



Università degli studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata - FISPPA

Corso di Laurea Triennale in Scienze dell'Educazione e della Formazione

Tesi di Laurea Triennale

Il benessere dell'anziano: la funzione del “Marchio Qualità e Benessere”[®] nelle strutture residenziali per anziani

Relatore: Ch.mo Giuseppe Mosconi

Correlatore: Laura Bellan

Laureanda: Alice Zannirato

(1054260)

Marzo 2018

*Or che i sogni e le speranze
si fan veri come fiori,
sulla Luna e sulla Terra
fate largo ai sognatori.*

Gianni Rodari

Alla Mia Famiglia

Alice Zannirato

Indice

1.	Introduzione	9
2.	Gli anziani	11
2.1.	Il processo di invecchiamento.....	12
2.2.	I cambiamenti nell’anziano.....	13
2.3.	Gli anziani non autosufficienti.....	15
2.4.	Le strutture residenziali per anziani.....	16
3.	La qualità della vita nelle strutture residenziali per anziani.....	19
3.1.	Il “Marchio Qualità & Benessere” [®]	21
3.2.	I dodici fattori del “Marchio Qualità & Benessere” [®]	23
4.	Metodo di ricerca del benessere	29
4.1.	Il focus group	29
4.2.	Come gestire il focus group	32
4.3.	Il focus group per il “Marchio Qualità e Benessere” [®]	34
5.	Ricerca sul campo	37
5.1.	Il focus group con anziani e personale.....	41
5.2.	Analisi dei dati	46
5.3.	Il focus group con i familiari	48
6.	Conclusioni.....	50
7.	Bibliografia.....	52
8.	Sitografia	54
7.	Ringraziamenti	56

1. Introduzione

L'invecchiamento è un fenomeno sociale che si sta progressivamente ampliando a causa della scarsa natalità e del miglioramento della qualità di vita e questo ha fatto crescere le attenzioni verso i reali bisogni che una persona ha nella delicata fase della terza età. Si presta maggiore attenzione non solo ai diritti legati all'invecchiamento ma anche al diritto di ogni cittadino ad una buona qualità di vecchiaia, all'importanza della condizione di benessere, di salute, nonostante i numerosi e rilevanti cambiamenti, non solo fisici e cognitivi, ma anche emotivi e sociali, che si determina con la vecchiaia.

Il benessere è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano. Caratterizza la qualità della vita di ogni persona, è uno stato complessivo di buona salute fisica, psichica e mentale.

C'è chi però l'età anziana non riesce a raggiungerla in condizioni di autosufficienza e autonomia; ciò porta l'anziano a una riorganizzazione della vita quotidiana, fino ad arrivare all'estrema decisione di lasciare la propria casa per entrare in una struttura specializzata, che consente all'anziano di essere adeguatamente assistito.

Infatti nel secondo capitolo si analizza come le contemporanee strutture per anziani mirino a creare un luogo sereno, aiutandoli a mantenere il proprio stato di autonomia e salute, prolungando ulteriormente la qualità e l'aspettativa di vita. Questa è la mission principale del "Marchio Qualità & Benessere"[®], un modello di valutazione reciproca e partecipata della qualità della vita e del benessere degli anziani nelle strutture residenziali. Esso è caratterizzato da 12 fattori, individuati come fondamentali per chi abita nelle strutture apposite, fattori che verranno analizzati al par. 3.2.

Per rilevare il benessere e la qualità di vita il Marchio Q&B[®] utilizza il focus group come strumento di ricerca e valutazione. Si spiegherà nello specifico in cosa consiste il focus group, le adeguate modalità di gestione di un gruppo e i vari step per svolgerlo. Verrà anche descritto in che modo il focus group viene applicato al Marchio Q&B[®] e verranno specificati inoltre i motivi per cui si fa.

L'ultimo capitolo, è dedicato alla raccolta di dati all'interno della residenza per anziani IPAB A. Danielato di Cavarzere (VE), attraverso specifici focus group con residenti e personale, dove i conduttori, seguono la griglia degli indicatori (tematiche) da trattare con il gruppo di discussione. Per una più dettagliata analisi, verranno inseriti i dati dei focus group raccolti nell'anno precedente, in modo tale da mettere a confronto i dati dell'anno corrente con i dati dell'anno precedente. Infine, per un completo quadro della situazione, sono stati inseriti anche i dati raccolti nel Settembre 2017, sempre mediante focus group, dei parenti dei residenti in struttura.

2. Gli anziani

L'invecchiamento della popolazione, nel senso più sotto esplicitato, rappresenta un fenomeno sociale che non ha precedenti storici. Si tratta di un evento che interessa i paesi ricchi cambiandone progressivamente il volto demografico ma che si ritiene toccherà, nei prossimi decenni, anche i paesi in via di sviluppo. Il calo della natalità e l'aumento delle prospettive di vita mutano e fanno mutare una società che comincia a prendere atto del fatto che gli anziani costituiscono una fetta significativa della popolazione. Una volta presa consapevolezza del fenomeno, che riguarda ormai tutti gli Stati europei e che vede il nostro paese nelle prime file, è cresciuta l'attenzione delle istituzioni verso le politiche per la terza età. In Europa, in Italia anche a livello di amministrazioni locali, il dibattito in corso ha sottolineato come non sia sufficiente preoccuparsi di diritto all'invecchiamento ma piuttosto di diritto di ogni cittadino ad una buona qualità di vecchiaia.¹

L'aumento della popolazione anziana è dato da un miglioramento della qualità di vita, infatti l'anziano di oggi, è una persona con ancora molte risorse ed energie, pronto a mettersi in gioco e che vive la terza età con maggiore serenità, non più come un punto di arrivo ma come uno stimolante momento della loro vita.

In questo capitolo andremo ad analizzare come la società sottolinei l'importanza della condizione di salute e qualità di vita nella persona anziana. Vedremo come lo stato di benessere non sia solo il nodo centrale degli anziani autosufficienti e in forze, ma anche di coloro che, purtroppo, all'età anziana non arrivano in situazioni di salute. Sono gli anziani non autosufficienti, coloro che necessitano di più cure e attenzioni e per i quali spesso le famiglie, incapaci di dare loro l'adeguata assistenza, non vedono altra soluzione che farli istituzionalizzare.

¹ Luppi E., *Pedagogia della terza età*, Roma, Carocci, 2008.

2.1. Il processo di invecchiamento

Non è facile stabilire quali siano i momenti o gli eventi della vita a partire dai quali un individuo viene ritenuto anziano. Secondo le classificazioni più recenti, si possono individuare almeno due tappe nella vita anziana: quella della *tarda adultità* o *prima vecchiaia*, l'età dei cosiddetti *giovani anziani*, che va dai sessantacinque ai settantacinque anni, e quella della *vecchiaia* vera e propria, gli *anziani anziani*, che inizia dopo i settantacinque anni.²

Negli ultimi decenni, la soglia d'età che viene considerata come riferimento per l'inizio della vecchiaia è cambiata; ma a cambiare non è solo l'età, ma anche fattori fisici, psicologici, culturali e sociali. In altre parole, le generazioni attuali non invecchiano come le generazioni precedenti, ed è per questo che non è più sufficiente raggruppare nella terza età tutte quelle persone che hanno superato l'età soglia.

Si parla anche di *quarta età* per riferirsi agli ultrasessantacinquenni e *quinta età* per gli ultranovantenni. In alcuni casi vengono chiamati *grandi anziani* gli individui che hanno più di ottanta-ottantacinque anni e *senior* gli anziani che conducono una vita attiva e che godono di buone condizioni di salute.³

Ma cosa vuol dire invecchiare?

L'invecchiamento può essere definito come processo, o insieme di processi, che hanno luogo in un organismo vivente e con il passare del tempo ne diminuiscono la probabilità di sopravvivenza.⁴

Si tratta di un processo che a seconda della prospettiva considerata assume molteplici significati. E' possibile evidenziare:

- **L'età biologica**, che fa riferimento allo stato di salute e di funzionamento dell'organismo;
- **L'età psicologica**, indica l'età soggettiva che ognuno sente di avere;

² Luppi E., *Pedagogia e terza età*, Roma, Carocci, 2008.

