la prima soglia di rischio. In questo reparto, infine, nel 2013 è stato svolto anche un monitoraggio del rumore, che ha rivelato livelli di pressione sonora ben lontani dal limite di pericolosità per la salute degli operatori. Lo stesso monitoraggio era già stato condotto, l'anno precedente, nell'officina del servizio di manutenzione,

e in questo caso era emersa la necessità, per alcune operazioni, di utilizzare i dispositivi di protezione individuale (DPI) a protezione dell'udito. Nella primavera del 2013 è giunto a conclusione un progetto che ha coinvolto uno studente tesista, Alessandro Cavallar, ora laureato in Tecnica della Prevenzione, che attraverso una collaborazione con il SPP della Civica ha potuto concretizzare le conoscenze acquisite durante il percorso degli studi. Il progetto ha riguardato l'esposizione alle sostanze chimiche e ha permesso di aggiornare la precedente valutazione adottando un protocollo più complesso. Questa valutazione ha coinvolto tutti i servizi e i reparti della Civica e ha restituito un rischio basso per la sicurezza e irrilevante per la salute. In seguito è stato istituito un archivio di rete di tutte le schede di sicurezza, mantenute costantemente aggiornate dal RSPP, e accessibile in tempo reale da tutte le postazioni informatiche della Civica. Va precisato che l'obiettivo della salute e della sicurezza sul lavoro va perseguito anche all'esterno del Servizio di Prevenzione e

Protezione, a tutti i livelli della piramide aziendale. Esso deve rappresentare un metodo per operare sul campo, da parte di tutti i lavoratori, e un criterio per organizzare e sovrintendere il lavoro altrui, da parte dei coordinatori dei vari servizi e reparti. Proprio in questa direzione, già da qualche anno in Civica di Trento è attivo un protocollo di monitoraggio delle condizioni lavorative, con la collaborazione dei coordinatori, che regolarmente fotografano le condizioni lavorative e riportano su delle check-list i risultati ottenuti, evidenziando sistematicamente eventuali criticità e ambiti di miglioramento.

Tra gli obiettivi che il Servizio di Prevenzione e Protezione si è dato per il 2014, a breve termine troviamo l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio biologico e del Piano delle Emergenze, e a medio termine la ristrutturazione generale del Documento di Valutazione dei Rischi, nell'intento di superare l'attuale forma cartacea e frammentata su più strutture, per arrivare ad un documento unico, più agevole da aggiornare e più rapidamente consultabile.

## INFORMAZIONE FLASH

- Anche per quest'anno la manutenzione del verde è stata affidata alla Cooperativa Le Coste nell'ambito dell'intervento 19 ex azione 10. A tutti i lavoratori coinvolti in questa esperienza porgiamo un caloroso buon lavoro.

# Guida alla lettura della busta paga



*Dopo aver affrontato nello scorso numero la lettura del cartellino presenze, questa volta ci aspetta una sfida ardua e molto difficile, ovvero la spiegazione della busta paga: quanti di voi si sono cimentati nell'impresa, arrivando indenni fino al termine? Non crediamo molti.*

ENTE			FOGLIO RETRIBUZIONE		
CIVICA DI TRENTO			Pos. INAIL 0258313114		
VIA DELLA MALPENSADA 156			Voce 0312		
38100 TRENTO TN			CODICE FISCALE	COD. DIP.	PERIODO RETRIBUZIONE
ccod.fisc. - 00260880224			XXXXYY00A00L378A	2.0001	MARZO 2014
CAPICATT.	N. PART-TIME	QUALIFICA	INDENNITÀ		
500		OPERATORE SOCIO SAN			
43.20		IM. BE4 cat. I OPERAIO	ARISTOTELE PICASSO VIA DEI PITTORI, 16 38100 TRENTO		
DATA NASCITA	DATA ASSUNZIONE	DATA CESSAZIONE			
01/01/1900	31/12/1980				
2.CCPL COMPARTE AUTONOMIE LOCALI					

**N**ella parte superiore del foglio, come vedete nell'immagine superiore, troviamo i dati anagrafici del dipendente: a destra sono riportati codice fiscale, codice dipendente, mese di retribuzione ed indirizzo. Nella parte sinistra, invece, vediamo i dati lavorativi della persona: indirizzo della ditta, codice della struttura dove il lavoratore presta servizio, qualifica professionale, livello e categoria, data di nascita, data di assunzione e tipologia di contratto. Il sistema di classificazione del personale si articola in 4 categorie (nella busta paga indicati come livello), denominate rispettivamente A, B, C e D. In ciascuna categoria B, C e D è previsto un livello di base e un livello evoluto, determinato dalla posizione professionale di appartenenza e 4 posizioni retributive (1,2,3 e 4) maturate in base all'anzianità di servizio; nell'esempio sopra riportato il dipendente è inquadrato nel livello B base, vantando il massimo d'anzianità di servizio (4). Per quanto riguarda la categoria: o indica

il tempo indeterminato, 3 e C i contratti a tempo determinato superiori ad un anno, mentre 4 e D simboleggiano i contratti a tempo determinato inferiori all'anno.

Nella parte centrale del foglio, raffigurata nell'immagine sottostante troviamo le diverse voci che concorrono a determinare il valore mensile: la prima grande distinzione va fatta tra voci fisse e continuative (raggruppate all'interno del rettangolo) e voci accessorie, ovvero tutte le altre. Un'altra importante differenza riguarda le voci fisse che hanno sempre mensilmente tutti i dipendenti e quelle che variano in base all'anzianità di servizio: stipendio base (**cod. 100**) l'indennità integrativa speciale (**cod. 106**), l'assegno annuo (**cod. 109**) e l'indennità di vacanza contrattuale (**cod. 214**) sono voci fissate dal Contratto Collettivo, che variano in base alla figura professionale di appartenenza, la categoria ed il livello per la posizione contributiva maturato nel corso degli anni. Maturato economico (**cod. 108**), salario esperienza professionale (**cod. 110**) ed elemento individuale retribuzione (**cod. 112**), invece, sono legati all'anzianità di servizio.

Sotto il rettangolo grande troviamo invece le voci accessorie, ovvero le maggiorazioni che si vanno a creare nel mese lavorativo precedente: ricordiamo ad esempio che sulla busta paga di marzo, troverete le maggiorazioni di febbraio. Nella figura sottostante sono riportate la maggior parte delle voci che in genere sono scritte sulla busta paga:

**ORE STRAORDINARIO DIURNO 15%** (COD. 141): è la maggiorazione per aver fatto un'ora di straordinario diurno, che comporta un incremento del 15% rispetto ad un'ora ordinaria.

**MAGGIORAZIONE FESTIVITÀ 30%** (COD. 147): in questo caso il dipendente ha lavorato durante una fe-

stività così il valore economico delle ore lavorate sarà aumentato del 30%. Le stesse ore poi sono caricate a recupero nel contatore riportato sul cartellino o foglio presenze.

**ORE STRAORDINARIO FESTIVO O NOTTURNO 30%** (COD. 149): facendo straordinario durante un giorno festivo oppure durante la fascia notturna (22.00-6.00), le ore sono aumentate del 30%.

**MAGGIORAZIONE FESTIVITÀ 50%** (COD. 150): in questo caso il dipendente ha fatto la notte durante una festività così il valore economico delle ore lavorate sarà aumentato del 50%. Le stesse ore poi sono caricate a recupero nel contatore riportato sul cartellino o foglio presenze.

NUM. INDEB.	DESCRIZIONE VOCE	PERCENTUALE	DATO BASE	ORE QUOTE	COMPETENZE	TRATTENUTE
100	STIPENDIO BASE				1.129,00	
106	INDENN. INTEGRAT. SPECIALE				526,49	
108	MATURATO ECONOMICO				18,59	
109	ASSEGNO ANNUO				187,00	
110	SALARIO ESP. PROFESSIONALE				18,90	
112	ELEM. INDIV. RETRIBUZIONE				2,83	
<b>VOCI FISSE E CONTINUATIVE</b>						
141	ORE STRAORD. DIURNO 15%		12,23864	1,00	12,24	
147	MAGG. FESTIVITA' 30%		1,59634	7,50	11,97	
149	ORE STR. FEST. O NOTT. 30%		13,83498	1,00	13,84	
150	MAGG. FESTIVITA' 50%		3,72480	8,00	29,80	
214	I.V.C. TABELLARE 2010/2012				13,82	
248	COMP. RIP. RIT. ORD. F. DO AC			1,00	40,00	
249	COMP. RIP. RIT. FEST. F. DO AC			1,00	75,00	
250	SERVIZIO ORD. FESTIVO		2,30000	7,50	17,25	
251	SERVIZIO ORD. NOTTURNO		2,30000	8,00	18,40	
252	SERVIZIO NOTT./FESTIVO		3,00000	8,00	24,00	
258	COMP. CAMBIO TURNO F. DO AC			1,00	15,00	
266	RITIRO FERIE F. DO AC			1,00	15,00	
267	RIENTRO FERIE F. DO AC			1,00	40,00	
<b>VOCI ACCESSORIE</b>						

**COMPENSO RIPOSO RITIRATO ORDINARIO (COD. 248) o FESTIVO (COD. 249):** Queste due voci evidenziano un ritiro riposo: nel primo caso essendo un giorno ordinario al dipendente sono pagati 40 euro lordi, nel secondo caso essendo un giorno festivo sono 75 euro lordi.

**SERVIZIO ORDINARIO FESTIVO (COD. 250), NOTTURNO (COD. 251) o NOTTURNO/FESTIVO (COD. 252):** sono le maggiorazioni riservate rispettivamente alle ore lavorate durante un giorno festivo, il turno notturno oppure il turno notturno fatto durante un giorno festivo.

**CAMBIO TURNO (COD. 258), RITIRO FERIE (COD. 266), RIENTRO FERIE (COD. 267):** sono le indennità previste per compensare i disagi sostenuti dal dipendente nel favorire le esigenze dell'ente. Nel caso di cambio turno o ritiro ferie sono 15 euro lordi, mentre per un rientro ferie l'indennità è di 40 euro lordi.

Passiamo ora alla parte più complicata della busta paga ovvero quella che riporta le trattenute previdenziali e le tasse da versare, illustrate nella figura sottostante. Nella parte più alta dell'immagine troviamo la retribuzione utile per calcolare il TFR (Trattamento di Fine Rapporto), ovvero la somma di tutte le voci riportate in precedenza. Il totale Base, invece, è la somma di tutte le voci fisse e continuative, ovvero stipendio base, indennità integrativa speciale, assegno annuo e indennità di vacanza contrattuale tabellare e le voci legate all'anzianità maturata.

Appena sotto le due voci appena analizzate troviamo il contributo (COD. 563) che il dipendente ha deciso di versare a Laborfonds per integrare la quota che già versa il datore di lavoro; la riga sottostante invece riporta la rata addizionale regionale, ovvero un'imposta a rate, che ogni dipendente paga da gennaio a novembre, calcolata sull'imponibile fiscale dell'anno precedente.

IRE		RET. UTILE TFR 2.209,13									
C/DE		TOTALE BASE 1.896,63									
TFR											
COO.	DESCRIZIONE VOCE			PERIODO RIF.	DATO BASE	ORE GIORN.	COMPETENZE	TRATTENUTE			
563	CONTRIB. C/DIP. LABORFONDS							14,55			
685	RATA ADDIZ. LE REGIONALE							27,62			
Contex.		C/DL Prev. Compl.		44,18	Quota TFR Prev. Compl.		29,46				
Dal 01/01/1900		TFR AP 49.430,08		Ant. 0,00	Inc. AC 389,55	Liq. 0,00	TFR 49.819,63				
ISTITUT.	PREVIDENZA	IMPONIBILI	MENSILI %	TRATTENUTE	IMPONIBILI	PROGRESSIVI	TRATTENUTE	GG. CONTR.	GG. RETR.	SETTIMANE RETRIBUITE G.F. MA. MOL. A. SOND.	
CPDELp		0,00		0,00	318,37		28,18	26	30	44	
CPDEL		2.209,13	8,85	195,51	6.095,00		539,41	TIPO			
INAD. TFS		1.896,63	2,00	37,93	5.689,89		113,79	ggdet		MENSILI	DETRAZIONI
F.P.C.		2.209,13	0,35	7,73	6.095,00		21,33	LD/AS		PROGRESSIVE	
										31,00	90,00
										93,05	278,73
IRPEF											
ANNO IN CORSO		1.953,38		481,26	5.667,22		1.112,91	TOT.		93,05	278,73
ANNO PREC.		0,00	24,55	0,00	0,00		0,00	GODUT		93,05	278,73
COMPETENZE LORDE		TRATTENUTE			CONGUAGLIO +A		ARROTOND.		NETTO A PAGARE		
2.209,13		PREVIDENZIALI	FISCALI NETTE	VARIE	0,00		0,00		1.537,55		
		241,17	388,21	42,20							

Nella zona centrale troviamo due strisce sottili: nella prima è riportato il contributo che il datore di lavoro (nella quota del 2% della retribuzione utile tfr) versa per la previdenza complementare. La seconda cifra riporta la quota del TFR (29,46 euro) versata nella previdenza complementare: per ogni dipendente viene accantonato mensilmente una parte della retribuzione utile TFR (che si ottiene dividendo la somma per 13,5) per il fondo relativo al Trattamento di Fine Rapporto o Liquidazione, e di questa cifra il 18% viene versato a Laborfonds, ovviamente solo per chi è iscritto (nell'esempio riportato dividiamo 2209,13 euro per 13,5 ed otteniamo 163,70 euro; il relativo 18% ammonta a 29,46 euro).

Nella riga successiva troviamo la situazione del TFR: dopo la data d'assunzione (01/01/1900), è riportata la somma di tfr maturata finora (49.000 euro), quanto eventualmente anticipato (nell'esempio 0,00), l'accantonamento progressivo dell'anno in corso (INC. AC, ovvero quanto accantonato nell'anno; nell'esempio si sommano gli accantonamenti di gennaio e febbraio per un totale di 389,55 euro), quanto eventualmente liquidato nell'anno in corso ed il saldo finale.