³ Ibidem.

⁴ De Beni R, *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

- **L'età sociale**, è definita dalla posizione sociale raggiunta a una data età rispetto all'età media, per la quale suddetta posizione, si raggiunge.

Nei decenni scorsi, età biologica e sociale corrispondevano a un'unica età, mentre ora il miglioramento delle condizioni “fisiche” ha allungato l'età “biologica”, questo si spiega con l'aumento della speranza di vita dovuta sia alla diminuzione della mortalità infantile, che al miglioramento delle condizioni di vita.⁵

2.2. I cambiamenti nell'anziano

La vecchiaia, come accennato prima, è lo stadio finale del ciclo vitale e può essere una fase lunga che mette in rilievo diversi cambiamenti. Spesso, questi mutamenti causano nell'anziano problemi di salute rischiando che essi arrivino a compromettere lo stato di autonomia della persona.

Mazzucco (2012) individua nell'anziano diverse tipologie di cambiamento: fisiche, cognitive, sociali ed emotive.

- **Cambiamenti fisici**

I mutamenti che avanzano con l'età riguardano soprattutto il sistema nervoso, quello respiratorio, motorio, cardiovascolare, scheletrico, muscolare, digestivo e sensoriale.

Il cervello inizia a diminuire già dai primi trent'anni. Anche a livello cardiaco dopo i trent'anni, dopo uno sforzo fisico, sarà più difficile riportare i battiti cardiaci a un livello normale ed il sistema respiratorio diventa meno efficiente con l'avanzare dell'età. Per quanto riguarda la massa ossea diminuisce, soprattutto nelle donne con l'inizio della menopausa, e le articolazioni si irrigidiscono, mentre la massa muscolare viene sostituita con il grasso corporeo, causando cambiamenti sostanziali nell'aspetto fisico. Nel sistema gastrointestinale, si riduce la sua efficienza causando rallentamenti al metabolismo, il sistema immunitario si indebolisce esponendo l'individuo a una

⁵ De Beni R., *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

maggior possibilità di ammalarsi. Infine, capelli e pelle cambiano aspetto e l'apparato sensoriale riduce le sue funzioni in modo progressivo, si potrà quindi avere deficit di vista e di udito.⁶

Questi appena menzionati sono i cambiamenti più visibili dall'occhio umano, in quanto si tratta di aspetti che inevitabilmente hanno un riscontro estetico.

- **Cambiamenti cognitivi**

Qui l'invecchiamento incide sul ragionamento, sulla memoria, il pensiero astratto, ma il deterioramento di queste attitudini viene compensato dal mantenimento delle abilità consolidate, ovvero quelle capacità connesse alle esperienze che rimangono stabili con l'età.

Studi recenti di Psicogerontologia hanno dimostrato che l'invecchiamento in sé non causa perdita di memoria a breve termine e come le altre funzioni cerebrali può essere conservata se viene mantenuta in esercizio.⁷

- **Cambiamenti sociali**

Questo genere di cambiamenti interessano la sfera sociale e in particolar modo il contesto familiare dell'individuo. Si tratta della rottura di equilibri consolidati che possono destabilizzare la persona anziana, come ad esempio il momento in cui i figli escono dal nucleo familiare, o anche l'andare in pensione comporta per la persona un momento di cambiamento significativo, in quanto cambia il ruolo sociale e di conseguenza cambia la situazione economica. Molte persone non vivono la pensione come un evento positivo della vita, ma al contrario, l'anziano la può vivere con sconforto, solitudine ed isolamento.

- **Cambiamenti emotivi**

In questa fase della vita, i cambiamenti emotivi influenzano molto lo stato di salute e di benessere psicologico della persona.

⁶ Mazzucco C., *Promuovere l'Età Anziana*, Brescia, Pensa Multimedia, 2012.

⁷ Ibidem.

Ma con l'arrivo dell'anzianità, contrariamente a quanto si pensa, le persone acquisiscono maggiore consapevolezza delle difficoltà della vita riuscendo a guardare oltre, cosa che i giovani difficilmente riescono a fare; questo è dato dall'esperienza dell'età, secondo la teoria di Labouvie-Vief, gli anziani regolano le emozioni più frequentemente e in modo più spontaneo rispetto ai giovani, per adeguarsi alle norme sociali, evitando così inutili conflitti.

Abbiamo visto in questo paragrafo che, l'invecchiamento è un periodo attraversato da perdite e guadagni, ma se ci si prende cura di sé stessi fin da giovani, si ha più probabilità di arrivare all'età anziana in un buon stato di benessere e salute.

Come suggerisce Mazzucco (2012), bisogna darsi degli obiettivi, provare nuove esperienze e cercare nuove strategie per rendersi utili alla comunità e per dare un senso alla propria vita.

2.3. Gli anziani non autosufficienti

Purtroppo all'età anziana non tutti hanno la fortuna di arrivare in condizioni di salute, in quanto ci sono persone che non sono più in grado di vivere la propria vita in maniera autonoma. Sono gli anziani non autosufficienti, tutti coloro che sono incapaci di mantenere una vita indipendente e di svolgere le normali attività quotidiane a causa della mancanza di forze e dei mezzi necessari per soddisfare le varie esigenze. La non autosufficienza implica per l'anziano una modificazione nell'organizzazione della vita ed il sopraggiungere di nuove necessità, sia per chi sta male, sia per chi si prende cura di lui, dovendo spesso prendere la decisione di portare l'anziano in una struttura per garantirgli una più adatta assistenza.

Laslett, definisce due diversi tipi di vecchiaia: quella degli anziani in salute (terza età) e quella degli anziani non autosufficienti. Quest'ultima viene in un certo modo posticipata, isolata al periodo antecedente la morte, ma nello stesso tempo aumentano anche gli anziani che la raggiungono.⁸

⁸ Scortegagna R., *Invecchiare*, Bologna, Il Mulino, 2005.

La vecchiaia si porta con sé gli acciacchi dovuti all'età, come una ridotta funzionalità ed efficacia del corpo, una maggior vulnerabilità a malattie croniche ed infiammatorie, malattie degenerative ed incidenti come cadute o fratture.⁹

Le malattie croniche invalidanti hanno un decorso lento, insidioso, di lunga durata, le più comuni sono: l'osteoporosi, l'ipertensione, il diabete, l'artrite e l'artrite reumatoide. Oltre a queste, ci sono anche le malattie neurodegenerative croniche, come la demenza, l'Alzheimer e il morbo di Parkinson, che anche se non hanno sempre effetti invalidanti, interferiscono molto sulla vita quotidiana della persona.

2.4. Le strutture residenziali per anziani

Ci sono situazioni in cui l'assistenza domiciliare all'anziano non autosufficiente risulta impossibile e non opportuna. Questo si verifica quando l'impegno assistenziale è molto elevato o, qualora l'erogazione delle prestazioni richieda una continua sorveglianza da parte degli operatori, oppure quando la famiglia e l'organizzazione dei servizi sul territorio non sono in grado di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza al domicilio. In questi casi si ricorre all'assistenza residenziale che, come è noto, prevede il trasferimento dell'anziano non autosufficiente nelle strutture erogatrici del servizio.¹⁰

Nel corso degli anni, anche le strutture assistenziali hanno avuto importanti miglioramenti che hanno permesso di garantire sempre più un'attenta considerazione per la cura e l'assistenza alla persona.

Quarant'anni fa c'erano solo le *residenze assistenziali* (RA) ovvero quelle che più comunemente chiamiamo *case di riposo*, che ospitavano sia gli anziani autosufficienti che quelli non autosufficienti. Ora le Residenze Assistenziali sono riservate solo agli anziani autosufficienti, dove gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività culturali e

⁹ De Beni R., *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino 2009.