Nella parte inferiore sono riportate dettagliate tutte le trattenute versate ai vari istituti di previdenza, ovvero CPDEL (Cassa pensioni dipendenti enti locali), nella misura del 8,85% della retribuzione mensile utile e INADEL TFS (Trattamento di Fine Servizio, ovvero un'indennità prevista per i dipendenti pubblici

assunti a tempo indeterminato e per i dipendenti a tempo determinato che hanno prestato servizio continuativo per più di un anno) nella misura del 2% sull'80% della retribuzione fissa e continuativa. Nell'ultima riga troviamo le trattenute relative al Fondo Previdenza e Credito (FPC).

GG CONTR	GG RETR	SETTIMANE RETRIBUITE	
26	30	S.F.	M.A.N.O.L.A.S.O.N.D.
TIPO	MENSILI	DETRAZIONI	PROGRESSIVE
ggdet	31,00	90,00	
LD/AS	93,05	278,79	
TOT.	93,05	278,79	
GODUTI	93,05	278,79	

Nella parte destra del foglio, invece come si può vedere nella figura a fianco, sono riportati i giorni contributivi e retributivi del dipendente e le settimane retribuite suddivise per mesi. Nelle tre celle più grandi troviamo le detrazioni per lavoro dipendente (LD/AS) ed eventuali familiari a carico, in questo caso assenti.

Per quanto riguarda l'irpef (vedi figura sottostante), i dati segnati in busta paga riguardano l'imponibile, le trattenute lorde, la somma progressiva dell'imponibile e le trattenute nette per l'anno in corso.

IRPEF	IMPONIBILI	MENSILI	TRATT. LORDE	IMPONIBILI PROGRESSIVI	TRATT. NETTE
ANNO IN CORSO	1.953,38		481,26	5.667,22	1.112,91
ANNO PREC.	0,00	24,55	0,00	0,00	0,00

Nell'ultima sezione del foglio sono riportati i totali: prima le competenze lorde, ovvero la somma di tutte le voci riportate nella prima parte della busta paga (voci fisse e voci accessorie), poi il totale delle trattenute previdenziali, le trattenute fiscali nette (ossia le lorde meno le detrazioni; nell'esempio  $481,26 - 93,05 = 388,21$ ) e le varie (in questo caso la rata addizionale regionale ed il contributo laborfonds versato dal dipendente). Nell'ultima cella a destra troviamo l'importo netto della busta paga, versato al dipendente il 27 del mese.

COMPETENZE LORDE	TRATTENUTE			CONGUAGLIO +/-	ARROTOND.	NETTO A PAGARE						
	PREVIDENZIALI	FISCALI NETTE	VARIE									
2.209,13	241,17	388,21	42,20	0,00	0,00	1.537,55						
SITUAZIONE AL	BANCA											
	GEN.	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.	NOV.	DIC.
FERIE												
R.O.L.												
EX FESTIVITA'												
FERIE	ARRETRATI A.P.		COMP.AC TEORICA		COMP.AC REALE		TOTALE GODUTE		SALDO TEORICO		SALDO REALE	
R.O.L.												
EX FESTIVITA'												

## NOTIZIE IN BREVE

### “ORTO IN COOPERAZIONE” A SAN BARTOLOMEO

Nel 2014 si intende realizzare l'orto in cooperazione presso l'RSA di San Bartolomeo. Nello specifico il progetto è un'opportunità per avviare relazione e collaborazione tra anziani della “Civica di Trento”, minori del gruppo appartamento APPM di via dei Tigli ed i ragazzi della parrocchia Sant' Antonio. Si cer-

ca di favorire lo scambio ed il confronto intergenerazionale e di promozione di autonomie e capacità, diventando anche un pretesto per iniziare la conoscenza e la collaborazione tra “vicini di casa”.

Il progetto prevede la gestione condivisa dello spazio orto da parte delle tre realtà, e la destinazione del ricavato in beneficenza (Mensa dei poveri gestita dai padri Cappuccini di Trento)

## Come i piccoli passi possono dare qualità

*Le piccole cose  
hanno l'aria di nulla,  
ma ci danno la pace.*

*Georges Bernanos,  
Diario di un curato  
di campagna, 1936*

**A** dicembre 2013 presso la struttura Angeli Custodi è stata effettuata la verifica della qualità percepita dai residenti, da parte di una commissione esterna. È stata anche occasione per riflettere su quei principi e valori che guidano l'operare quotidiano in R.S.A.

### PREMESSA: CHE COS'È IN BREVE IL MARCHIO QUALITÀ & BENESSERE ®?

È uno strumento di valutazione reciproca e partecipata della qualità e del benessere degli anziani nelle strutture residenziali basato su un approccio innovativo, che pone al centro il punto di vista dell'utente, la comunità, il confronto. Il livello di qualità delle prestazioni erogate è misurato attraverso 104 indicatori strutturati nei 12 fattori corrispondenti alle dimensioni significative per la qualità della vita benessere degli anziani, così denominati:

**Umanizzazione, Autorealizzazione, Socialità, Affettività, Operosità, Interiorità, Libertà, Rispetto, Vivibilità, Confot, Gusto e Salute**

Credo che orientare il proprio agire professionale dando le giuste priorità agli impegni del "fare" quotidiano sia uno degli aspetti più importanti per tutti quegli operatori che vogliono

impegnarsi a lavorare per obiettivi e per il bene del residente a discapito magari di un lavoro mansionistico e routinario. Ritengo altresì che il marchio Q & B possa costituire la mappa dell'agire per ogni figura professionale al fine di dare realmente qualità alle azioni, alle relazioni, ai progetti e ai percorsi intrapresi con i residenti e con i loro familiari. In esso infatti riconosco i principi valoriali a cui ispirarsi e su cui appoggiare nel concreto le azioni da svolgere.

### IL PUNTO DI VISTA DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE SANITARIO

Nel corso della visita qualità, ho visto riconoscere dalla commissione parecchie azioni, modalità di lavoro e percorsi intrapresi in qualità di educatore professionale sanitario, che talvolta rimangono nascosti "dietro le quinte". Essi infatti rispondono alle domande "perché si fa?" o "in che modo si fa?", mentre invece in R.s.a. si tende spesso a soffermarsi sulla domanda "cosa si fa oggi?". Cercherò ora di sintetizzare gli aspetti che mi hanno dato particolare soddisfazione rispetto al mio ruolo educativo, evidenziati come positivi dalla commissione.

**La presenza di progetti mirati**

**individualizzati**, cioè l'attenzione che viene posta alla personalizzazione, nell'ottica di potenziamento e miglioramento delle capacità possedute, ma anche in quella di valorizzazione delle risorse dell'anziano, al di là dei deficit.

Per quanto riguarda il mio ambito professionale, in particolare la presenza di progetti educativi volti a implementare gli obiettivi posti nei piani, che costruiscono un percorso con e per il residente a partire proprio dalla sua storia, i suoi interessi e le sue attitudini. Valorizzare questi percorsi, nel mio lavoro quotidiano è fondamentale e permette di modificare completamente la prospettiva del "prendersi cura", dando maggior qualità al tempo trascorso insieme ai residenti.

Per comprendere meglio cito l'esempio del progetto educativo individualizzato mirato all'autorealizzazione di un



ospite attraverso la condivisione di conoscenze e passioni culinarie, che diventano risorse se fatte emergere in un'attività di piccolo gruppo. La stessa diventa, a propria volta strumento dell'educatore professionale sanitario per il raggiungimento di obiettivi individuali con altri residenti, in particolare la stimolazione dell'operosità quotidiana e il recupero di capacità prassiche e mnemoniche.

**L'attuazione di percorsi interprofessionali su obiettivi mirati**, cioè la collaborazione fra figure diverse, ognuna nel suo specifico, volta al miglioramento della qualità di vita del singolo residente. Mi riferisco in particolare al lavoro che mi ha visto protagonista in collaborazione con la fisioterapista per la contenzione di alcuni residenti, individuati dall'equipe, in momenti dedicati a interventi individuali o durante le attività occupazionali introdotte proprio per poter gestire l'aspetto della maggior libertà personale anche in persone cognitivamente molto

compromesse. La documentazione, nei diari personalizzati, ha permesso una ricostruzione del percorso fatto nel corso dei mesi ed è stato molto apprezzato dalla commissione.

**Il sostegno relazionale e l'attenzione alle richieste.** Come educatore professionale sanitario quotidianamente mi trovo ad offrire ai residenti un servizio che è difficilmente misurabile e quantificabile, ma che ritengo fondamentale, cioè la relazione e il sostegno nei momenti di criticità, solitudine, cambiamento...

Per la commissione è stato importante trovare traccia nelle consegne e nei diari del lavoro e dei percorsi attuati dall'educatore per far sì che il residente possa sentirsi ascoltato e possa trovare delle risposte ad esigenze particolari (es. uscite personalizzate, acquisti, telefonate ai propri cari...) che difficilmente potrebbero essere soddisfatte dall'organizzazione in quanto tale.

**Attenzione al fine vita.** Particolarmente apprezzato inoltre il

percorso fatto nell'ultimo anno dall'equipe della struttura per dare valore e umanità al fine vita, attraverso piccole attenzioni da parte di tutte le figure, non solo per ciò che riguarda lo specifico professionale, ma soprattutto l'aspetto umano. È stato sicuramente bello veder apprezzato "il di più" che ogni operatore nel concreto è riuscito a portare nei momenti critici vissuti dai residenti e che è stato documentato nei diari, oltre che all'attenzione nel convocare l'equipe al fine di condividere le linee guida all'approssimarsi del momento dell'addio.

Personalmente ritengo che la condivisione del percorso e la stesura del vademecum riguardante il momento della fine della vita abbia contribuito, oltre che a dare qualità e umanità a tale momento tanto delicato per residenti e familiari, anche a portare a tutti gli operatori di R.s.a. un riconoscimento alle piccole azioni e attenzioni quotidianamente compiute, che tante volte rischiano di rimanere nascoste.

SERVIZIO INNOVAZIONE QUALITÀ E SVILUPPO RISORSE UMANE

## *Anche nel 2013 il marchio Q&B UPIPA*



**A**nche per il 2013 la Civica ha deciso di aderire al marchio Q&B UPIPA, una scelta che ci vincola ad un alto standard di servizi, impe-

gnandoci molto nei confronti dei parenti, ma soprattutto degli ospiti. Il marchio **qualità & benessere**® è uno strumento di valutazione, creato dall'Unione

Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza, che punta ad evidenziare la qualità e del benessere degli anziani nelle strutture residenziali basato su un ap-

proccio innovativo che pone al centro della ricerca: A) il punto di vista dell'utente (customer orientation); B) la comunità (peer-review); C) il confronto (benchmarking).

La qualità delle prestazioni erogate dalla struttura è misurato attraverso 104 indicatori, raggruppati in 12 fattori, che corrispondono ad altrettante dimensioni significative per la qualità della vita ed il benessere degli anziani non autosufficienti. Il sistema di valutazione prevede quattro tipologie di analisi: verifica documentale, osservazione diretta, interviste con utenti e focus group tra operatori.

I fattori che formano la struttura dell'intero modello sono stati individuati mediante un intenso processo di confronto e dialogo, che ha coinvolto complessivamente più di 300 soggetti. Hanno preso parte a tale esperienza dirigenti, amministratori ed operatori delle strutture residenziali, anziani residenti e loro familiari, rappresentanti istituzionali e politici. I fattori del sistema di valutazione sono i nostri valori: AFFETTIVITÀ, AUTOREALIZZAZIONE, COMFORT, GUSTO, INTERIORITÀ, LIBERTÀ, OPEROSITÀ. RISPETTO, SALUTE, SOCIALITÀ, UMANIZZAZIONE e VIVIBILITÀ.

## **ESITO DELLA VISITA DI AUDIT EFFETTATA NELLO SCORSO DICEMBRE PRESSO LA STRUTTURA DI VIA DELLA COLLINA.**

### **1. Punti di forza rilevati**

Nel confermare la validità dell'autovalutazione, si segnalano come fattori che meglio

performano quelli della Salute, del Gusto e dell'Autorealizzazione. In particolare si segnala l'attenzione alla cura del menù (sia nella personalizzazione per disagi che nella cura al bilanciamento alimentare) che nella rilevazione sistematica del gradimento del pasto (questionario per i residenti ai piani e cassetta raccolta dei suggerimenti appositamente dedicata); necessario prestare la dovuta attenzione a dare risposta alle richieste emergenti.

Relativamente all'autorealizzazione si segnalano gli interessanti progetti realizzati dal servizio sociale volti a garantire continuità negli stili di vita dei residenti ed a offrire occasioni di protagonismo per i residenti ai quali sono rivolti.

#### **1.1. Buone prassi da segnalare**

Interiorità: progetto sull'accompagnamento alla morte con la stesura del libretto "Il momento dell'addio". Pubblicazione molto curata sia nella grafica che nei contenuti, che accompagna anche emotivamente la delicata fase del fine vita. Vivibilità: differenziate e diffuse forme di coinvolgimento dei familiari e di rilevazione della soddisfazione.

#### **2. Criticità rilevate**

Fattori che risultano con performance più basse sono la Libertà, il Rispetto e l'Interiorità. Sulle possibilità di partecipare alle decisioni ed in merito alle occasioni di ascolto non sono state rilevate attività particolarmente organizzate (cosa che invece viene fatta con sistematicità per i familiari). Sul rispetto si sono indagate le attenzioni e gli strumenti per garantire

la riservatezza e la dignità dei residenti. Si è riscontrato che vi sono modalità operative differenti all'interno della struttura (nei diversi piani), che l'informatizzazione non sempre è lo strumento privilegiato (per l'assistenza si usa in larga parte il cartaceo) e che non sempre le informazioni sensibili sono gestite in modo da garantire la privacy. In collegamento con il determinante dell'umanizzazione (qualità dell'assistenza), uno snodo che risulta critico è il passaggio delle consegne e la diffusione delle informazioni assistenziali in modo da garantire uniformità di informazione tra gli operatori e la continuità nella presa in carico (anche relativamente agli aspetti socio-relazionali e alle storie di vita dei residenti per promuovere una "animazione diffusa").

#### **2.1. Suggerimenti per intraprendere azioni migliorative**

Interiorità: diffondere tra il personale la cultura dell'accompagnamento alla morte secondo la visione organizzativa condivisa all'interno del gruppo di miglioramento.

Umanizzazione - Rispetto: per migliorare la qualità dell'assistenza attivare una riflessione sul momento della consegna e sulle prassi operative per garantire dignità alla persona nei diversi momenti assistenziali quotidiani (igiene, bagno, rispetto dei tempi di vita...).

Affettività: migliorare la raccolta delle storie di vita (che andrebbero raccolte in un unico documento, possibilmente informatizzato, disponibile per tutti ed aggiornabile nel tempo) per una progettazione dif-

fusa e sistematica delle possibilità da offrire ai residenti nel rispetto delle loro inclinazioni e desideri.

Per una maggiore informatività, da migliorare sarebbe il sito internet dell'azienda.

### 3. Osservazioni emerse

La visita si è svolta in un clima costruttivo e collaborativo. Il

team ha avuto la possibilità di pranzare diviso sui piani nei diversi nuclei e di assaggiare il pasto per i disfagici. Per le prossime visite di audit si raccomanda di seguire per la costituzione del focus con il personale le indicazioni previste dal vademecum, garantendo la rappresentanza di tutte le figure professionali appartenenti ai differenti nuclei della struttura.

nenti ai differenti nuclei della struttura.

### 4. Conclusioni

**Benchmark** = essendo l'autovalutazione validata, eventualmente anche con riserva, l'ente può usare sia l'autovalutazione che la valutazione per effettuare confronti di sistema e per rendere pubblici i propri risultati.

DI GIANCARLO FUMANELLI COORDINATORE DEI SERVIZI SOCIALI

## Monitoraggio degli standard di qualità relativo all'anno 2013



**N**ello scorso mese di luglio è stato realizzato il monitoraggio degli standard di qualità previsti dalla carta dei servizi. L'esito, ha confermato una buona coincidenza tra qualità progettata e qualità realizzata. Per facilitare

la lettura della tabella che segue si ricorda che:

- **i fattori di qualità** sono quegli aspetti rilevanti per la percezione della qualità del servizio da parte degli utenti;
- **gli indicatori di qualità** sono variabili quantitative o para-

metri qualitativi che registrano un certo fenomeno ritenuto indicativo di un fattore di qualità;

- **lo standard di qualità** è inteso come valore atteso per un certo indicatore. Esso si riferisce a singole prestazioni concrete che sono garantite agli utenti.

Fattori di qualità "Civica di Trento"	Breve descrizione	Standard di qualità atteso	Indicatori (dato effettivamente rilevato)	specificazione dell'indicatore
Accoglienza	Accoglienza dell'anziano residente effettuata secondo modalità prestabilite da apposita procedura	90% persone accolte secondo procedura	100	percentuale di rispetto dello standard
Pre-valutazione fisioterapica	Valutazione iniziale del residente per dare indicazioni di massima sulla sua gestione posturale	entro 2 giorni lavorativi dall'ingresso	98	percentuale di rispetto dello standard
Visita medica iniziale	Effettuazione della prima visita medica al momento dell'ingresso e conseguente presa in carico	entro 2 giorni lavorativi dall'ingresso	0,7	media giorni
Valutazione fisioterapica	Valutazione del quadro funzionale per i nuovi residenti	entro 15 giorni	3	giorni

# L'assistente sociale in R.S.A.

## IL NODO DELL'INGRESSO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Solitamente il ricovero in struttura residenziale si verifica quando una persona, a seguito di un evento traumatico o della fase acuta di una malattia, regredisce repentinamente sul piano fisico e psichico richiedendo assistenza continua che i familiari, per svariati motivi, non sono in grado di garantire. Le dimissioni ospedaliere e la mancanza di idonee strutture intermedie in grado di assicurare assistenza finalizzata al recupero per un possibile ritorno al domicilio, costringono al ricovero in R.S.A. che spesso diventa definitivo.

L'ingresso in tali strutture costituisce un evento non privo di sofferenza, sia per l'anziano che per i suoi congiunti, poiché modifica le abitudini quotidiane, gli stili di vita, i ruoli e le dinamiche interne alla famiglia. La vita dell'anziano muta radicalmente negli spazi, nei tempi e nei significati ed il rapporto con la realtà è mediato da nuovi volti,

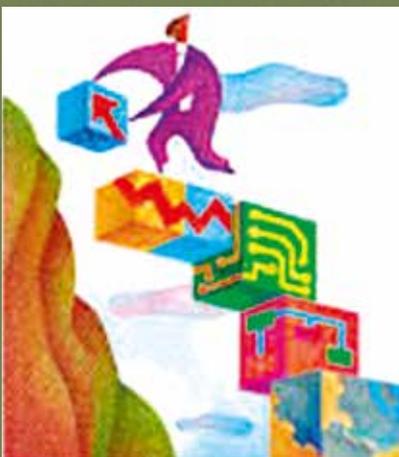
nuovi ambienti e abitudini che non gli appartengono, dettate da esigenze organizzative.

L'adattamento alla nuova situazione non è un processo generalizzabile, esso varia in base alla persona, a ciò che fino a quel momento è stata la storia della sua vita, alla catena di eventi critici che l'hanno costituita e alle forme in cui essi sono stati superati ed è meno sofferto se l'anziano è partecipe della decisione del suo ricovero. Il processo di adattamento costituisce una fase fondamentale nello sviluppo del benessere della persona e il suo esito dipende dall'azione congiunta della famiglia, dei diversi professionisti che operano nell'istituzione e dall'apertura della stessa verso l'esterno che consenta l'integrazione con il territorio, luogo dell'identità sociale. L'identità personale, con l'istituzionalizzazione, diventa estremamente fragile e ciò può portare ad una progressiva rinuncia all'autodeterminazione e all'autonomia. Tale stato di cose può favorire il possibile sviluppo di sintomatologia depressiva o la progressiva perdita delle capacità funzionali residue. Per scongiurare tale evenienza e favorire un adattamento positivo risulta fondamentale, nell'accoglienza della persona, l'esplorazione dei suoi vissuti e degli ambiti in cui l'anziano vorrebbe ancora esprimere la propria creatività e autonomia, al fine di sviluppare interventi personalizzati che sappiano



valorizzare le singole risorse. E' questo un punto di partenza da cui non si può prescindere per mantenere un adeguato livello di autonomia, autostima e integrazione<sup>1</sup>. E nel processo di accoglienza di una persona in R.S.A. l'assistente sociale può svolgere un ruolo importante. Innanzitutto, l'accoglienza di una persona in struttura residenziale va intesa come parte di un processo, non come un atto isolato, che ha inizio col primo contatto con l'anziano e i suoi familiari e nel corso del quale, col proseguo dell'inserimento, si realizza la conoscenza reciproca fra l'utente e il personale della struttura. Ne deriva che l'accoglienza si caratterizza per la centralità dell'aspetto relazionale, su cui si fonda la presa in carico progressiva dell'ospite da parte della residenza. L'accoglienza si configura come una parte fondamentale del processo di aiuto, dove l'aiuto è inteso come supporto e accompagnamento per favorire il reciproco adattamento fra l'ospite e i suoi familiari e la struttura coi suoi servizi.

<sup>1</sup> Belloni Sonzogni A., (2004), in "Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita", a cura di Cesa Bianchi M. e Albanese O., Edizioni Unico-poli, Milano, pagg. 83-84.





Dunque, l'accoglienza si realizza fin dal primo contatto con l'ospite e i suoi familiari, senza dimenticare i servizi territoriali e specialistici eventualmente coinvolti. Ne deriva che la presenza dell'assistente sociale della R.S.A. di riferimento è fondamentale già a partire dall'U.V.M., nei casi in cui è importante condividere uno specifico progetto d'inserimento con i familiari e i servizi, al fine di favorire una presa in carico il più possibile unitaria e individualizzata.

L'accoglienza, conseguentemente, comporta l'assunzione di un approccio globale che auspica il coinvolgimento dell'ospite ma anche della sua rete familiare, laddove presente, da considerare come una risorsa da sostenere e valorizzare e non solo come portatrice di bisogni di varia natura. In casi specifici, inoltre, si tratta di mantenere una presa in carico condivisa coi servizi territoriali anche successivamente all'ingresso dell'ospite.

Un'altra opportunità per stabilire una relazione significativa con l'ospite è rappresentata dalla visita domiciliare prima dell'ingresso in struttura, da effettuarsi alla presenza dell'assistente sociale e del personale infermieristico e assistenziale. Questa opportunità permette al personale della R.S.A. ma, soprattutto, all'anziano e alla sua famiglia di meglio preparare l'ingresso in struttura, gettando le basi della futura relazione di aiuto, tenuto conto che l'ospite si trova nel proprio ambiente di vita, contesto, questo, che può facilitare l'instaurarsi di un rapporto di fiducia.

Nei casi in cui le condizioni dell'anziano lo permettano o, co-

munque, per i familiari, nell'ottica della conoscenza reciproca, è ipotizzabile anche la proposta di visitare la R.S.A. prima dell'ingresso effettivo. Questa visita, con la partecipazione dell'assistente sociale e delle principali figure di riferimento del nucleo di residenza, può aiutare l'anziano e i suoi carers a chiarire le aspettative precedenti l'ingresso, attenuando, in questo modo, qualora la visita inneschi dei virtuosi processi di riflessione, il carico di emotività che i primi giorni di permanenza in R.S.A. inevitabilmente comportano.

Alle eventuali visite (a domicilio e alla struttura) precedenti l'ingresso, si aggiunge, nell'ambito del processo di accoglienza, un colloquio fra l'assistente sociale e i familiari dell'ospite (anche con quest'ultimo se nelle condizioni psico-fisiche di parteciparvi), con l'obiettivo di definire gli aspetti concreti dell'inserimento in struttura, mantenendo particolare attenzione alla dimensione relazionale ed emotiva.

Dalla centralità dell'aspetto relazionale deve necessariamente derivare una visione dell'anziano come persona, nella sua unicità, mettendo in secondo piano le patologie e gli specifici bisogni sanitari e assistenziali, di cui egli può essere portatore. Diventa quindi prioritario accogliere la persona, i suoi vissuti, la sua storia personale, prima di innescare dinamiche di acquisizione di dati tecnici (sanitari/assistenziali e amministrativi), soprattutto, se con modalità routinarie e spersonalizzate, che possono bloccare o, quantomeno, rallentare l'instaurarsi di una relazione di

aiuto riconosciuta e sostenuta. Il giorno dell'ingresso rappresenta un momento cruciale nel processo di accoglienza e per questo necessita di essere strutturato. L'assistente sociale si fa carico della prima accoglienza dell'anziano e dei suoi familiari. Li accompagna al piano di degenza e facilita la conoscenza reciproca tra i vari professionisti e il nuovo arrivato. Significativa è la predisposizione di semplici ma simbolici gesti, quali fiori o un biglietto di benvenuto. Auspicabile è la proposta al familiare di fermarsi a consumare il pranzo o la cena col proprio caro in uno spazio riservato, come modalità ulteriore per "alleggerire" da un punto di vista emotivo questo momento senza dubbio impegnativo.

Si tratta, poi, nel proseguo della permanenza in R.S.A., di accompagnare l'ospite e i suoi familiari, attraverso strategie di vicinanza, ascolto e supporto, al fine di favorirne l'inserimento e il pieno riconoscimento della struttura come ambiente proprio di vita, nel rispetto, naturalmente, delle loro abitudini di vita (alimentari, d'abbigliamento, sonno/veglia, d'utilizzo degli spazi, ecc.), dei loro tempi, delle loro aspettative e dei loro bisogni.

Per assolvere a questa funzione l'assistente sociale mantiene i contatti, tanto con l'ospite, quanto coi suoi familiari, sia con momenti informali di confronto nella quotidianità (per es., salendo in reparto), sia prevedendo incontri specifici di verifica dell'andamento dell'inserimento. La sua attenzione, in particolare, si concentra sulla

gestione degli aspetti concreti che caratterizzano la vita in struttura (risposta ai bisogni di base) e, soprattutto, sulla rielaborazione del vissuto emotivo che l'ingresso in struttura necessariamente porta con sé, tanto dell'ospite, quanto dei suoi familiari.

Concretamente, relativamente ai bisogni primari, l'assistente sociale può essere chiamato a funzioni di stimolo e di mediazione tra le richieste dei familiari (ad es., di maggiore attenzione al bisogno di deambulazione del proprio congiunto) e le risposte del personale che potrebbero tendere alla standardizzazione.

In relazione, invece, agli aspetti emotivi, l'operato dell'assistente sociale è finalizzato al supporto del vissuto dell'anziano e dei suoi cari, (attraverso strumenti quali il colloquio di sostegno psico-sociale) e, allo stesso tempo, al sostegno e allo stimolo del personale, affinché esso sia sempre consapevole dell'unicità insita in ogni nuovo ingresso, contenendo la tendenza alla spersonalizzazione delle risposte materiali ed emotive.

### **ADVOCACY**

L'assistente sociale in R.S.A. ricopre anche un ruolo di advocacy, di tutela dei diritti delle persone accolte.

In questo senso egli si può attivare per il riconoscimento all'anziano, qualora ve ne siano i presupposti, dell'indennità di accompagnamento e delle altre prestazioni derivanti dal suo stato di disabilità psico-fisica. In questi casi l'assistente sociale svolge un'attività di informazione e di supporto agli stessi ospiti.



ti o ai loro familiari, seguendoli nelle varie fasi della richiesta (presentazione della domanda, organizzazione e preparazione alla visita medico-legale, presentazione della documentazione al fine dell'ottenimento delle prestazioni, ecc.).

L'assistente sociale può attivarsi anche per supportare gli ospiti e i loro familiari per la presentazione della dichiarazione dei redditi, occupandosi, per es., di fissare un appuntamento presso un centro di assistenza fiscale, accompagnando poi l'anziano all'appuntamento. Si tratta di compiti apparentemente semplici e di poco conto che diventano però per anziani residenti in R.S.A. o per i loro familiari, non di rado coniugi altrettanto anziani, incombenze difficili da comprendere ed espletare.