¹⁰ Paresi F., Brizioli E., *Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2009.

http://www.maggioli.it/rna/2009/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf#page=53

ricreative.¹¹ Successivamente negli anni Settanta invece, hanno cominciato a svilupparsi le *Residenze socio sanitarie*, che a differenza delle RA sono di natura socio-sanitaria, e destinate quindi ad anziani prevalentemente non autosufficienti, dotate quindi di personale medico ed infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti. Oggi queste strutture sono conosciute come *Case o Residenze protette (RP)* e si sono sviluppate per garantire la necessaria assistenza infermieristica agli anziani non autosufficienti che in precedenza ricevevano una assistenza indistinta in strutture omnicomprensive. Infine negli anni Novanta sono comparse le *Residenze sanitarie assistenziali (RSA)* destinate ad anziani non autosufficienti o a persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative. L'introduzione delle RSA risponde alla necessità di qualificare l'assistenza agli anziani che richiedono un maggior carico assistenziale.¹²

L'ingresso di un anziano in una struttura assistenziale è uno degli eventi più delicati e difficili dell'intera vita, sia per le ripercussioni sull'equilibrio della persona, sia perché rappresenta un cambiamento radicale di vita che interviene a modificare completamente tutti i principali punti fermi di spazio, tempo, e abitudini a cui ciascuno fa riferimento nella quotidianità.¹³

Quando si è anziani si fa ancora più fatica a cambiare o ad abbandonare qualcosa di personale, dunque è facile comprendere quanto il trasferimento della residenza in un contesto di collettività, rappresenta uno di quegli eventi altamente stressanti, anche laddove la richiesta provenga direttamente dall'interessato o qualora le condizioni di vita siano migliori.

¹¹ Paresi F., Brizioli E., *Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2009.
http://www.maggioli.it/rna/2009/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf#page=53

¹² Ibidem

¹³ *L'anziano istituzionalizzato*, 2011.
<https://incontridipedagogiaclinica.wordpress.com/2011/01/11/l%E2%80%99anziano-istituzionalizzato/>

3. La qualità della vita nelle strutture residenziali per anziani

Si sente spesso dire che nella nostra società invecchiamo di più e meglio rispetto a una volta. Gran parte dei miglioramenti sono avvenuti negli ultimi decenni e sono dipesi da molti fattori come, lo stile di vita, l'impegno attivo, le buone relazioni, il benessere economico, l'igiene, l'assistenza sociale e sanitaria.¹⁴

Questa visione ottimista dell'invecchiamento che valorizza e riconosce gli aspetti positivi nell'anziano, si caratterizza per la ricerca di condizioni che permettono alle persone di invecchiare bene. Infatti è possibile non soltanto ampliare la speranza di vita ma anche creare condizioni che consentono alle persone di vivere più a lungo possibile, con autonomia, salute e benessere. Con questa nuova idea di star bene anche i moderni servizi per gli anziani devono confrontarsi, e a tal proposito nasce una nuova idea di anziano e di processo di invecchiamento.

L'obiettivo dei servizi non è più la presenza o l'assenza di malattia nella persona, ma il tema centrale diventa la qualità di vita, dove l'anziano è il protagonista, in quanto la percezione di benessere è soggettiva.

Nonostante il tasso di istituzionalizzazione degli anziani in Italia sia relativamente basso (circa il 2,6% al Nord, inferiore al Centro e al Sud) rispetto ai paesi dell'Europa del Nord (circa il 6%), tale scelta è ancora permeata di negatività, sofferenza e vergogna. I servizi per anziani costituiscono una delle principali risorse della rete. In questi ultimi anni l'evoluzione culturale, economica e normativa ha permesso un rinnovo sostanziale di queste strutture, e i principali punti qualificanti sono i seguenti:

- **Missione:** la missione di una moderna "casa di riposo" è mettere a disposizione degli anziani, un luogo ove vivere serenamente, aiutandoli a mantenere il più possibile l'autonomia delle loro azioni e delle loro scelte;

¹⁴ De Beni R., *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

- **Obiettivi:** l'obiettivo generale è la promozione della migliore qualità di vita;
- **Rete di servizi:** le strutture partecipano alla rete dei servizi con l'obiettivo di mantenere le persone anziane il più possibile nel proprio ambiente di vita. Per questo i servizi della struttura sono aperti a un reciproco scambio con quelli nel territorio e più in generale con i cittadini e la comunità;
- **Ambiente:** considerando che le persone vivono anche per lunghi periodi all'interno delle strutture, gli ambienti di nuova realizzazione sono confortevoli, con spazi verdi, luoghi per lo svago, per la privacy, per le attività, per la collettività, stanze singole o doppie con arredi familiari;
- **Tipologia tendenziale:** molte strutture stanno modificando l'organizzazione interna dei servizi, creando nuclei studiati per accogliere persone con particolari problematiche.
- **Professionalità:** all'interno di queste strutture lavorano operatori sociosanitari, infermieri, medici, psicologi, fisioterapisti, logopedisti, assistenti sociali, educatori, coordinatori di diverso tipo e livello, ma anche parrucchieri, podologi, pedicure, dietisti ecc. Oltre a essere garantita la multidimensionalità nella lettura del bisogno, la pluriprofessionalità viene espressa attraverso l'attività d'equipe, i piani di assistenza individuali e molti altri strumenti e modalità;
- **Apertura al territorio:** le moderne strutture sono aperte al territorio, sia attraverso la libertà d'accesso senza particolari vincoli orari, sia con la continua ricerca di uno scambio di visite, iniziative, relazioni;
- **Famiglia:** essa rimane, anche dopo l'inserimento, un importante punto di riferimento per l'anziano e per l'organizzazione. L'obiettivo di fondo è stabilire un'alleanza terapeutica con la famiglia centrata sulla comune finalità di perseguire, assieme, la migliore qualità di vita per l'anziano;
- **Centro di servizi:** molte strutture, proprio in risposta alle richieste di cambiamento, si sono trasformate in centri di servizi, diventando importanti punti di riferimento della rete offrendo un largo spettro di servizi: nuclei per le demenze, ricoveri temporanei per la riabilitazione, ricoveri temporanei per il sollievo delle famiglie ecc.¹⁵

¹⁵ De Beni R., *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

In questo capitolo si andrà ad analizzare lo stato di benessere e di qualità di vita degli anziani nelle strutture residenziali attraverso la filosofia del modello Qualità & Benessere[®] e dei dodici fattori che a sua volta saranno scomposti in altri indicatori più specifici. Vedremo, come grazie al Marchio Q&B[®] ci si concentri su aspetti fondamentali per l'anziano, una volta entrato nella struttura.

3.1. Il “Marchio Qualità & Benessere”[®]

Il Marchio Qualità & Benessere[®] è stato creato e sviluppato nel 2005 da l'U.P.I.P.A. – s.c. (Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza) e Kairos Spa, ed è un modello di valutazione reciproca e partecipata della qualità della vita e del benessere degli anziani nelle strutture residenziali, basato sui risultati piuttosto che sui processi organizzativi e sul coinvolgimento degli stessi anziani residenti. Questo metodo, originale ed interessante, ha iniziato a suscitare la curiosità delle istituzioni e di altri territori, in cui altre strutture hanno richiesto di aderire e partecipare al sistema di valutazione.