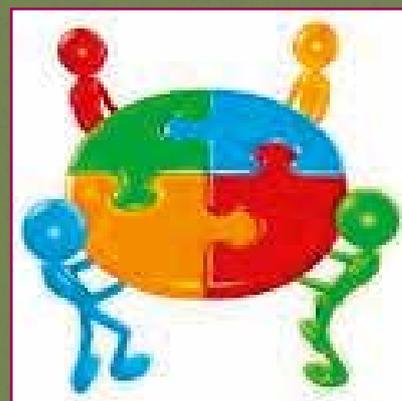
In tema di tutela di diritti, è opportuno evidenziare che sono in costante crescita le segnalazioni all'autorità giudiziaria finalizzate alla nomina dell'amministratore di sostegno. Aumenta infatti il numero delle persone accolte, le cui situazioni richiedono l'intervento del giudice tutelare, trattandosi, per es., di anziani soli o con familiari poco presenti,

o di persone con condizioni di ridotta o assente capacità di provvedere autonomamente alla gestione dei propri interessi. I motivi risiedono essenzialmente in difficoltà o nell'impossibilità di uscire fisicamente dalla struttura o in deficit cognitivi più o meno invalidanti. La segnalazione e la successiva nomina dell'amministratore di sostegno consentono di ovviare a queste difficoltà, affidando spesso a persone di fiducia, conosciute dall'anziano, la gestione di tutta una serie di aspetti, alcuni dei quali molto delicati, come per es., la pensione, il conto corrente, l'appartamento di proprietà che l'anziano ha dovuto lasciare per entrare in R.S.A. e, ultimamente in numero crescente, la presa di decisioni circa interventi chirurgici e, più in generale, relativamente a tutti gli interventi di carattere sanitario che prevedono il consenso informato del beneficiario.

#### **MEDIAZIONE**

L'assistente sociale, come introdotto nel paragrafo precedente, si trova a svolgere in R.S.A. anche un ruolo di mediatore. I protagonisti coinvolti nella mediazione sono gli operatori della struttura da una parte e i familiari degli ospiti dall'altra. Essa si focalizza su difficoltà relazionali che riguardano, sia l'assistenza quotidiana all'anziano, sia il carico emotivo che l'affidamento di un proprio caro a una R.S.A. necessariamente porta con sé. Ciò significa in concreto che i rapporti fra i familiari degli anziani e il personale della struttura, con particolare riferimento agli

operatori dei reparti che lavorano a stretto contatto con la quotidianità dei residenti, possono incrinarsi, col rischio che venga meno quella necessaria fiducia reciproca fra le parti. Infatti, accade spesso che il familiare abbia delle aspettative nei confronti della struttura e dei suoi servizi che non corrispondono pienamente agli standard offerti. Spesso, cioè, il familiare si aspetta per il proprio caro un'assistenza qualitativamente migliore di quanto è nelle possibilità della struttura. Ciò può portare nel parente ad un aumento delle richieste assistenziali, a critiche e lamentele sull'operato del personale e ad atteggiamenti e comportamenti di controllo sulle prestazioni erogate. Questi atteggiamenti, che possono anche essere motivati da oggettive inadeguatezze nell'assistenza fornita, se non compresi e contestualizzati, possono far degenerare i rapporti, spostandoli da un piano di confronto dialettico obiettivo nel rispetto reciproco dei ruoli a un piano di conflitto fine a sé stesso, negativo e deleterio per la presa in carico della persona e, dunque, per il suo benessere complessivo. In questi casi l'assistente sociale



della R.S.A. è chiamato a intervenire per cercare di ricomporre la frattura, mettendo al centro del proprio intervento i richiami ai principi deontologici fondamentali. Può aiutare gli operatori a comprendere che, al di là di richieste oggettivamente difficili da soddisfare, vi possono essere effettivamente delle mancanze nell'operare delle varie figure professionali della struttura e, non secondariamente, che le aspettative e le richieste dei parenti devono essere lette e interpretate alla luce del significato che può avere la decisione di inserire un proprio caro in R.S.A. e, quindi, dei vissuti e degli stati d'animo che si sviluppano conseguentemente a questa decisione.

Si tratta di un ruolo delicato ma fondamentale, dal quale l'assistente sociale non deve sottrarsi; non solo, come scritto sopra, per una presa in carico qualitativamente migliore della persona e delle sue specifiche esigenze, ma anche e soprattutto per cercare di contrastare quella "deriva sanitaria e ospedaliera" che questo tipo di strutture, le "vecchie case di riposo" rischiano di intraprendere, trasformandosi da residenze per anziani a veri e propri reparti di lungodegenza geriatrica.

Per contrastare questa trasformazione, le R.S.A. devono investire sempre più sulle cosiddette "competenze relazionali", ritenute fondamentali per una presa in carico dell'anziano effettivamente congiunta e condivisa coi suoi principali familiari di riferimento. Diventa, dunque, centrale investire in formazione e aggiornamento

dei diversi operatori, senza prescindere dall'apprendimento che può derivare dalla gestione quotidiana della vita in R.S.A.. E in questa sfida l'assistente sociale può e deve ricoprire un ruolo strategico.

### AGENTE DI CAMBIAMENTO

Il ruolo di mediatore si collega a quello di agente di cambiamento.

Parlare di cambiamento, riferendosi alla realtà delle R.S.A., può sembrare difficile da comprendere, soprattutto, se si pensa alla vecchia casa di riposo, considerata fino a non molti anni fa un'istituzione chiusa, poco incline alle aperture e alle trasformazioni. Ora, invece, questo concetto è divenuto strategico e centrale per l'evoluzione di questa tipologia di strutture.

Più concretamente, due sono le direttrici principali del cambiamento:

- la concezione della R.S.A. non come struttura sanitaria organizzata secondo il modello ospedaliero ma come ambiente di vita il più possibile accogliente e a misura di persona, rispettoso della riservatezza e delle abitudini precedenti l'ingresso e aperto all'esterno, promotore di rapporti e di occasioni di scambio con la rete familiare, la comunità di appartenenza e il territorio di riferimento;
- la personalizzazione dell'assistenza all'anziano residente. In altre parole, da una logica operativa contraddistinta dalla tendenza alla standardizzazione degli interventi di cura si dovrebbe passare a una convinta e piena elabo-



razione e implementazione del cosiddetto P.A.I., il piano assistenziale individualizzato, dove al centro è posta la persona con le sue specificità, non solo in termini di bisogni e problemi ma anche e soprattutto di risorse e potenzialità. Concetti come empowerment e autodeterminazione dovrebbero divenire principi guida nell'operare quotidiano delle varie figure professionali della R.S.A. e, più in generale, delle strategie organizzative dell'ente nel suo complesso. In questo contesto l'assistente sociale con le prerogative formative professionali che gli sono proprie può fornire un forte contributo in tal senso.

Riassumendo, due sono le sfide che impegnano e impegneranno le R.S.A., al fine di migliorare la qualità di vita dei loro residenti, sfide nelle quali l'assistente sociale deve ricoprire un ruolo strategico di promozione:

- l'integrazione socio-sanitaria;
- l'integrazione comunitaria.

Nel primo caso, l'assistente sociale lavora quotidianamente a stretto contatto con figure professionali sanitarie, in primis, medici e infermieri, dovendosi confrontare con loro per condividere scelte e decisioni circa gli ospiti residenti. Vi è dunque un terreno fertile, ricco di occasioni, in cui spendere la propria professionalità, cercando di

mettere al centro di ogni intervento l'utente, sia esso ospite o familiare, favorendone il più possibile l'autodeterminazione e promuovendone un ruolo di protagonista attivo della propria permanenza in R.S.A.. L'obiettivo è il superamento di logiche operative distinte fra comparto sanitario e comparto sociale, per dare finalmente piena attuazione a un modo di pensare e di operare che consideri il residente come persona e non come corpo malato bisognoso di cure, come persona unica, con le sue esigenze specifiche, le sue peculiarità e le sue potenzialità, come persona con i suoi modi di pensare, i suoi vissuti, la sua storia, la sua famiglia.

Nel secondo caso, la R.S.A. deve poter essere riconosciuta a tutti gli effetti parte integrante della comunità territoriale, favorendo uno scambio reciproco con le diverse espressioni e realtà circostanti, dai singoli individui alle forme associative (ricreative, culturali, sportive, ...), dall'informalità delle occasioni di svago e socializzazione

ai momenti formali di incontro con i rappresentanti istituzionali della comunità di riferimento, con benefiche ricadute, sia sui singoli ospiti residenti, sia sulla struttura nel suo complesso, intesa come ambiente di vita comunitario. Anche in questa sfida l'assistente sociale della R.S.A., con le sue specifiche competenze, deve svolgere un fondamentale ruolo di stimolo e promozione.

### **PRESA IN CARICO**

L'assistente sociale in R.S.A. segue in maniera specifica quelle situazioni, per le quali è ipotizzabile un coinvolgimento della famiglia e dei servizi territoriali per il raggiungimento di determinati obiettivi, quali, per es.:

- la dimissione e il rientro a domicilio dell'anziano o il suo trasferimento in altre soluzioni abitative, come gli alloggi protetti, maggiormente normalizzanti;
- la presa in carico, per le persone che presentano disturbi psichiatrici, da parte dei servizi specialistici;
- e, più in generale, come spie-

gato nel paragrafo precedente, il mantenimento dei contatti con la comunità esterna, sia quella di provenienza della persona, che quella di appartenenza della struttura.

### **PECULIARITÀ DEI METODI DI LAVORO E STRUMENTI**

L'assistente sociale in R.S.A. assolve alle proprie specifiche funzioni, utilizzando gli strumenti professionali che gli sono propri. Di seguito, si presentano i più significativi.

### **IL COLLOQUIO**

Il colloquio è lo strumento principale utilizzato dall'assistente sociale nel suo operare quotidiano in R.S.A..

Da sottolineare, in particolare, i colloqui con l'anziano e i suoi familiari nella fase che precede l'ingresso in struttura, con l'obiettivo, appunto, di predisporre l'accoglienza in tutti i suoi aspetti, da quelli prettamente informativi e organizzativi a quelli inerenti il supporto socio-relazionale, data la delicatezza della decisione presa, oltre, naturalmente, alla conoscenza reciproca.

L'assistente sociale utilizza il colloquio anche nel corso della permanenza in struttura per verificare con gli ospiti e i loro familiari l'andamento dell'inserimento, focalizzando la propria attenzione, tanto sugli aspetti concreti dell'assistenza eventualmente da migliorare, interfacciandosi poi col personale del reparto, quanto sulla vicinanza e sul sostegno alle persone inserite e ai loro cari, qualora si riscontrino delle difficoltà nell'accettazione dell'inserimento.



## LA VISITA DOMICILIARE

La visita domiciliare può essere utilizzata dall'assistente sociale quale strumento per meglio predisporre l'accoglienza delle persone. Qualora l'assistente sociale ne valuti l'opportunità, organizza una visita domiciliare prima dell'ingresso, con l'obiettivo di conoscere la persona e i suoi familiari di riferimento nel proprio ambiente di vita, facilitando in questo modo, sia la relazione, sia l'acquisizione di informazioni relative allo stato di salute dell'anziano. L'assistente sociale può in proposito valutare opportuna la partecipazione alla visita dell'infermiere di reparto.

## LA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

L'assistente sociale utilizza nel proprio lavoro in R.S.A. la cartella socio-sanitaria informatizzata, composta, in una logica di integrazione fra le diverse figure professionali, da parti di competenza del comparto sanitario-assistenziale e da parti di competenza dei servizi sociali, parti che con opportuni filtri di accesso a seconda dell'incarico ricoperto, - al fine di rispettare il diritto alla riservatezza dei dati personali, così come l'obbligo al segreto professionale, - sono in condivisione fra i vari operatori che lavorano a contatto con gli ospiti residenti. Premesso che un sistema informativo di questo tipo deve essere un mezzo e non il fine dell'operare delle diverse figure professionali, una simile gestione dei dati e delle informazioni rappresenta un aiuto importante in un'ottica di lavoro di équipe multiprofessionale.

## L'ÉQUIPE

Lavorare in équipe è di fondamentale importanza in un'organizzazione come le residenze per anziani, dove operano figure professionali con specificità e background formativi molto diversi fra loro e spesso, su alcuni aspetti, in contrasto.

Si possono distinguere tre tipi di équipe, alle quali partecipa l'assistente sociale:

- l'équipe dei servizi sociali, composta, oltre che dall'assistente sociale, anche dagli educatori professionali e dagli operatori di animazione che lavorano nelle diverse strutture. Essa è composta, quindi, da quelle figure professionali che all'interno della R.S.A. mettono al centro del loro operato gli aspetti socio-relazionali dell'utente ed ha l'obiettivo di elaborare un'azione coordinata di questi operatori, nel rispetto e nella valorizzazione delle specificità professionali di ciascuno di essi, e di monitorarne nel tempo l'implementazione;
- l'équipe di nucleo o di reparto, composta da tutti gli operatori, sanitari e sociali, che si prendono carico degli ospiti e delle loro esigenze, il cui obiettivo è una gestione il più possibile unitaria e globale



di ogni ospite, in una logica di personalizzazione e individualizzazione degli interventi (per elaborare il cosiddetto piano assistenziale individualizzato);

- l'équipe di coordinamento di struttura, costituita a livello di singola residenza (un ente, come la Civica di Trento, gestisce quattro residenze), cui partecipano gli operatori di quella R.S.A. referenti per i singoli servizi (sanitari e sociali), quindi, per es., il responsabile della struttura, l'assistente sociale, l'operatore di animazione, il medico, il fisioterapista, ..., con l'obiettivo di tradurre operativamente in ogni singola struttura quanto deciso a livello di direzione centrale in termini di sviluppo dei servizi, oltre a elaborare idee e spunti progettuali ulteriori da proporre ai quadri dirigenziali.

## LA RICERCA

L'assistente sociale in R.S.A. si occupa anche di elaborare e implementare azioni di ricerca volte a comprendere e possibilmente a migliorare la qualità di vita degli anziani accolti, utilizzando, per es., gli strumenti della customer satisfaction, del focus group, ..., coinvolgen-

do, tanto i residenti, quanto i loro familiari. In questo modo si cerca di considerare l'utente attore protagonista dei servizi offerti e non semplicemente un mero fruitore degli stessi, mettendolo nella condizione di elaborare critiche e riflessioni costruttive, così come di proporre idee e azioni di miglioramento delle prestazioni. In questo senso si inseriscono gli incontri periodici della Commissione Ospiti e della Commissione Parenti. L'assistente sociale le facilita e le coordina, promuovendo la partecipazione, favorendo l'esplicitazione e l'esplorazione dei punti di vista dei partecipanti, cercando il più possibile di contenere gli aspetti polemi- ci, a sostegno invece di logiche positive e propositive. Compito dell'assistente sociale è anche poi quello di fare in modo che la voce degli ospiti e dei familiari

non si perda nei corridoi o sui verbali di tali incontri ma possa arrivare fino agli uffici direttivi e tradursi in cambiamento e interventi concreti.