Il modello si propone di valutare il livello di qualità realizzato per 12 fattori individuati come importanti per la qualità della vita ed il benessere degli anziani residenti in R.S.A. o in strutture residenziali analoghe. I fattori non rappresentano i servizi (infermieristico, fisioterapico, medico, assistenziale, ecc.), ma delle dimensioni importanti nella vita degli anziani e sono stati individuati con un processo di confronto che ha coinvolto più di 300 soggetti interessati in rappresentanza di Presidenti, Amministratori, Direttori, figure professionali operanti all'interno delle strutture, anziani residenti e loro cari, figure istituzionali e rappresentanti politici, cui è stato chiesto di indicare quali sarebbero stati gli elementi fondamentali per vivere con qualità all'interno delle R.S.A. Ogni fattore è stato analizzato e scomposto in aspetti specifici, che possono essere a loro volta valutati da indicatori misurabili. Ne è risultato un sistema con 104 indicatori, in parte legati alla verifica di documenti, in parte legati alla osservazione diretta dei valutatori, in parte legati alla raccolta delle opinioni degli anziani residenti e degli operatori attraverso interviste di gruppo, ovvero con i focus group.¹⁶

¹⁶ Marchio Qualità e Benessere[®] www.marchioqeb.it

Ogni anno ciascuna struttura che aderisce al Marchio Q&B[®] si deve auto valutare, in maniera più obiettiva ed equilibrata possibile, sulla propria capacità di realizzare qualità in questi 12 fattori analizzando tutti i 104 indicatori e compilare poi un rapporto di autovalutazione che si invierà all'U.P.I.P.A. Questa autovalutazione viene verificata a campione per più della metà degli indicatori, durante una visita approfondita di valutazione della durata di una giornata da una commissione composta da tre esperti, di cui due sono colleghi che provengono da altre strutture che aderiscono al modello e uno è un esperto di valutazione proveniente da U.P.I.P.A. o Kairos. Al termine della giornata di valutazione essi rilasciano un rapporto sull'andamento della valutazione stessa, con punti di forza e punti critici rilevati ed eventuali suggerimenti per il miglioramento.

Se la valutazione corrisponde all'autovalutazione, allora questa viene dichiarata valida, l'ente riceve la qualifica di *Benchmarker*, ovvero di ente abilitato al confronto dei dati, per l'anno successivo e può partecipare, con i suoi dati, al confronto annuale dei risultati. Se invece la valutazione non corrisponde all'autovalutazione questa non viene dichiarata valida, l'ente riceve la qualifica di *Partner*, ente che sta imparando a fare l'autovalutazione, per l'anno successivo, ed alcune indicazioni per migliorare la sua capacità di autovalutazione, ma non può partecipare con i suoi dati al confronto annuale dei risultati. Agli enti che hanno l'autovalutazione valida e hanno raggiunto il punteggio massimo in uno dei 12 fattori è attribuita la qualifica ulteriore di *Best Performer*, ovvero di ente dalle migliori prestazioni per quel fattore. Al termine del processo di autovalutazione e valutazione reciproca tutti i dati raccolti vengono analizzati, confrontati e restituiti in un rapporto annuale e sono utilizzati dai singoli enti per realizzare i loro piani di miglioramento e dall'U.P.I.P.A. come associazione per promuovere azioni formative e di miglioramento che coinvolgono più enti insieme, tutti gli enti che hanno partecipato ricevono l'attestato di qualificazione del livello raggiunto, valido per l'anno successivo, e possono utilizzare il logo Q&B[®] per pubblicizzare il loro impegno verso la qualità, in conformità alla presente Carta dei Valori.¹⁷

¹⁷ Marchio Qualità e Benessere[®] www.marchioqeb.it

3.2. I dodici fattori del “Marchio Qualità & Benessere”[®]

Come detto precedentemente il Marchio Qualità & Benessere[®] è caratterizzato da 12 fattori individuati come importanti per la qualità della vita e del benessere degli anziani residenti nelle varie strutture.

I 12 fattori del Marchio Q&B[®] sono:

1. **RISPETTO:** *“possibilità di vedere riconosciuti il rispetto dei tempi e dei ritmi di vita personale, degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori”*.¹⁸

Il Marchio Qualità & Benessere[®] si impegna di modificare gradualmente l’organizzazione e lo stile di lavoro degli operatori per garantire la maggiore personalizzazione dagli orari alle abitudini di vita e alle necessità dei residenti; di prestare attenzione alla dignità ed alla riservatezza dei residenti, e di promuovere una comunicazione costante ed efficace tra i vertici istituzionali dell’ente e gli anziani residenti ed i loro cari.

2. **AUTOREALIZZAZIONE:** *“possibilità di attuare ancora concretamente le proprie aspirazioni, desideri, passioni, stili di vita e sentirsi appagati e soddisfatti di ciò, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza”*.¹⁹

Il modello promuove la vitalità e lo sviluppo delle persone residenti sollecitandole a riprendere, mantenere e coltivare passioni ed interessi ed a sperimentare nuove esperienze di avventura e di protagonismo, rivalutando l’immagine individuale dell’anziano e la sua storia personale; mira anche a far sentire le persone uniche ed importanti, stimolandole ad avere cura di se stesse attraverso la cura e l’igiene della persona, perché siano occasione di benessere e non di imbarazzo e garantendo infine la possibilità di scegliere come vestirsi, come d’abitudine.

3. **OPEROSITA’:** *“possibilità di vedere espresse, promosse e valorizzate le capacità, le attitudini, le abilità le competenze del residente nell’agire quotidiano e nella gestione del tempo libero, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza”*.²⁰

¹⁸ Marchio Qualità & Benessere[®]: Carta dei Valori
<http://www.benfare.it/wp-content/uploads/2017/03/Carta-dei-valori-QB.pdf> p. 7

¹⁹ Ivi p. 8

²⁰ Ivi p. 9

Il Marchio offre di prestare attenzione alle coerenti capacità delle persone residenti, valutando con attenzione le potenzialità ed i livelli di autonomia; invitare a progettare attività di animazione del quotidiano, che partano dai suggerimenti, dai desideri e dalle esperienze delle persone residenti, che siano varie e qualificate, che sollecitino la possibilità di scelta e la partecipazione attiva, secondo le proprie capacità.

4. **AFFETTIVITA'**: *“possibilità di mantenere e sviluppare relazioni affettive ed emotive autentiche anche all'interno della residenza sia con persone, che con oggetti personali ed animali significativi”*.²¹

Si propone di facilitare le relazioni tra gli anziani residenti in struttura, garantendo opportunità di scelta del compagno/a di stanza o di tavola; consentire attività di accudimento e cura di piccoli animali aventi valore affettivo per l'ospite; valorizzare la memoria, la storia di vita, la personalità dell'ospite e dimostrarsi rispettosi ed interessati.

5. **INTERIORITA'**: *“possibilità di fruire di occasioni, spazi e servizi adeguati per il raccoglimento spirituale, per riflettere sul sé ed il senso della vita anche affrontando l'esperienza della morte”*.²²

Mira a garantire a tutte le persone anziane la possibilità di riflessione e raccoglimento, predisponendo degli spazi idonei, anche di culto, rendendoli facilmente accessibili; offrire a tutti gli ospiti che lo desiderano un supporto di ascolto e rielaborazione della propria vita anche attraverso un servizio psicologico specifico, al fine di accettare nel modo migliore la nuova situazione e per affrontare positivamente i cambiamenti; fare in modo di considerare anche il percorso di avvicinamento alla morte come un fatto naturale e possibile, offrendo agli anziani e ai loro cari un supporto competente, empatico e discreto.

6. **COMFORT**: *“possibilità di fruire di un ambiente fisico nel quale la persona vive ed opera, che sia in grado di coniugare le proprie esigenze personali e di vita comunitaria con particolare attenzione alla dimensione familiare”*.²³

Il Marchio Qualità e Benessere® suggerisce di dare all'ambiente un aspetto accogliente, caldo, adatto alle necessità ed alle patologie dei residenti, senza essere forzatamente sanitario, rifiutando i modelli dell'ospedale e dell'albergo per avvicinarsi il più possibile al modello della casa; garantire agli ospiti la vicinanza e l'accessibilità diretta ad aree verdi.

²¹ Marchio Qualità & Benessere®: Carta dei Valori
<http://www.benfare.it/wp-content/uploads/2017/03/Carta-dei-valori-QB.pdf> p.10

²² Ivi p. 11

²³ Ivi p. 12

7. **UMANIZZAZIONE:** *“possibilità di essere accolti nella propria globalità con una presa in carico attenta all’ascolto, alla personalizzazione degli interventi ed alla dimensione umana e relazionale dell’assistenza”*.²⁴

Valorizzare lo strumento del Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.), facendolo diventare lo strumento per un’effettiva personalizzazione ed individualizzazione dell’assistenza; considerare la storia personale, le esigenze e le preferenze individuali come risorse e potenzialità, per garantire un’effettiva personalizzazione dell’assistenza; diffondere a tutti gli operatori l’importanza della relazione in ogni attività di servizio o di cura, anche quando l’anziano residente sembra non avere più capacità di percezione o di risposta.