### CONCLUSIONI

L'assistente sociale che opera nelle R.S.A. è chiamato a svolgere un ruolo centrale nel processo di trasformazione ed evoluzione di queste strutture, impiegando e impegnando il proprio bagaglio teorico ed esperienziale per cercare di contrastarne la deriva sanitaria. Il rischio, infatti, è che le R.S.A. si organizzino sempre più come delle cliniche geriatriche, mettendo al centro della propria attenzione le prestazioni e gli interventi specialistici, la loro efficacia e la loro efficienza, trascurando inevitabilmente la dimensione della persona e della sua unicità. L'assistente sociale

deve raccogliere questa sfida e affrontarla quotidianamente, giorno dopo giorno, attraverso, innanzitutto, un impegno costante nel lavoro d'équipe multidimensionale, con l'obiettivo di contaminare positivamente con la propria cultura professionale quella delle altre figure, in primis, quelle di formazione medico-sanitaria. Egli, quindi, deve farsi carico di promuovere e di diffondere i principi fondamentali su cui si deve fondare un servizio di aiuto alla persona come la R.S.A., a partire da quanto enunciato nel proprio codice deontologico, attivandosi con gli strumenti professionali che gli sono propri, perché a partire da questi principi e non solo da valutazioni di altra natura ci si interroghi sui cambiamenti da apportare a livello organizzativo e di gestione concreta dei servizi.



<b>Trattamento fisioterapico</b>	Intervento, ove necessario	entro 7 giorni dalla valutazione	2	giorni
<b>Animazione strutturata per piccoli gruppi</b>	Attività di animazione strutturata, al mattino, per piccoli gruppi di residenti e finalizzata al raggiungimento di obiettivi specifici	3 mattine a settimana per RSA S.Bartolomeo e v. Collina	3	media mattine per settimana
	Attività di animazione strutturata per piccoli gruppi di residenti e finalizzata al raggiungimento di obiettivi specifici	3 attività settimanali per RSA di Gardolo e Gabbio	5	media attività settimanali
	Attività di animazione strutturata, al pomeriggio, per piccoli gruppi di residenti e finalizzata al raggiungimento di obiettivi specifici	3 pomeriggi a settimana per RSA S.Bartolomeo e v. Collina	3	media attività settimanali
<b>Eventi di animazione</b>	Eventi di animazione comunitaria destinata ai residenti negli spazi comuni (feste, concerti, giochi di società...)	24 eventi all'anno	84	numero eventi
<b>Partecipazione ad attività esterne</b>	Partecipazione dei residenti ad attività realizzate fuori dalla struttura	24 attività all'anno	34	numero attività
<b>Visita medica programmata</b>	Effettuazione delle visite mediche di routine	almeno una ogni 180 giorni	175	media giorni tra due visite
<b>Redazione del primo p.a.i.</b>	Valutazione multidimensionale e redazione p.a.i. da parte dell'équipe	entro 30 giorni dall'ingresso	28	media giorni
<b>Aggiornamento PAI</b>	Revisione della valutazione multidimensionale e aggiornamento del PAI da parte dell'équipe	almeno un aggiornamento ogni 180 giorni	174	media giorni tra due PAI
<b>Alzata</b>	Alzata dell'anziano residente non autosufficiente	almeno una volta al giorno	0,1	media persone non alzate
<b>Pasti</b>	Presenza settimanale di un piatto tradizionale nel menù (1)	rispetto nella misura del 95%	100	media presenza settimanale
<b>Pasti</b>	Rispetto del menu giornaliero programmato	rispetto nella misura del 95% del menù giornaliero programmato	93	percentuale di rispetto dello standard
<b>Guardaroba e lavanderia</b>	Lavaggio degli indumenti personali	entro 5 giorni lavorativi	2	media giorni
<b>Bagno</b>	Effettuazione del bagno guidato in vasca o doccia	almeno una volta ogni 10 giorni	9	media giorni tra due bagni
<b>Risposte a reclami o quesiti</b>	Risposta alla richiesta formulata in forma scritta	entro 15 giorni lavorativi	100	percentuale di rispetto dello standard

(1) Sono considerati piatti tradizionali: Fregoloti, Wurstel, Panada, Canederli, Spatzle con speck e noci, Stangolapreti, Polenta e coniglio, Risotto ai funghi, Orzetto, Brò Brusà, Tortel de patate, Risotto alla trentina, Faso en bronzom, Pelenta e crauti, Zuppa di funghi, Bolliti misti, Frittelle di mele, Strudel, Torta di mele, Smacafam e Bacalà dei frati.

# Riflessioni sul disagio organizzativo

## DA DOVE NASCE IL DISAGIO ORGANIZZATIVO?

L'ambiente esterno (la società, la cultura prevalente in un dato momento storico) pressa il singolo con una varietà di richieste. Quanto ci sentiamo *adeguati* rispetto a queste richieste? Quanto riusciamo a farvi fronte? Come viviamo le rinunce che siamo costretti a fare? Oggi, inoltre, la crisi economica e finanziaria ci espone a un'ulteriore fattore di pressione determinato da una diffusa percezione di precarietà, che incrementa il nostro senso di insicurezza.

Anche il mondo del lavoro (il contesto organizzativo) espone l'individuo a ulteriori fattori che possono essere percepiti come elementi di ulteriore pressione. Alcuni esempi:

- i meccanismi operativi aziendali, che possono essere percepiti come ambigui o poco chiari (gerarchie, prassi, procedure, sistema di valutazione, ecc...);
- la percezione di un maggiore o minore coinvolgimento attivo nel raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- l'aumentato tasso di burocratizzazione delle prassi organizzative;
- la *iper*-centralità del cliente, che entra sempre più prepotentemente nell'attività quotidiana;
- i carichi di lavoro;
- la percezione del livello di collaborazione, sia tra colleghi, sia con i capi;

- il tasso di conflittualità percepita;

- ...

La genesi del disagio organizzativo non è necessariamente da ricercare in uno stato di crisi o di collasso dell'organizzazione. Sono le donne e gli uomini che si riconoscono in uno stato di sofferenza proprio, che la realtà dell'organizzazione rispecchia e rimanda a ciascuno. Tale rimando salda in una percezione continua e ricorsiva il proprio stato di sofferenza con l'esperienza organizzativa.

## LE RICHIESTE DELL'ORGANIZZAZIONE E IL PROGETTO DI AUTO SVILUPPO INDIVIDUALE

Ogni organizzazione si caratterizza per un compito primario specifico. Il compito primario è lo scopo per il quale l'organizzazione è stata costituita, rappresenta, cioè, l'obiettivo che deve essere assolutamente raggiunto, pena la sopravvivenza stessa dell'organizzazione. Il compito primario viene conseguito attraverso modalità e obiettivi negoziati continuamente con l'ambiente esterno (APSS, PAT, Comune, comunità



di riferimento, familiari, ecc...) e con l'ambiente interno (residenti, lavoratori).

Il compito primario dell'organizzazione si caratterizza però, per una "doppia presenza", in quanto si arricchisce degli obiettivi che, consciamente o meno, le persone sentono nei confronti di se stessi e del proprio progetto di auto-sviluppo (compito primario individuale). Le risorse di cui dispone l'organizzazione per raggiungere il proprio scopo, pertanto, sono utilizzate dai lavoratori anche per raggiungere i propri obiettivi di auto-sviluppo personale e professionale.

Esiste una ricorsività sistemica tra le due porzioni del compito primario (organizzativo e individuale). Sulla *scena organizzativa*, gli uomini e le donne si trovano, da un lato, a dover gestire i compiti previsti dall'organizzazione; dall'altro, ad ascoltare il richiamo incessante del proprio progetto di auto-sviluppo, con tutti i "possibili" mai definiti, ma sempre presenti all'orizzonte.

La relazione tra compito primario dell'organizzazione e compiti primari dei singoli individui è una relazione dinamica. Tale dinamicità può comportare deviazioni minime, ma si-



gnificative al compito primario organizzativo. Tale relazione dinamica dipende da vari fattori:

- aspetti strutturali e operativi dell'organizzazione (gerarchie; chiarezza di compiti, ruoli, procedure; carichi di lavoro; tasso di burocratizzazione; circolarità delle informazioni; processo di valutazione; ecc...)
- significato del lavoro per i membri dell'organizzazione e loro percezione rispetto all'adeguatezza della valorizzazione del lavoro e delle capacità richieste per svolgerlo, in relazione al proprio progetto di auto-sviluppo;
- meccanismi di difesa attivi (quantità, intensità,...)
- capacità individuale e di gruppo di tollerare la frustrazione rispetto alla mancanza.

## LE COMPONENTI DEL LAVORO E LE FONTI DELLO STRESS

### Il ruolo

In ogni ruolo, compito, mansione possiamo distinguere:

- una **componente prescrittiva**: osservanza di disposizioni, norme, regole, procedure, ecc..., ricevute dal superiore o, in generale, dall'organizzazione;
- una **componente discrezionale**: "faccio così o è meglio che faccia in quest'altro modo?"

È nella componente discrezionale del lavoro che risiede la fonte principale dell'ansia (e quindi dello stress), connessa al responsabilità derivante dall'esercizio autonomo della discrezionalità: quanto più grande e lontano è il momento della verifica circa l'adeguatezza delle scelte operate "al buio" (*time-span of discretion*), tanto maggiore sarà il vissuto ansiogeno della persona. L'esercizio della discrezionalità



è, sul piano emotivo profondo, un'esperienza di solitudine e di abbandono. Dal punto di vista organizzativo, è un fattore misurabile in funzione di due aspetti principali:

- l'estensione dello *spazio organizzativo* oggetto del compito assegnato (qual è lo spazio di discrezionalità del mio ruolo?);
- la *distanza di tempo* intercorrente tra la scelta di percorrere una strada piuttosto che un'altra e la verifica del risultato.

### IL GRADO DI AUTONOMIA IN RAPPORTO ALLA CAPACITÀ INDIVIDUALE DI GESTIONE DI TALE AUTONOMIA

In ogni ruolo ci possono essere degli **squilibri** tra il grado di discrezionalità connesso al ruolo e la capacità individuale

di tollerare/gestire il livello di autonomia connesso al proprio ruolo. Tali squilibri possono essere essenzialmente di due tipi:

- un grado di autonomia **maggiore** alla capacità di gestione del soggetto: in questo caso, la persona si sentirà schiacciata, oppressa dai compiti richiesti dal ruolo, con un vissuto di inadeguatezza e di vuoto per non riuscire a svolgere il proprio compito
- un grado di autonomia **minore** rispetto alla capacità di gestione del soggetto: la persona vivrà un sentimento di inutilità e di soffocamento per una situazione di sottoccupazione, in cui è sacrificata quasi completamente la possibilità di lavoro creativo.

La situazione ideale è naturalmente quella dell'equilibrio tra ruolo e capacità individuali. Tale equilibrio, però, non è mai definitivo, perché basta una qualsiasi deviazione, anche minima, nella capacità di gestire l'autonomia da parte del soggetto per alterare tale equilibrio.

### LA RETRIBUZIONE

Un ulteriore elemento che complica il rapporto tra lavo-

## NOTIZIE IN BREVE

### CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E REVISORI DEI CONTI

#### Consiglio di Amministrazione

Paolazzi Giancarlo

Presidente

Refatti Franca

Vice-Presidente

Innocenti Lucia

Consigliere

Gravili Carlo

Consigliere

Pedriotti Maria Antonia

Consigliere

#### Revisori dei Conti

Mazza Pasquale • Costa Laura • Toller Claudio

ro e capacità è quello della retribuzione. La retribuzione è il riconoscimento economico per il lavoro svolto. È un'attribuzione (esterna) di valore a ciò che si fa. Introducendo questo terzo elemento, le situazioni di squilibrio possono essere le più diverse. Due esempi, tra i vari possibili:

- un lavoro adeguato alle capacità, ma sotto-retribuito, potrebbe attivare nei lavoratori una logica rivendicativa de-

terminata da un sentimento di ingiustizia;

- un lavoro eccessivo rispetto alle capacità di autonomia del soggetto e sotto-retribuito: il soggetto vive un eccesso di responsabilità a cui non è in grado di far fronte efficacemente e, per giunta, con un livello retributivo inadeguato.

#### PER CONCLUDERE

Le situazioni che possono generare il disagio organizzativo

sono le più diverse, in funzione tanto dell'organizzazione, quanto del singolo individuo. Le strategie per contenere o ridurre il disagio lavorativo percepito dai lavoratori passano attraverso una riflessione continua su tutte le variabili che sinteticamente abbiamo presentato, ma anche con la costruzione di spazi di ascolto e di confronto individuale a disposizione dei lavoratori che ne sentono il bisogno.

DI DEBORA VICHI - UNITÀ OPERATIVA QUALITÀ, INNOVAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE

## *Sguardo sulla formazione: gli esiti del percorso formativo realizzato presso la RSA di Gabbiolo nel 2013*

**A** dicembre 2013 si è concluso il percorso formativo *Professionisti della cura, professionisti della relazione: le buone pratiche per la gestione costruttiva dei conflitti e il miglioramento dell'integrazione organizzativa*, realizzato presso la RSA di Gabbiolo e che ha coinvolto buona parte del personale. Il percorso è stato pensato per offrire all'équipe di Gabbiolo un'azione di accompagnamento e di sostegno per gestire meglio la complessità che caratterizza ogni RSA.

Una R.S.A., infatti, contiene in sé una complessità irriducibi-

le, una molteplicità di mondi semantici tra loro interdipendenti, portatori di sguardi, linguaggi, codici interpretativi, significati tra loro anche molto diversi: il mondo della residenzialità, portatore del codice della casa, della famiglia o della comunità, si intreccia con il mondo sanitario di medici e infermieri, portatore del codice della cura del corpo e con il mondo dell'assistenza, portatore di un codice più ampio, che si interessa del corpo, ma anche della psiche e della dimensione socio-relazionale.

Sono mondi che pongono e

propongono priorità diverse - spesso anche di carattere emergenziale - e che generano un complesso intreccio di sguardi, bisogni, competenze e sentimenti che costringono gli attori organizzativi a confrontarsi costantemente tra loro, ad attivare "scambi ricorsivi con i diversi sistemi di riferimento" e a "vivere e ad agire la relazione tra decisione e azione come interagente e circolare".

Il professionista in RSA vive quotidianamente la non scindibilità tra la dimensione cognitiva, affettiva e relazionale dell'esperienza di lavoro e ha

## IL PERCORSO IN SINTESI

### Titolo del percorso formativo:

PROFESSIONISTI DELLA CURA, PROFESSIONISTI DELLA RELAZIONE:  
LE BUONE PRATICHE PER LA GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI  
E IL MIGLIORAMENTO DELL'INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA

### Periodo di realizzazione

06/02/2013 – 18/12/2013

### Durata complessiva:

80 ore

### Destinatari del percorso formativo:

Équipe multiprofessionale della RSA di Gabbio.

I destinatari sono stati 19 professionisti

di tutte le aree professionali:

7 OSS, 6 INFERMIERI, 1 MEDICO, 1 FISIOTERAPISTA, 2 EDUCATORI,  
1 ASSISTENTE SOCIALE, 1 COORDINATRICE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI

bisogno, per sostenere tale carico, di attivare esperienze di apprendimento non tradizionali, che non semplifichino la realtà in schemi e modelli, ma che siano capaci di sostenere e accompagnare il singolo professionista nel suo percorso di *quotidiano attraversamento della complessità*. La prospettiva in cui si collocano esperienze di apprendimento di sostegno e accompagnamento nella complessità, è la prospettiva del conflitto, insieme intrapsichico, che partono dalla consapevolezza della inscindibilità, nell'esperienza lavorativa, tra dimensione individuale (cognitiva ed affettiva) e dimensione relazionale. La gestione (creativa) delle diverse dimensioni del conflitto, aiuta i singoli a non cedere alla tentazione dell'*aut-aut*, ma li aiuta a tenere insieme gli opposti, a comprendere i mondi degli altri e a ricomporre la molteplicità generando nuovi equilibri dinamici, più avanzati, densi,

inattesi e realmente integrati. La finalità generale del progetto è stata quella di attivare un'esperienza di apprendimento capace di promuovere la riflessione sull'esperienza lavorativa per far circolare idee, visioni, emozioni, punti di vista e aprire, così, lo *spazio di un nuovo possibile equilibrio*, capace di generare cambiamento. La riflessività diventa azione di accompagnamento continuo dell'azione, nel *mentre* del suo compiersi (il tempo del presente) e nel ritorno riflessivo sul già *compiuto* per un apprendimento esperienziale concreto e contestualizzato. L'obiettivo generale verso cui si è orientato il percorso è stato il miglioramento dell'integrazione tra le diverse professionalità e della loro capacità di gestire in modo costruttivo la conflittualità derivante dalla complessità. L'approccio che si è scelto di adottare per la realizzazione del progetto si è basato, come

detto, sull'accompagnamento e sostegno, che si sono tradotti operativamente nell'attenzione ai concreti problemi incontrati dai partecipanti nell'esercizio quotidiano del lavoro, analizzando i vincoli, le difficoltà e le resistenze, individuando strategie adeguate per superarli, ma anche riflettendo sulle opportunità e possibilità che possono essere colte nell'esperienza vissuta e nel passaggio dalla consapevolezza all'azione. Nella declinazione operativa dell'intervento, sono stati perseguiti i seguenti obiettivi specifici:

- affinare la capacità di analisi delle dinamiche relazionali, cognitive ed affettive, che interferiscono nei quotidiani rapporti professionali e ostacolano il lavoro dell'équipe
  - comprendere e prevenire i contrasti, individuando schemi e rappresentazioni personali e collettive dei conflitti;
  - potenziare lo sviluppo di un pensiero assertivo, finalizzato a orientare le comunicazioni e le reazioni verso un esito condiviso e costruttivo delle relazioni e transazioni organizzative.
- Il percorso è stato realizzato con l'alternanza tra momenti formativi d'aula e sessioni di laboratorio di supervisione sui casi portati dai partecipanti.

### LABORATORIO DEGLI AUTOCASI

Durante le fasi di laboratorio, ciascun partecipante ha potuto affrontare un proprio caso di difficoltà relazionale all'interno del gruppo. Il gruppo ha svolto la funzione di consulente e ha fornito al singoli il

## APPROFONDIMENTO: METODOLOGIA DI CONDUZIONE DEI LABORATORI

La metodologia per la conduzione dei laboratori è stata la seguente: un/a partecipante presenta nel gruppo una propria situazione lavorativa (“problematica o interrogativa”) chiamata **caso di lavoro**.

Il **gruppo**, attraverso domande e considerazioni, svolge una ricerca sul tema suggerito dalla situazione narrata e aiuta il “cliente” a ricercare nuove soluzioni. Nel laboratorio sono previsti i seguenti ruoli:

- **Cliente** (narratore), colui/colei porta il “caso”
- **Gruppo**, consulente nei confronti del cliente
- **Osservatore**, supporta il gruppo nel lavoro
- **Facilitatore**, supporta e presidia il metodo e il setting

supporto necessario per la riletture dell’esperienza e/o la riprogettazione del proprio caso. La docente ha svolto un ruolo di facilitatrice dei processi comunicativi e di presidio del setting e della metodologia formativa. I temi emersi dalla discussione dei casi portati dai partecipanti sono diventati i contenuti oggetto delle sessioni formative d’aula.

Il percorso si è concluso con la fase di bilancio dell’esperienza, che è stato strutturato su due momenti principali:

- l’elaborazione da parte dei singoli di un proprio progetto di miglioramento, in relazione alle aree di miglioramento individuali
- l’elaborazione di un progetto di miglioramento a livello di gruppo, in relazione alle aree di criticità organizzative

Gli esiti del percorso, i progetti di miglioramento individuali e di gruppo sono stati presentati ai coordinatori dei diversi servizi in un incontro dedicato, con l’obiettivo di attivare un percorso di confronto per attivare

le necessarie azioni di miglioramento.

### LA FORMAZIONE IN AULA

Gli incontri formativi sono stati dedicati ai temi emersi nei laboratori. In particolare:

- il ruolo tra autonomia e precrittività
- la gestione dei conflitti
- il processo di cura e le organizzazioni che cura
- qualità del servizio e centralità dell’utente
- la riunione efficace.

La metodologia formativa utilizzata per questi incontri è sempre stata di tipo attivo. Ai partecipanti è stata richiesta un’attivazione diretta, sia attraverso esercitazioni individuali o di gruppo, sia attraverso la discussione e il confronto in aula a partire da esempi concreti tratti dall’esperienza professionale.

### APPRENDIMENTI REALIZZATI

Il percorso formativo ha consentito ai partecipanti di acquisire conoscenze e linguaggi comuni, utili nella gestione

della complessità quotidiana. Il percorso, per come è stato strutturato, con una forte valenza esperienziale, è difficilmente trasmissibile ad altri “per via cognitiva”, ma il fatto che i partecipanti siano anche i membri dell’equipe professionale consente una circolazione continua degli apprendimenti realizzati.

### RICADUTE AUSPICATE

Le ricadute auspiccate in esito al percorso formativo sono riconducibili al miglioramento nella gestione dei vissuti connessi alle dimensioni conflittuali e, in generale, un miglioramento del benessere organizzativo, con ricadute positive sulla capacità dell’equipe di gestire al meglio il processo di presa in carico dei residenti.

## NOTIZIE IN BREVE

### RAPPRESENTANTI DEGLI OSPITI PER LE RSA DELLA “CIVICA DI TRENTO” BIENNIO 2014-2015

**RSA di Gabbio**  
Bernardi Dario  
Angiolini Indino  
**RSA di via della Collina**  
Benini Leopoldina  
Giovannini Valentino  
Grassi Silvano  
**RSA di via Malpensada**  
Zanin Adriana  
Endrizzi Barbara  
**RSA di Gardolo**  
Saitta Giusi  
Pochiesa Barbara

## Quasi amici . . .

**È** una commedia drammatica sull'amicizia e la diversità. I protagonisti sono Philippe, un miliardario tetraplegico, in sedia a rotelle, con una figlia adolescente in cerca di un badante e Driss, un ragazzo dei quartieri poveri con difficoltà familiari e lavorative, che si presenta al colloquio solo per avere la firma per l'ufficio di disoccupazione per ricevere il sussidio. A differenza degli altri pretendenti che non riescono a convincere Philippe, Driss, forse per il suo modo di fare immediato e poco ortodosso lo conquista; viene così incaricato di stargli accanto, lavarlo, aiutarlo nella fisioterapia. Con la sua modalità prorompente e l'assenza di pietà per la sua condizione Driss riuscirà a instaurare un legame profondo con Philippe dal quale tutti e due trarranno dei preziosi insegnamenti per la loro vita. Driss saprà inoltre dare un pizzico di vitalità a tutti

coloro che vivono nella prigione dorata che circonda Philippe riscattando la propria posizione. Numerosi sono i temi che emergono in questo film, tra i quali quello dell'amicizia, della disabilità, dell'integrazione sociale. Philippe va in cerca di qualcuno che non lo commiseri, che non lo guardi dall'alto in basso e lo tratti da disabile, ma piuttosto di un amico che lo sappia trattare per quello che è come persona, che non si focalizzi sulla malattia, che non lo tratti in maniera privilegiata, ma nemmeno come un peso. Il centro del film è l'accoglienza della persona nella sua interezza, nella sua globalità imparando a prendersi cura dell'altro con tutto se stesso, imparando a convivere e a gestire anche le proprie fragilità personali, sperimentando una nuova speranza e una nuova prospettiva di vita. La parola malattia quindi, non descrive tanto una condizione



difficile, ma è simbolo di una nuova possibilità, di una prospettiva di crescita comune, ecco perché l'amicizia nasce sulla condivisione dei dolori e delle difficoltà che entrambi i protagonisti vivono. Infatti in questa nuova dimensione ambedue si trovano a offrire e a ricevere, in una reciproca donazione, all'interno di un percorso di messa in gioco che porta al riscatto e al cambiamento. Tutti e due infatti sembrano diversamente abili, pur con una differente accezione, ma determinati a trovare la felicità; attraverso il loro incontro scoprono dei lati del proprio essere fino a quel momento nascosti, ecco che quindi si può intravedere come tema anche quello della scoperta di sé.

*Due lettrici hanno risposto alla nostra richiesta di suggerimenti, idee, proposte e contributi per rendere questo giornalino strumento di informazione, confronto e crescita della comunità legata alla Civica di Trento. Volentieri dunque pubblichiamo il seguente contributo con l'auspicio che in futuro altri lettori vogliano seguire le loro orme.*

*La Redazione*

### **UN OBIETTIVO CHE POTREBBE DIVENTARE IL FIORE ALL'OCCHIELLO DELLA A.P.S.P. CIVICA DI TRENTO:**

Al momento attuale la nostra società presenta una nutrita componente di anziani. Studi e previsioni di settore sono concordi ad indicare un aumento certo del numero di queste per-

sone. Molte di esse vivono sole e sono affette da gravi patologie quali: Demenze, Parkinson, Alzheimer, limitazioni motorie, diabete, ecc. Nei casi più fortunati, lavoro e condizioni familiari permettendo, i pazienti vengono assistiti direttamente o indirettamente dagli stessi. In ambito di un'ottica di servizio socio sanitario, perché non creare uno spazio e un servizio che garantisca la permanenza dell'anziano nella propria abitazione?

Questo consentirebbe uno sgravio e un risparmio per altre strutture diversamente impegnate nel garantire assistenza ai cronici.

Si potrebbe pensare alla realizzazione di un Centro Diurno, che sia in grado di accogliere anziani e non, parzialmente invalidati o non, autosufficienti o con gravi disabilità. Dovrebbe essere aperto tutti i giorni della settimana compreso sabato e domenica con un orario a discrezione dell'utenza, fra le ore 8,00 e le ore 20,00.

A motivazione di ciò sono state individuati tre punti guida generali:

A) Portare aiuto e sostegno agli anziani che vivono nell'isolamento e nell'emarginazione e che spesso dispongono di un'unica soluzione o alternativa: la Casa di Riposo (con liste d'attesa che lasciano poche possibilità in una veloce soluzione).

B) Sostenere e promuovere la qualità della vita dell'anziano.

C) Dare sollievo e serenità a utenti e famiglia.

### **MA COSA DOVREBBE OFFRIRE IL CENTRO DIURNO?**

- Consumazione pasti (rispettando le diete)
- Cura e igiene della persona (bagno assistito)
- Pedicure
- Manicure
- Parrucchiera
- Mobilitazione ed attività di educazione motoria
- Attività ludico, culturali/espressive.
- Socializzazione ed animazione con gite programmate
- Riposo
- Servizio di trasporto da e per casa.

Il tutto supportato da perso-

nale qualificato, in grado di capire e comprendere i bisogni dell'anziano.

Abbiamo pensato di scrivere queste righe alla Civica di Trento in quanto riteniamo che per la loro grande capacità e sensibilità umana abbia i mezzi per realizzare questo obiettivo. Inoltre la realizzazione di questo progetto garantirebbe una vita dignitosa a tante persone rimanendo al proprio domicilio.

Da verifica sul territorio di Trento non esiste nessun Centro Diurno aperto tutti i giorni della settimana. Quindi l'importanza di aprire un centro con le sopra citate caratteristiche garantisce la possibilità di trascorrere la settimana intera in un luogo protetto con personale disponibile a sopperire a carenze che soddisfino i bisogni primari della persona.

Speriamo vivamente che al più presto questo possa essere realizzato, perché, ci arrivano segnali precisi e chiari su questa necessità: vedi quante famiglie si trovano improvvisamente di fronte a questo dilemma.

Non servono spazi enormi. Serve voglia di comprendere e assistere queste persone, sole. Amano la loro casa ma anche la compagnia, **allora partiamo.**

Un sincero grazie per averci dato la possibilità di scrivere.