8. **SOCIALITA’:** *“possibilità di trovarsi inseriti in un contesto sociale e comunitario aperto verso l’esterno, nel quale mantenere la comunicazione e lo scambio con la comunità di riferimento”*.²⁵

Creare le premesse organizzative e strutturali perché le Residenze Sanitarie e Assistenziali diventino un luogo centrale della vita della comunità, garantendo permeabilità tra la struttura e l’esterno in modo tale da non lasciare i residenti isolati; costruire reti di relazione, scambio e comunicazione che facilitino la relazione ed il contatto con il territorio e la comunità nelle sue varie forme di aggregazione; fare in modo di impegnarsi a trasformare e superare lo stereotipo della Residenza Sanitaria Assistenziale come ultima spiaggia, promuovendo attraverso una comunicazione attenta, una visione delle R.S.A. come un luogo delle opportunità per coloro che sono non autosufficienti.

9. **SALUTE:** *“possibilità di fruire di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione erogate da personale professionalmente preparato, personalizzate ed integrate nel contesto di vita quotidiano, evitando forme di accanimento e sanitarizzazione eccessiva o non gradita”*.²⁶

Offrire un contesto organizzativo e professionale di cura altamente qualificato, e realizzare tutte le attività di prevenzione, diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali necessarie a garantire la salute degli anziani residenti con una costante attenzione al loro impatto sulla qualità della vita della persona;

10. **LIBERTA’:** *“possibilità di agire e muoversi liberamente entro limiti di rischio ragionevoli e correlati alle proprie capacità residue, esercitando la libertà di*

²⁴ Marchio Qualità & Benessere®: Carta dei Valori
<http://www.benfare.it/wp-content/uploads/2017/03/Carta-dei-valori-QB.pdf> p. 13

²⁵ Ivi p. 14

²⁶ Ivi p. 15

*scelta nel rispetto delle regole della civile convivenza e partecipando alle decisioni dell'organizzazione riguardanti la vita quotidiana dei residenti”.*²⁷

Garantire la possibilità a tutti i residenti di muoversi con la maggiore autonomia e libertà possibile, riducendo al minimo gli strumenti di contenzione; consentire di esercitare forme di autonomia economica e di gestione individuale e personale del proprio denaro sia all'interno che all'esterno della struttura, prevedendo idonee modalità di sostegno e tutela per coloro la cui capacità è solo parziale o comunque limitata.

11. **GUSTO:** *“possibilità di fruire di un servizio di ristorazione con un'alimentazione sana, completa, varia e gustosa, adeguata alla libertà di scelta e alle condizioni di salute senza eccessive restrizioni, collegata alle tradizioni alimentari del luogo ed attenta alla valorizzazione della funzione sociale e cognitiva del momento dei pasti”.*²⁸

Riconoscere l'importanza del pasto da un punto di vista fisico, psicologico e relazionale, curandone varietà, gusto, collegamento all'esperienza di vita, attento a stimolare le capacità sensoriali, cognitive e relazionali delle persone; dare anche attenzione alla cura del servizio di ristorazione e di distribuzione del pasto: presentazione dei piatti, allestimento e preparazione dell'ambiente, comportamento del personale; studiare costantemente modalità di adattamento al menù, dei piatti, degli strumenti e dell'ambiente, per consentire il più possibile di gustare colore e sapore delle pietanze anche a coloro che hanno limitazioni derivanti patologie alimentari.

12. **VIVIBILITA':** *“possibilità di vivere in un luogo caldo, accogliente, confortevole, pulito, con un'atmosfera stimolante e rispettosa delle esigenze dei residenti e del contesto della vita comunitaria”.*²⁹

Realizzare un ambiente residenziale di qualità, che offra un'impressione piacevole ed accogliente all'ingresso, in cui sia facile orientarsi, che sia tranquillo, curato, e capace di facilitare relazioni; costruire ambienti in cui sia possibile esprimere se stessi senza essere di disturbo agli altri; costruire un'organizzazione di qualità, che garantisca la costante disponibilità di personale sanitario e assistenziale; favorire lo sviluppo di un clima organizzativo positivo, che garantisca qualità e soddisfazione per il lavoro agli operatori, fiducia e ascolto ai residenti e ai loro cari, presidiando soprattutto il benessere organizzativo del personale e il clima interno.

Con questi dodici fattori, appena analizzati, il Marchio Qualità & Benessere[®], ha l'obiettivo che ogni struttura che si appoggia al modello, li rispetti e li applichi affinché il benessere e la qualità della vita divengano cardini fondamentali per la permanenza dei

²⁷ Ivi p. 16

²⁸ Marchio Qualità & Benessere[®]: Carta dei Valori

<http://www.benfare.it/wp-content/uploads/2017/03/Carta-dei-valori-QB.pdf> p. 17

²⁹ Ivi p. 18

residenti nelle strutture. Ciò fa capire l'importanza e l'attenzione che oggi si presta allo stare bene e allo stato di benessere delle persone anziane e non più indipendenti e autosufficienti.

4. Metodo di ricerca del benessere

Quando si parla di benessere si fa riferimento alla percezione positiva che una persona ha di sé.

A tal proposito Baltes (1987) parla di psicologia positiva, quando si fa riferimento a cambiamenti evolutivi, allo sviluppo, alla maturazione ed invecchiamento di un individuo, come un continuum con processi cumulativi successivi ripetitivi o discontinui, acquisizioni e perdite che caratterizzano la vita di ogni individuo. Perciò il benessere a cui si riferisce è di tipo psicologico multidimensionale.

L'obiettivo principale della psicologia positiva è quello di individuare energie e potenzialità di ciascun individuo, promuovendo risorse, capacità, e motivazioni personali, senza dimenticare allo stesso tempo i disagi e le disfunzionalità causate dall'età.

Il benessere psicologico viene inteso come una forma di autorealizzazione personale e accettazione del sé, delle proprie potenzialità e dei propri limiti.³⁰

In questo capitolo si andrà ad approfondire in particolar modo, il metodo di ricerca del focus group, andando a descrivere ruoli, modalità di conduzione e tutti gli altri fattori che caratterizzano il focus group. Si spiegherà in seguito come il focus group viene applicato al Marchio Qualità e Benessere[®] come strumento per valutare il benessere e la qualità di vita nelle strutture residenziali per anziani.

4.1. Il focus group

La creazione del focus group è fatta risalire da molti autori al ricercatore Robert K. Merton, il quale, nel 1941, fu invitato da Paul F. Lazarsfeld ad assisterlo a una sessione di lavoro del *Lazarsfeld-Stanton Program Analyzer* finalizzata a verificare l'efficacia di alcuni programmi radio sponsorizzati dal governo. Nacque così, in

³⁰ De Beni R., *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

quell'occasione la tecnica dell'intervista di gruppo focalizzata: un'intervista collettiva a venti persone, riunite in uno studio della radio per ascoltare un programma registrato ed esprimere il proprio parere attraverso due pulsanti posizionati sulle sedie, uno verde per le sensazioni positive evocate dal programma e uno rosso per quelle negative. Al termine di questa fase gli ascoltatori vennero intervistati da Merton sui motivi delle loro scelte.³¹

Cos'è il focus group?

Il focus group è una tecnica di ricerca sociale, che ha utilità pratica e implicazioni etiche. Serve ad approfondire un tema o particolari aspetti di un argomento, mediante un'interazione comunicativa sollecitata all'interno di un gruppo omogeneo di persone. La caratteristica, nonché il pregio del focus group sta proprio nell'interazione che si crea tra i partecipanti. Un'interazione che se ben condotta, è capace di generare idee in misura assai maggiore rispetto alla tecnica classica dell'intervista "faccia a faccia" o del questionario.³²

Il focus group non è altro che un colloquio della durata media di un'ora o un'ora e mezza, che viene svolto tra un gruppo di persone, in genere da sei a dieci. Un numero maggiore di intervistati escluderebbe inevitabilmente qualcuno dalla discussione, così come un numero minore renderebbe difficile e poco efficace l'interazione tra i partecipanti.³³

Generalmente con i gruppi più numerosi, ovvero intorno ai dieci partecipanti, c'è la tendenza che le opinioni che emergono siano più eterogenee e permettono la raccolta di maggiori spunti; mentre con i gruppi meno numerosi vi sono più probabilità di approfondimento e di apertura, soprattutto quando si trattano temi e questioni delicate.