*Archetti Sonia  
Postal Ivonne*

Trento, 8 aprile 2014



## Alcune parole chiave

In questo articolo riprendo a parlare di demenza attraverso la descrizione di alcuni aspetti che riguardano la malattia e la gestione del malato da parte del familiare. Questo testo non ha la pretesa di esaurire i vari argomenti, ma ha l'obiettivo di fornire alcuni spunti e informazioni a chi si rapporta con il malato di demenza; alcune indicazioni possono essere utili ai familiari che vivono con l'anziano al domicilio, altre osservazioni sono trasversali e possono riguardare anche l'anziano istituzionalizzato, così pure alcune informazioni possono riguardare la prima fase della malattia, altre fasi più avanzate.

Continuo la trattazione partendo da parole chiave che dal mio punto di vista possono aiutare la lettura.

**ALIMENTAZIONE:** Sia a causa del cambiamento nella **relazione con il cibo** dovuto ad una trasformazione nella percezione dei sapori e ad una diminuzione nella sensazione della sete, sia a causa del decadimento cognitivo l'anziano con demenza è più ad alto rischio di malnutrizione e disidratazione. Spesso ad esempio succede che la persona percepisca gli stimoli di fame e sete, ma che non sia in grado di discriminarli e di riconoscerli come tali e che non abbia le capacità di comunicarli. Potrebbe, anche, accadere che non sappia più quali sono i gesti per mangiare, che sia disorientato rispetto ad orari dei

pasti o ancora, che non riconosca più forme, colori e consistenza degli alimenti.

**ANSIA:** Nella malattia di Alzheimer l'**ansia** può essere uno dei primi sintomi. Tentare di ricordare un nome, un percorso, una voce può essere fonte di ansia per il malato, soprattutto se è consapevole della malattia e dei limiti che la malattia impone. L'ansia può essere presente durante il percorso della malattia, in misura più o meno grave. Nelle fasi più avanzate, quando il paziente sembra - ma non sappiamo fino a che punto - aver perso la consapevolezza del proprio stato l'ansia tende a ridursi.

**CARE GIVER:** Con questo termine la letteratura anglosassone definisce "**colui che presta le cure**". Da tempo è noto che il caregiver ha un ruolo nodale nella storia della malattia ed è sottoposto ad un forte stress. La capacità del caregiver di gestire la frustrazione e di gestire lo stress sono fondamentali per affrontare le conseguenze della malattia nella persona cara, la complessa assistenza e le scelte conseguenti.

**COCCOLE:** **Coccole** e linguaggio non verbale. Quando, a causa del deterioramento cognitivo, viene perduta la capacità di comunicare attraverso il linguaggio, necessariamente si rivalutano i canali di comunicazione non verbale. Per un malato di Alzheimer, in particolare, la postura del corpo e i gesti, l'espressione del viso e il tono della voce, e il tatto diventano



gli unici mezzi attraverso i quali passare e ricevere la relazione con il mondo. Anche le coccole quindi assumono un significato grandissimo e alcune volte la capacità di rapportarsi fisicamente con il malato può risolvere e sdrammatizzare crisi comportamentali, reazioni catastrofiche, attacchi di ansia o paura. La coccola rassicura, tranquillizza, rasserena e non ha effetti collaterali come possono avere i farmaci, seppur necessari.

**PROBLEMI DI COMPORTAMENTO:** Molteplici sono i comuni problemi di comportamento che si rilevano con la patologia e che variano nel tempo e a seconda della fase della malattia: soprattutto nella prima fase della malattia sono presenti l'atteggiamento di porre domande ripetitive, una inclinazione al pianto, l'atteggiamento sospettoso e di accusa nei confronti dei familiari, delle crisi di agitazione con talvolta degli attacchi con grida.

**SENSO DI COLPA:** I familiari talvolta riferiscono in modo più o meno manifesto tristezza, scoraggiamento, senso di solitudine o stanchezza; frequente è il senso di colpa, collegato al rifiuto o alla vergogna per il proprio familiare, al fatto che talvolta si perde la pazienza. Pure la scelta di istituzionalizzare l'anziano può diventare fonte di



senso di colpa per il caregiver e la sua famiglia.

**SPAZIO:** Per facilitare gli spostamenti, occorre semplificare e sgomberare gli spazi vitali da ciò che è superfluo: levare tappeti e mobili inutili, nascondere fili elettrici volanti, illuminare i posti dove si rischia di cadere, di notte illuminare adeguatamente il tragitto per il bagno e il bagno stesso. In cucina, una priorità assoluta è sopprimere il gas sostituendolo con placche elettriche o a induzione. In bagno, una doccia con sedile rimpiazzerà vantaggiosamente la vasca da bagno. La camera da letto deve contenere il minor numero possibile di mobili: un letto basso, un armadio con i vestiti strettamente necessari, comodi e adatti alla stagione, facili da indossare (chiusura lampo e velcro) evitando scendiletto o tappeti che favoriscano le cadute.

**TEMPO:** L'alternanza giorno e notte è il metronomo più importante per scandire il tempo della vita; una esposizione diurna alla luce è di primaria importanza, e bisognerà allestire il luogo, se necessario, perché ciò sia possibile. Orologi e

calendari di grandi dimensioni disposti ben in vista aiutano il malato a ritrovarsi nel tempo e a situarsi rispetto alla giornata e alla settimana.

**VAGABONDAGGIO,** Camminare e girovagare (o wandering): nel malato di Alzheimer può diventare un problema nella prima fase della malattia: il malato può camminare per ore e ore, ininterrottamente, in modo compulsivo, quasi fosse alla ricerca di qualcosa che non trova mai. Questa tendenza a camminare non trova in genere una spiegazione: talvolta questo tipo di comportamento può essere scatenato da un problema organico (ad es. stitichezza, dolori di vario tipo, ecc.), ma più spesso non si riesce a trovarne la causa. Dato il disorientamento il vagabondaggio porta alle cosiddette "fughe", agli allontanamenti e ne consegue la necessità di una stretta sorveglianza del malato.

In conclusione sarebbe opportuno che il familiare chiedesse un aiuto a partire dalla fase iniziale della malattia, dalla ricerca della diagnosi. Il **"NON ISOLAMENTO"** è fondamentale per

tutta la fase di accompagnamento del malato, visto il notevole carico fisico ed emotivo che esso richiede. Vi è la necessità per il familiare sia di avvalersi di una rete di sostegno relazionale e psicologico, sia di trovare spazi di confronto e sostegno fra familiari che condividono lo stesso problema. Il minor isolamento infatti può fornire strumenti utili, maggiore consapevolezza di quanto si può fare e dei limiti propri e di quelli dati dalla patologia e dal suo decorso.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Angelo Bianchetti, Marco Trabucchi titolo Alzheimer, Malato e familiari di fronte alla perdita del passato, ed. Il Mulino, 2010
- Carla Pettenati, Patrizia Spadin, Daniele Villani, Vademe cum Alzheimer, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, 1996
- Giorgio Seveso (a cura di), Prevenire e curare l'Alzheimer, I sintomi, le cure attuali e future, la comunicazione con il malato, ed Red! 2013, dall'originale francese, Mireille Peyronnet, Prévenir Alzheimer, Alpen Editions, 2012
- Luisa Bartorelli, (a cura di) Manuale del caregiver, Programma di formazione per l'assistenza alle persone affette da demenza, Carocci Faber 2008, edizione originale The Savvy Caregiver A Caregiver's Manual 2002
- Pietro Scalisi, Manuela Grimaldi, Orientarsi in un mondo ridisegnato dall'Alzheimer, Elementi di cura e assistenza per operatori e familiari, Franco Angeli, 2012.

## *Sintesi degli esiti della sperimentazione dell'applicazione del "protocollo prevenzione delle cadute nelle RSA" e della "procedura per l'applicazione dei mezzi di contenzione fisica ai residenti delle RSA"*

### **IL CONTESTO DELLA SPERIMENTAZIONE**

Le ultime evidenze scientifiche (riferimenti bibliografici allegati a protocollo e procedura), nonché le più recenti raccomandazioni del ministero della salute (raccomandazione n.13 novembre 2011), indicano la necessità che ogni struttura sanitaria e assistenziale predisponga un gruppo di lavoro multidisciplinare per rendere attuative le misure di prevenzione del rischio caduta limitando contestualmente l'uso della contenzione.

Per rispondere a tali indicazioni, UPIPA ha attivato un percorso di lavoro per la messa a punto di un protocollo per la prevenzione del rischio cadute integrata con una procedura per una migliore gestione delle contenzioni. Tali documenti sono stati elaborati e validati nel corso del 2012 attraverso la sperimentazione degli stessi all'interno degli enti partecipanti al progetto di ricerca. La Civica ha partecipato al progetto effettuando tale sperimentazione iniziale presso la RSA di Gabbiolo (anno 2012). Gli esiti delle sperimentazioni hanno consentito di ultimare la messa a punto di entrambi i documenti e il 20 dicembre 2012 è stato realizzato il seminario conclusivo di presentazione ufficiale dei due documenti. I risultati ottenuti sono stati incoraggianti, in quanto

hanno messo in evidenza come l'applicazione delle indicazioni contenute nel protocollo e nella procedura abbiano favorito una sostanziale riduzione delle cadute e una diminuzione del ricorso alla contenzione fisica con evidenti ricadute positive sulla qualità della vita dei residenti.

Nel corso del 2013, la Civica ha deciso di proseguire nella direzione intrapresa, provando a introdurre in tutte le nostre RSA le "buone prassi" attivate grazie all'applicazione del protocollo e della procedura.

### **FINALITÀ DEL PROGETTO**

Rafforzare la capacità dell'equipe di effettuare una valutazione appropriata del rischio caduta dei residenti e mettere in atto gli interventi necessari atti a favorire la prevenzione delle cadute, ricorrendo alla contenzione solo come ultima scelta e sempre conseguente ad un'attenta e documentata valutazione del residente.



### **OBIETTIVO GENERALE**

Diffondere presso tutte le RSA della Civica l'applicazione del protocollo "Prevenzione delle cadute" e della "Procedura per l'applicazione dei mezzi di contenzione fisica ai residenti" (documenti prodotti e validati nell'ambito del progetto provinciale in UPIPA "Contenere la contenzione", con la supervisione scientifica dei professionisti del Gruppo Ricerca Geriatrica).

### **RELAZIONE CONCLUSIVA**

La sperimentazione è stata avviata a maggio 2013 e si è conclusa a marzo 2014. Le RSA coinvolte nel progetto sono state Gabbiolo, San Bartolomeo e Angeli Custodi. Trattandosi di una sperimentazione, abbiamo ritenuto più opportuno limitare il campo d'azione esclusivamente a un piano (o nucleo) per ciascuna struttura coinvolta (3° piano a Gabbiolo, 2° piano a San Bartolomeo, 3° piano Angeli Custodi).

Solo le RSA di San Bartolomeo e Gabbiolo hanno concluso la sperimentazione con la raccolta dei dati sia in itinere che alla conclusione.

Le referenti per il progetto di queste due strutture sono state Antonella Gazzina (fisioterapista) e Sonia Donati (coordinatrice di nucleo) per la RSA di Gabbiolo; Antonella Villotti (fisioterapista) e Martina Debiasi (infermiera) per la RSA di San

Bartolomeo. Le referenti si sono impegnati a sostenere e facilitare la divulgazione dei contenuti del protocollo e della procedura nella pratica lavorativa quotidiana nell'ambito delle rispettive equipe multidisciplinari, affinché la corretta applicazione degli strumenti di valutazione delle cadute, le buone prassi assistenziali e le raccomandazioni contenute nel protocollo, venissero attuate secondo i criteri previsti nei documenti. Durante il percorso, sono stati realizzati alcuni incontri periodici di monitoraggio tra il gruppo di referenti, utili per la revisione dei documenti e il loro adattamento alla specificità dei nostri contesti organizzativi. Nello specifico, sono state apportate alcune modifiche alla tempistica prevista per la valutazione del residente all'ingresso, alla modulistica proposta e all'elenco dei mezzi di contenzione fisica indicati nella procedura.



interventi ambientali per implementare la sicurezza, in particolare applicazioni di codici alle porte e i blocchi alle finestre.

Sono stati raccolti i dati dell'anno e si nota come, nel periodo luglio-ottobre ci sia stato un incremento degli ospiti con una caduta (4 in più rispetto ai mesi precedenti). Questo dato riguarda ospiti nuovi entrati, caduti nei primi giorni di residenza, che non hanno riportato danni significativi. Nel periodo novembre-febbraio si rileva un incremento di 2 casi di ospiti caduti più di due volte: questo dato si riferisce a due ospiti in terapia sedativa con demenza, wandering e affaccendamento e con aumentata instabilità nella deambulazione. Dalla comparazione degli altri periodi i dati relativi alle cadute sono sovrapponibili.

Il monitoraggio conferma quanto riportato dalla letteratura, ossia che le cadute si verificano più frequentemente nelle prime due settimane di ricovero e nei momenti di massima attività all'interno reparto (v. "Protocollo prevenzione delle cadute").

#### **RSA SAN BARTOLOMEO**

Si osserva una variazione più evidente delle contenzioni applicate nel periodo luglio-ottobre, per l'adozione delle spondine per 4 ospiti e relativamente al tutone per altri 3 ospiti. Nel periodo di sperimentazione vi sono stati nuovi ingressi ad alto rischio caduta anche per importanti problemi cognitivi, per cui si è resa necessaria l'adozione di contenzione.

Confrontandosi in equipe è stato possibile valutare e rivalutare diversi casi di residenti a rischio caduta, cercando di adottare strategie personalizzate e, solo

se necessario, utilizzare le contenzioni. Più in dettaglio:

- per 3 ospiti è stata rimossa la contenzione
- per un caso sono state ridotte le ore di contenzione al mattino, in quanto è stata attivata una strategia di presa in carico personalizzata a cura della fisioterapista e dell'educatrice;
- per un residente, l'equipe ha variato l'assistenza al momento del pasto come strategia per evitare la contenzione;
- per un altro caso sono state adottate strategie ambientali al momento del riposo.

Nel periodo fra luglio e ottobre si è verificato un aumento delle cadute determinato da un nuovo ingresso e da 5 residenti con una precedente valutazione di basso rischio cadute. Negli altri periodi non si sono verificate variazioni significative.