³¹ Migliorini L., Rania N., *I focus group: uno strumento per la ricerca qualitativa*, 2001. p. 83
<http://www.fqts.org/dati/doc/56/doc/114.pdf>

³²Ivi p. 84

³³ MiglioraPA: la customer satisfaction per la qualità dei servizi pubblici.
http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/i-migliora/materiali/4_Strumento_4_Scheda-impostazione-focus-group.pdf

Questo metodo di valutazione non è perfetto; ha infatti vantaggi, ma anche svantaggi:

Vantaggi

- Rapidità ed economicità
- Stimolo reciproco tra i partecipanti
- Interazione tra i partecipanti

Svantaggi

- Possibile creazione di freni inibitori tra i partecipanti
- Raccolta di spunti di riflessione più numerosi ma meno approfonditi rispetto alle interviste individuali
- Necessità di assicurare a tutti la possibilità di prendere la parola.³⁴

Per quanto riguarda la provenienza sociale e culturale del gruppo potrebbe essere omogeneo oppure deliberatamente eterogeneo a seconda delle finalità della ricerca; i partecipanti non dovrebbero conoscersi tra di loro.

La gestione dei focus group deve essere effettuata contemporaneamente da 3 persone e prima di iniziare a tutti gli effetti la discussione si dovranno definire in maniera chiara chi svolgerà i seguenti ruoli:

Conduttore o moderatore

È colui che interagisce principalmente con i partecipanti, proponendo temi di discussione, sollecitando e regolando la partecipazione di tutti, con l'attenzione a non condizionarla nei contenuti.

È un ruolo decisamente importante, il conduttore dovrebbe infatti possedere sia abilità comunicative, utilizzando un linguaggio semplice e lineare per poter essere compreso da tutti i partecipanti, sia abilità psicologiche di gestione delle dinamiche di gruppo.³⁵

Focalizzatore

³⁴ MiglioraPA: la customer satisfaction per la qualità dei servizi pubblici.
http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/i-migliora/materiali/4_Strumento_4_Scheda-impostazione-focus-group.pdf

³⁵ Migliorini L., Rania N., *I focus group: uno strumento per la ricerca qualitativa*, 2001.
<http://www.fqts.org/dati/doc/56/doc/114.pdf>

È colui che trascrive le parole chiave sulle schede che emergono durante le singole tematiche oggetto di confronto nel corso del focus group e alla fine di ogni sessione di discussione trascrive in una lavagna i punti principali emersi, in modo tale che tutte le persone coinvolte nel focus group ne prendano visione.

Osservatore

È colui che ha il compito di riportare graficamente il flusso comunicativo segnando su un grafico di sintesi i cambi di turno di parola tra i componenti e il conduttore, per ricavarne al termine la relativa mappa dei flussi comunicativi. L'osservatore può intervenire in maniera discreta, segnalando al conduttore situazioni di stallo di comunicazione o di isolamento di singoli soggetti.

Per svolgere il focus group è opportuno creare una situazione di attenzione al comfort ambientale, di parità delle relazioni, prestando particolare cura al luogo dove si svolge la discussione, in modo che sia riservato, raccolto, confortevole e silenzioso; posizionare le persone a cerchio, mentre l'osservatore e il focalizzatore collocarli sempre all'interno del cerchio, ma leggermente arretrati così da guadagnare una certa invisibilità senza dare l'impressione di essere estranei all'attività.

4.2. Come gestire il focus group

Il conduttore che andrà a gestire il focus group dovrà essere una persona preparata e attenta ad agevolare la partecipazione di tutti, evitare di esprimere le proprie opinioni mantenendo una posizione di neutralità. Il momento più delicato è soprattutto quello di apertura del gruppo di emersione, in quanto si tratta di creare un clima di socializzazione e facilitare la partecipazione e la percezione del senso e dell'importanza dell'attività.³⁶

È importante tenere monitorati due aspetti per la riuscita del focus group e altrettanto fondamentale è esplicitarli ai partecipanti:

³⁶ Marchio Qualità e Benessere® www.marchioqeb.it

- Si devono rispettare i tempi;
- Si dovrà cercare di far partecipare tutti, senza escludere nessuno.

Prima di cominciare il confronto è necessario che il moderatore precisi il tema su cui verterà la discussione, gli obiettivi del lavoro di gruppo e i tempi, così che i partecipanti si impegnino ad essere presenti per tutta la durata del lavoro.

Si può affermare che la discussione segue un andamento ad imbuto e lo si può suddividere in due fasi:

1. Fase → più libera, aperta, spontanea

Momento in cui si parla del tema in generale e la discussione è spontanea dove il moderatore si limita a rilanciare.

2. Fase → più strutturata, chiusa, sollecitata

È la fase di razionalizzazione, dove si ha la necessità di scendere nello specifico, raggiungendo obiettivi più analitici e focalizzando aspetti di dettaglio.

È delicata anche la modalità di chiudere i singoli argomenti, si tratta di cambiare tematica quando si è arrivati a saturazione dei contributi possibili o se non si riesce a stimolare la partecipazione e l'interesse. Prima di cambiare argomentazione è utile sintetizzare brevemente quanto emerso chiudendo così il tema precedente.

LA VOTAZIONE

Una volta raccolte e chiarite le questioni, si procederà alla fase di votazione delle voci proposte; la valutazione potrà avere un valore compreso tra 1 e 10 (0 se poco importante 10 se molto importante) e solo in seguito verrà chiesto di esprimere le rispettive votazioni. Una volta raccolte tutte le valutazioni si dovrà generare la media, che fa riferimento alla somma complessiva diviso il numero dei partecipanti, e segnare il valore sulla rispettiva voce del foglio.

DOCUMENTAZIONE DELL'ATTIVITA'

Tutte le attività svolte durante il focus group vengono documentate. Innanzitutto è richiesta almeno una fotografia per ciascun gruppo di lavoro in grado di far capire il

setting in cui è avvenuto il focus stesso. Le schede individuali compilate dagli operatori per la focalizzazione dei propri contributi su ciascun singolo argomento trattato, vanno conservate insieme alle schede di gestione dei focus, lo stesso vale per i cartelloni utilizzati durante la conduzione. Ideale è poi, subito dopo il gruppo di emersione, avere circa mezz'ora per raccogliere le idee, indicare le osservazioni emerse e prendere nota delle proprie valutazioni.³⁷

4.3. Il focus group per il “Marchio Qualità e Benessere”[®]

Come detto precedentemente il Marchio Qualità & Benessere[®] si propone di valutare la qualità di vita e benessere degli anziani all'interno delle strutture mediante lo strumento del focus group.

La fase di autovalutazione avviene dopo aver concluso il focus group, svolto con residenti o personale che sia; conduttore, focalizzatore ed osservatore si riuniscono per attribuire una valutazione agli indicatori discussi, basandosi sulla consapevolezza percepita dai partecipanti rispetto al tema trattato. La valutazione potrà avere un valore compreso tra 1 e 10, dove 1 sta ad indicare scarsa o nulla consapevolezza e 10 massima consapevolezza.

Annualmente ciascuna struttura aderente auto-valuta nel modo più obiettivo ed equilibrato possibile la propria capacità di realizzare qualità con riferimento ai 12 fattori, precedentemente descritti, analizzando tutti i 104 indicatori e compila un rapporto di autovalutazione che viene inviato all'U.P.I.P.A.³⁸

Successivamente questa auto valutazione viene verificata, a campione per più della metà degli indicatori, durante una visita approfondita della durata di una giornata da una commissione di 3 esperti, di cui due sono colleghi provenienti da altre strutture che aderiscono al modello e uno è un esperto di valutazione proveniente da U.P.I.P.A. o Kairos.