Durante il periodo di sperimentazione sono stati valutati residenti che cadevano ripetutamente. In un caso, la collaborazione tra le figure professionali ha permesso di risolvere la situazione. Per altri due casi in equipe si è valutato di non adottare la contenzione in quanto avrebbe avuto un impatto negativo dal punto di vista psicologico per il residente. Si è operato, quindi, per sensibilizzare gli operatori ad avere particolari attenzioni e buone prassi assistenziali nella giornata.

#### **CONCLUSIONE**

Gli esiti della sperimentazione condotta sono stati condivisi con il Dirigente Sanitario. Il valore aggiunto del percorso è stato soprattutto il miglioramento del processo di valutazione e rivalutazione delle contenzioni. In questa direzione, si procederà a integrare le nostre procedure con alcune delle indicazioni ricavate dai documenti sperimentati.

# L'esperienza degli studenti Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica nell'APSP Civica San Bartolomeo

I primi studenti del Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP), dell'Università degli studi di Verona con sede didattica ad Ala (TN), hanno iniziato la loro esperienza di tirocinio presso la Struttura dell'APSP Civica - S. Bartolomeo nel mese di giugno 2013. Il progetto di tirocinio, che vede coinvolti gli studenti TeRP del secondo e del terzo anno di Corso, ha assunto carattere continuativo a partire dal mese di novembre del 2013. L'opportunità di poter trascorrere un periodo di tirocinio all'interno della casa di riposo si è rivelata un'occasione di apprendimento e di formazione molto arricchente. La presa in carico della persona anziana sta diventando di primaria importanza. Per questo motivo il Corso di Laurea, in sinergia con altri Corsi del Polo Universitario delle Professioni Sanitarie di Trento, all'interno della sua programmazione ha potenziato il focus sulle tematiche relative alla cura dell'anziano, attraverso seminari, esercitazioni e laboratori. La formazione si sviluppa nell'ottica di una presa in carico non solo dal punto

di vista clinico ma con una particolare attenzione alla cura e al benessere globale della persona.

L'obiettivo del tirocinio degli studenti TeRP con gli ospiti della Civica è quello di dedicarsi a coloro che, per vari motivi, mostrano difficoltà nella struttura-



zione della giornata o che si trovano in difficoltà nello svolgere attività strutturate o di grande gruppo. Un altro aspetto che ha visto la nostra figura coinvolta è stato il collaborare con gli altri operatori nella gestione dei momenti di agitazione o ansia degli ospiti. Fino ad ora gli studenti hanno coinvolto gli ospiti in attività sia individuali sia di piccolo gruppo progettate tenendo conto dei bisogni e dei desideri delle persone che vi partecipavano. Sono state uti-

lizzate varie tecniche per favorire la socializzazione e mantenere le capacità cognitive degli ospiti. Tutte le attività erano pensate e create sulla base delle risorse, delle abilità e delle esigenze dell'ospite e quindi presupponevano come obiettivo essenziale e primario quello

di costruire una relazione di fiducia con la persona. Alcuni esempi di attività che sono state proposte sono il "gruppo storie di vita", dove venivano rievocate esperienze di vita significative (matrimonio, primo giorno di scuola, i nonni, ecc.) attraverso l'uso di immagini o fotografie, il "gruppo natura", durante il quale sono state

proposte di volta in volta una pianta o un fiore individuandone proprietà e usi nella vita comune. Al di là delle tematiche, lo scopo dei gruppi è quello di coinvolgere gli ospiti e favorire la socializzazione, la concentrazione, l'uso del linguaggio e soprattutto di far trascorrere alle persone che restano al piano un momento piacevole di condivisione, in cui si sentano ascoltati e valorizzati. Per alcune persone sono stati pensati momenti individualizzati per



favorire la relazione, prevenire l'isolamento e sviluppare le capacità personali.

Nella relazione con gli ospiti, di fondamentale importanza, al di là dei momenti più o meno strutturati, è il vivere con loro la quotidianità in struttura. Nella condivisione del tempo, si prende coscienza dell'importanza dei gesti e delle parole che a volte si danno per scontati, sperimentando nuovi modi di comunicare e di stare accanto alle persone, si affrontano situazioni di sofferenza e difficoltà ma soprattutto si scoprono risorse e capacità che non sempre siamo in grado di riconoscere. Affrontare il mondo della persona anziana con i suoi tempi e le sue peculiarità richiede molta impegno ma con il tempo si riesce a comprendere la giusta chiave di lettura e si può dare inizio ad una conoscenza reciproca tra anziano e studente che risulta arricchente e gratificante per entrambi.

Il percorso di tirocinio all'interno dell'APSP ci ha permesso di capire il valore della collaborazione con tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura della persona anziana. Le diverse professionalità con

le quali ci siamo confrontate ci hanno aiutato a capire l'importanza di un lavoro sinergico per rispondere ai diversi bisogni degli ospiti. L'integrazione con l'area sanitaria, l'area assistenziale e l'area del sociale, ci ha permesso di inserirci nella struttura avviando dei progetti anche con gli studenti presenti di altri corsi di laurea (infermieri, fisioterapisti, igienisti dentali, educatori sanitari e operatori socio sanitari). Nonostante le

difficoltà iniziali nel capire il ruolo della nostra figura all'interno della struttura, gli studenti TeRP sono stati accolti con disponibilità.

L'esperienza in APSP è stata estremamente formativa proprio alla luce di tutte le variabili emerse; è stata un'occasione per metterci in gioco ed entrare in contatto con una realtà che presenta molte risorse e occasioni di crescita sia professionale che personale.



## NOTIZIE IN BREVE

### INTERVENTO 19 ANNO 2014

Per il 2014 alla **COOPERATIVA VENATURE** è stata affidata la realizzazione del progetto per le attività sociali, nell'ambito dell'Intervento 19 ex azione 10. L'attività è iniziata il 10 marzo e terminerà il 27 dicembre.

A tutti gli operatori coinvolti in questa esperienza porgiamo un caloroso buon lavoro.



## Salve cari lettori,

siamo Mattia e Aurora due giovani volontari del Servizio Civile Provinciale presso la Biblioteca Comunale di Trento, ci occupiamo di un progetto intitolato *“Con i miei occhi.. la biblioteca per i nonni e i disabili visivi”*, dedicato alle persone che a causa di difficoltà visive non sono più in grado di leggere o raggiungere la Biblioteca in modo autonomo.

Per un anno abbiamo scelto di dedicare del tempo a questo progetto che ci permette di trascorrere dei momenti in compagnia di tutti coloro che avranno voglia di ascoltare poesie, racconti brevi di diversi generi e di autori e commentare insieme le letture condividendo emozioni.

Siamo felici e orgogliosi di ciò che facciamo, siamo due ragazzi molto diversi ma ci accomuna la passione per la lettura e la voglia di conoscere e far conoscere un mondo straordinario e pieno di fantasia.

Ora ci presentiamo...



Mi chiamo Mattia, sono uno studente del corso serale dei geometri a Trento, vivo in città, ho 22 anni ed ho sempre voluto conoscere ciò che a me è sconosciuto ed è anche per questo che mi affascinava il mondo della biblioteca dove ho la possibilità di trovare e conoscere tutto ciò che mi interessa.

...E io sono Aurora, ho 24 anni e sono di Potenza. Mi trovo a Trento per motivi di studio – sto terminando la facoltà di Giurisprudenza. Ho scelto questo progetto perché avevo voglia di mettermi in gioco e impegnarmi concretamente in un’esperienza che fosse coinvolgente e formativa, e quale occasione migliore? Direi che gli ingredienti per un anno memorabile ci sono tutti: i libri, le persone, l’esperienza, le emozioni, ma soprattutto gli incontri quelli che accadono tutte le volte in cui leggiamo per gli ospiti delle RSA, si incontrano i pensieri, gli occhi, le mani ma soprattutto le vite! Noi portiamo i libri, voi ci lasciate i vostri ricordi, GRAZIE per permetterci di conoscervi!

Speriamo che il nostro servizio possa esser un momento piacevole di condivisione del tempo per chi parteciperà agli incontri che svolgeremo presso le Residenze per anziani.

Un caloroso saluto

*Aurora Pietragalla & Mattia Santuari*

## Gruppo I GIRASOLI

Il gruppo di condivisione per familiari "Girasoli" ha iniziato il suo percorso nel marzo 2012, continuando a riunirsi regolarmente ogni 15 giorni.

Il gruppo ha consolidato nel tempo i legami interni e amicali e desidera aprirsi a nuovi ingressi e diffondere la conoscenza dello stesso.

I familiari del gruppetto che proseguono con perseveranza dichiarano che la condivisione con gli altri determina in loro uno stato di appartenenza e consapevolezza: si sentono nutriti dagli incontri, valorizzati e rafforzati. Si raggiungono quindi gli obiettivi che erano stati prefissati:

- offrire un luogo di incontro e confronto tra familiari;
- valorizzare l'esperienza del familiare;
- raggiungere un maggior benessere personale attraverso la condivisione delle "storie" comuni e lo scambio esperienziale di ciascuno;
- far emergere gli aspetti positivi e le risorse personali in una situazione vissuta a volte come difficile.



***Il gruppo ora intende proseguire gli incontri lavorando in generale sul benessere personale, al di là del proprio vissuto in Rsa.***

***Il gruppo quindi non sarà solamente uno spazio di condivisione del vissuto in Rsa come familiare, ma anche un laboratorio esperienziale con la possibilità di acquisire strumenti per gestire situazioni di stress nella propria quotidianità, anche attraverso tecniche di rilassamento ed esercizi.***

***Attendiamo con gioia l'entrata di nuove persone nel gruppo con la consapevolezza di quanto arricchimento porta il nuovo che arriva.***

*Il gruppo si riunisce ogni 15 giorni, il venerdì dalle ore 16.30 alle 18.00  
Presso la RSA di Gardolo*

Conduzione del gruppo: Francesca Valdinì Counselor psicosintetista  
<http://www.linkedin.com/in/francescavaladini>

### SPAZIO D'ASCOLTO



Accanto al Gruppo Girasoli per i familiari ricordiamo l'attivazione dello Sportello di Ascolto, per il singolo individuo, per chi sente la necessità o il desiderio di esplorare i propri vissuti più intimi e personali, legati o meno all'esperienza in RSA. In questo spazio è garantita accoglienza e riservatezza nel rispetto dell'unicità della persona che viene "aiutata ad aiutarsi".

*Lo Sportello d'Ascolto è aperto quindicinalmente il venerdì dalle 14 alle 16, previo appuntamento telefonico, presso la RSA di Gardolo.*

*Per informazioni contattare la counselor Francesca Valdinì che cura lo Spazio d'Ascolto: cell. 347 7235752.*

# Bilancio del mercatino di Natale e dell'orto di S. Bartolomeo

La Commissione Interna Ospiti riunitasi il giorno 23 gennaio 2014 ha deciso di devolvere il ricavato del mercatino di natale e dell'orto all'Associazione "Nadir" onlus (300 euro), all'associazione "Amici Trentini" onlus (300 euro), a Padre Bepi in missione (euro 100) e tenere a disposizione per qualche persona bisognosa i restanti 171 euro. Sulle modalità di utilizzo di quest'ultima cifra la Commissione Interna Ospiti si è riservata di decidere in un secondo momento.

## LE ASSOCIAZIONI:

- Associazione NADIR Onlus  
Via Vittorio Veneto 24 38122 Trento  
Associazione per la cooperazione internazionale e lo sviluppo tra i popoli.

tel. 0461930175

- Associazione "AMICI TRENTINI" Onlus  
Via degli Olmi Trento  
tel 0461260490

L'Associazione Amici Trentini nasce di fatto nel 1980 su iniziativa di persone sensibili verso le problematiche dell'infanzia in difficoltà e desiderose di rendersi promotrici e compartecipi di iniziative di solidarietà e di accoglienza. Queste aspirazioni ideali individuali si sono concretizzate in progetto associativo il 28 ottobre 1983 e ha ottenuto il riconoscimento di personalità giuridica da parte della Provincia Autonoma di Trento il 4 maggio del 1984.

A.P.S.P. "CIVICA DI TRENTO"

VIA DELLA MALPENSADA 156 - 38122 TRENTO  
TEL. 0461 38 50 00 FAX 0461 38 50

A.P.S.P. "CIVICA DI TRENTO"

## MERCATINO DI NATALE A SAN BARTOLOMEO



Il ricavato sarà devoluto in beneficenza.



Gli ospiti di S. Bartolomeo organizzano un mercatino di Natale. Il ricavato sarà destinato a finanziare vari progetti di beneficenza di due associazioni con le quali collaboriamo.



Il mercatino verrà esposto nella sala attività al piano Terra

Dal 2 dicembre fino al 6 gennaio

Associazione NADIR Onlus  
Progetto in Etiopia

"FORMAZIONE E SOSTEGNO DELLE PROFESSIONI (INSEGNANTI, INFERMIERI)"



Il progetto punta ad un riscontro immediato sullo sviluppo delle popolazioni aiutate, sia sotto forma di servizi ricevuti sia sotto forma di opportunità di formazione e lavoro in loco.

La valorizzazione professionale dà continuità ai progetti di sviluppo e porta benefici immediati alla persona, alla famiglia e alla società. Il nostro progetto prevede il finanziamento per la formazione e per il successivo sostegno alle professioni interessate. La conoscenza ed il rapporto diretto con le comunità aiutate e la gratuita attività dell'associazione Nadir fa sì che quanto finanziato venga totalmente utilizzato in loco.

Associazione "AMICI TRENTINI" Onlus  
Progetto in Bolivia

"DIRITTO ALLA SALUTE"

Il progetto prevede la copertura di prestazioni medico-sanitarie non coperte dal servizio pubblico sanitario per la cura di malattie infantili... Il progetto collabora con istituzioni locali come il servizio di assistenza sociale, l'ospedale pediatrico e cliniche private. I beneficiari diretti saranno 100 bambini da 0 a 10 anni e 150 Genitori; i beneficiari effettivi sono 560 bambini e 250 genitori.



Casa di Soggiorno



RSA "Stella del Mattino" Gardolo



RSA Angeli Custodi



Centro Diurno Alzheimer



Alloggi Protetti via Molini



RSA San Bartolomeo



RSA Gabbio