³⁷ Marchio Qualità e Benessere[®] www.marchioqeb.it

³⁸ Marchio Qualità & Benessere[®]: Carta dei Valori. p. 4
<http://www.benfare.it/wp-content/uploads/2017/03/Carta-dei-valori-QB.pdf>

Durante questa giornata, quindi, la commissione estrarrà a sorte gli ospiti residenti nella struttura e sarà casuale anche la scelta, circa 40, degli indicatori da trattare; si procederà poi all'effettuazione del focus group. Dopo aver valutato, la commissione rilascia una relazione sull'andamento della valutazione, precisando i vari punti di forza, i punti di criticità e gli eventuali suggerimenti per migliorarsi.

Nel caso di focus group indirizzati ad anziani, verrà svolto in modo leggermente diverso dal solito, trattandosi di focus group con anziani; per questo motivo i tempi saranno sostanzialmente ridotti in quanto le abilità di attenzione in una persona anziana non sono le stesse di un soggetto adulto; si è inoltre osservato, che per un miglior equilibrio, il numero ideale di partecipanti per ogni focus group è di 8 persone.

Per ciascun indicatore trattato va inoltre compilata la relativa scheda focus del modello, che contiene una sezione dedicata alla registrazione delle parole chiave emerse durante l'attività ed una dedicata alla evidenziazione grafica delle dinamiche di interazione durante il focus. Per la giornata di visita di audit del modello Q&B, si dovrà preparare un elenco che sulla base di tali dati il team, in apertura della giornata, estrarrà i soggetti da invitare al focus di residenti.³⁹

Un esempio di elenco di gestione di focus group può essere il seguente:

³⁹ Marchio Qualità e Benessere® www.marchioqeb.it

Focus Group del .../.../...

	N° residenti
Residenti presenti in struttura alla data della visita	

I residenti possono essere esclusi per i seguenti motivi:

1. Limitazioni cognitive
2. Impossibilità per motivi sanitari
3. Non volontà di partecipare
4. Problemi di disturbo comportamentale

	N° residenti
Residenti esclusi dall'estrazione per la costituzione del gruppo di emersione	

Di cui:

1. Limitazioni cognitive	
2. Impossibilità per motivi sanitari	
3. Non volontà di partecipare	
4. Problemi di disturbo comportamentale	

nel caso 4 indicare lo strumento di valutazione del disturbo comportamentale utilizzato e l'eventuale valore di esito per ciascuno dei residenti esclusi (anonimizzati)

Numero progressivo residente	Strumento valutazione utilizzato	Esito che ha determinato l'esclusione (indicare punteggio)

5. Ricerca sul campo

Il campo considerato per la raccolta dei dati, fa riferimento al benessere e alla qualità della vita nelle strutture residenziali per anziani, dal punto di vista degli ospiti residenti e del personale lavorativo. La struttura in questione è la residenza per anziani IPAB “A. Danielato” di Cavarzere che ospita anziani con profili di autosufficienza e non-autosufficienza; la struttura residenziale di Cavarzere, è un Ente che ha come obiettivo la promozione del benessere della persona anziana.

Considerata la mission, l’IPAB “A. Danielato” adotta una politica per la qualità ispirata ai 12 valori che fanno parte del “Marchio Qualità & Benessere”[®], suddivisi a sua volta, nello specifico, in 104 indicatori che successivamente vedremo nella raccolta dati. Questi indicatori, non sono altro che tematiche da discutere, in fase di autovalutazione, con ospiti residenti e personale, attraverso dei focus group; alla fine di ogni focus group i tre conduttori si riuniscono per auto valutarli, voto che sarà poi confermato o confutato dalla commissione di tre esperti del “Marchio Qualità & Benessere”.[®]

VD = Verifica Documentale

FgR = Focus group Residenti

FgP = Focus group Personale

OA = Osservazione Ambientale

OVD = Osservazione diretta + Verifica Documentale

Tab. 1

Fattore	Indicatore	Tipo
1. Rispetto	1.1.1 Personalizzazione degli orari quotidiani	VD
	1.1.2 Percezione della effettiva personalizzazione degli orari	FgR
	1.1.3 Orientamento organizzativo alla personalizzazione degli orari	FgP
	1.2.1 Attenzioni e strumenti per garantire la riservatezza	OA

	1.2.2 Presenza ed attuazione di indirizzi per la tutela della riservatezza e della dignità dei residenti	VD
	1.2.3 Attenzione da parte personale del rispetto della dignità e della riservatezza	FgP
	1.3.1 Facilità di contatto tra residenti e vertici istituzionali dell'ente	OVD
	1.3.2 Percezione dell'attenzione dei vertici istituzionali verso il residente	FgR
	1.3.3 Valorizzazione e gestione delle istanze e dei suggerimenti individuali dei residenti e dei fruitori della struttura	OVD
2. Autorealizzazione	2.1.1 Presenza di attenzioni per garantire continuità negli stili di vita dei residenti	VD
	2.1.2 Percezione della possibilità di continuare a mantenere un proprio stile di vita e di coltivare interessi e passioni personali	FgR
	2.1.3 Valorizzazione delle passioni e degli interessi	OA
	2.2.1 Efficacia dei servizi di cura alla persona	OA
	2.2.2 Percezione della presenza, qualità e accessibilità dei servizi di cura alla persona	FgR
	2.2.3 Effettiva accessibilità e fruibilità delle cure estetiche per i residenti	OVD
	2.3.1 Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	VD
	2.3.2 Percezione e riconoscimento da parte del personale delle potenzialità inesprese dei residenti	FgP
	2.3.3 Valorizzazione degli esiti dei processi di autostima ed empowerment	OA
3. Operosità	3.1.1 Azioni per la promozione dell'autonomia dei residenti	VD
	3.1.2 Presenza di accorgimenti, strumenti, prassi innovative per valorizzare l'autonomia residua	OA
	3.1.3 Percezione dell'effettiva autonomia residua da parte dei residenti	FgR
	3.2.1 Finanziamento di progetti finalizzati al mantenimento dell'operosità quotidiana	VD
	3.2.2 Presenza di progetti/laboratori programmati per il mantenimento dell'operosità quotidiana	VD
	3.2.3 Valorizzazione dell'esito delle attività per il mantenimento dell'operosità quotidiana	OA
	3.3.1 Varietà, coordinamento e qualità dell'animazione	VD
	3.3.2 Percezione della varietà, coordinamento e qualità dell'animazione	FgR
	3.3.3 Svolgimento di attività di animazione suggerite dai residenti	VD
4. Affettività	4.1.1 Facilitazione delle relazioni e dei contatti con esterni significativi sul piano affettivo	VD
	4.1.2 Percezione della qualità delle relazioni tra residenti	FgR
	4.1.3 Facilitazione della relazione tra residenti	VD
	4.2.1 Disciplina della presenza di animali domestici nella Struttura Residenziale	VD
	4.2.2 Accorgimenti ambientali per consentire la presenza di animali nella Struttura Residenziale	OA
	4.2.3 Presenza di progetti strutturati per l'interazione con gli animali nella Struttura Residenziale	VD
	4.3.1 Riconoscimento e Valorizzazione delle storie di vita	OVD
	4.3.2 Personalizzazione effettiva degli spazi con oggetti aventi valore affettivo	OVD
	4.3.3 Percezione della possibilità di portare con sé oggetti personali e personalizzare i propri spazi	FgR
5. Interiorità	5.1.1 Presenza di un'assistenza religiosa strutturata	VD
	5.1.2 Percezione delle possibilità di riflessione e raccoglimento	FgR
	5.1.3 Presenza di luoghi di raccoglimento e di culto	OA
	5.2.1 Presenza di un servizio che si occupa del sostegno psicologico	VD
	5.2.2 Percezione della possibilità di sostegno psicologico	FgR

	5.2.3 Presenza di ambienti o accorgimenti per facilitare il rilassamento e il benessere psicologico individuale	OA
	5.3.1 Presenza di indicazioni specifiche per l'accompagnamento alla morte e di facilitazioni della vicinanza delle persone care al residente	VD
	5.3.2 Presenza di strumenti organizzativi e momenti strutturati per il sostegno del personale	VD
	5.3.3 Consapevolezza del personale di come gestire il particolare momento dell'accompagnamento alla morte	FgP
6. Comfort	6.1.1 Presenza e fruibilità di verde attrezzato (e/o spazio attrezzato con verde in sostituzione)	OA
	6.1.2 Strategie per favorire la fruizione del verde a residenti con particolari patologie (*)	OVD
	6.1.3 Percezione dell'effettiva possibilità di fruizione del verde	FgR
	6.2.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione dell'ambiente	OA
	6.2.2 Percezione della qualità dell'ambiente fisico residenziale	FgR
	6.2.3 Possibilità di utilizzo degli spazi comuni per uso personale e familiare	VD
	6.3.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione interna delle stanze	OA
	6.3.2 Consapevolezza della flessibilità organizzativa e strutturale per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento come spazio privato	FgP
	6.3.3 Percezione del livello di flessibilità organizzativa e strutturale per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento quale spazio privato	FgR
7. Umanizzazione	7.1.1 Livello di supporto nella fase di accoglienza ed inserimento del nuovo residente	VD
	7.1.2 Qualità complessiva dell'implementazione del PAI e del coinvolgimento del residente e dei suoi cari (*)	VD
	7.1.3 Percezione della possibilità di partecipazione del residente o dei suoi cari alla gestione del P.A.I.	FgR
	7.2.1 Capacità di risposta a richieste particolari del residente	VD
	7.2.2 Modalità di diffusione e condivisione delle informazioni relative alla presa in carico della persona	OVD
	7.2.3 Consapevolezza dell'effettiva individualizzazione dell'assistenza	FgP
	7.3.1 Percezione della soddisfazione dei residenti nella relazione con il personale	VD
	7.3.2 Attenzioni del personale nella relazione con i residenti	OA
	7.3.3 Percezione dei residenti della qualità della relazione con il personale	FgR
8. Socialità	8.1.1 Grado di accessibilità della struttura: accessi, orari, collegamenti e servizi	OVD
	8.1.2 Percezione del grado di apertura della struttura da parte dei residenti	FgR
	8.1.3 Presenza di altri servizi alla comunità	OVD
	8.2.1 Opportunità di incontro-relazione strutturata con la comunità e loro valorizzazione	OVD
	8.2.2 Effettive possibilità di comunicazione personalizzata con l'esterno	OVD
	8.2.3 Percezione della possibilità di mantenere relazioni sociali con l'esterno	FgR
	8.3.1 Varietà e significatività degli strumenti informativi (carta dei servizi, sito web, depliant,..)	VD
	8.3.2 Presenza di differenti forme di volontariato e di coinvolgimento dei volontari	VD
	8.3.3 Modalità di coinvolgimento dei familiari e dei cari significativi (*)	VD
9. Salute	9.1.1 Modalità di monitoraggio dei rischi e delle complicanze derivanti dall'istituzionalizzazione	VD
	9.1.2 Buone prassi per la riduzione dei rischi	VD
	9.1.3 Gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	VD
	9.2.1 Buone prassi per la riduzione dell'impatto negativo dei trattamenti diagnostici, terapeutici ed assistenziali sulla qualità della vita delle persone	VD
	9.2.2 Miglioramento dell'appropriatezza terapeutica, diagnostica, assistenziale	VD

	9.2.3 Attenzione del personale (anche attraverso l'équipe) nella presa di decisioni che garantiscano la conciliazione tra cura e qualità della vita	FgP
	9.3.1 Evidenza della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali	VD
	9.3.2 Percezione della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali	FgR
	9.3.3 Modalità di gestione del consenso informato	VD
10. Libertà	10.1.1 Gestione delle contenzioni fisiche orientata al monitoraggio costante per la riduzione (*)	VD
	10.1.2 Livello di contenzione fisica (*)	VD
	10.1.3 Presenza di buone prassi e di modificazioni ambientali/organizzative alternative alla contenzione fisica (*)	OVD
	10.2.1 Esistenza di ambiti della vita quotidiana in cui è effettivamente possibile scegliere e partecipare	VD
	10.2.2 Percezione della effettiva possibilità di decidere e di partecipare alle decisioni organizzative che riguardano i residenti	FgR
	10.2.3 Cultura della tutela della libertà e dell'autonomia nell'approccio del personale al residente	FgP
	10.3.1 Accoglimento delle richieste di gestione personalizzata del denaro	VD
	10.3.2 Modalità di supporto alla gestione del denaro da parte del residente	VD
	10.3.3 Presenza di strumenti di custodia personalizzata del denaro e dei valori	OA
11. Gusto	11.1.1 Ciclicità e varietà del menù giornaliero	VD
	11.1.2 Apprezzamento culinario per le pietanze del giorno	OA
	11.2.1 Cura del servizio di distribuzione del pasto e dell'ambiente	OA
	11.2.2 Modalità di comunicazione e pubblicizzazione del menù giornaliero	OVD
	11.3.1 Modalità di personalizzazione del menù giornaliero per patologie	VD
	11.3.2 Presenza di accorgimenti organizzativi e ambientali per dare qualità al momento del pasto per i residenti meno autonomi	OA
12. Vivibilità	12.1.1 Percezione della vivibilità complessiva e del clima interno da parte degli auditor	OA
	12.1.2 Percezione del clima interno da parte degli operatori	FgP
	12.1.3 Percezione della vivibilità complessiva da parte dei residenti	FgR
	12.2.1 Governo del processo formativo e valorizzazione delle competenze del personale (*)	VD
	12.2.2 Governo, sostegno e diffusione delle ricadute delle azioni formative (*)	OVD
	12.3.3 Consapevolezza dell'importanza della formazione e delle sue ricadute nell'organizzazione (*)	FgP
	12.3.1 Valorizzazione dell'impatto all'ingresso in struttura e facilità di orientamento	OA
	12.3.2 Grado di differenziazione funzionale degli spazi e delle attività	OVD
	12.3.3 Promozione del benessere organizzativo	VD

5.1. Il focus group con anziani e personale

A titolo di esempio si riporta, in riferimento al primo indicatore, una scheda orientativa che può facilitare la conduzione del focus group.



qualità & benessere



Valutazione 30/07/2014, Struttura Test-Circuito di Test

1. Rispetto: possibilità di vedere riconosciuti dall'organizzazione rispetto dei tempi e ritmi di vita personale, degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori.	FgR
1.1 – Rispetto delle esigenze del residente	
1.1.2 Percezione della effettiva personalizzazione degli orari	

Obiettivo:

Verificare come il residente percepisce la flessibilità oraria nella Struttura Residenziale: se ne percepisce l'esistenza, come la considera e se ha la possibilità di richiedere la personalizzazione di alcuni momenti della giornata che lo riguardano.

Suggerimenti operativi:

Esplorare il tema dell'indicatore seguendo la falsariga delle domande di seguito suggerite. Invitare al racconto. Parliamo... di come sono organizzati gli orari delle vostre giornate.

- Come sono gli orari della vostra giornata?
- Cosa ne pensate degli orari del risveglio, dei pasti, del bagno, dei momenti di riposo e del coricamento, etc?
- Gli orari sono sempre uguali per tutti?
- Li ritenete adatti o meno alle vostre esigenze?
- Potete chiedere che qualche orario venga modificato per esigenze personali temporanee (es. alzarsi mezz'ora dopo, pranzare più tardi..?)
- Cosa ne pensate?
- Desiderereste qualcosa di diverso?

Rev. 31/07/2014

Note: compilare la scheda specifica di rilevazione del focus group

Esiti:

1 = Evidenze di insoddisfazione marcate e comuni a tutto il gruppo

10 = Evidenze di piena soddisfazione marcate e comuni a tutto il gruppo

1. Rispetto

Si potrà ora osservare i voti di auto valutazione per ogni indicatore, degli anni 2017 e 2018.

- A.2017 : Autovalutazione effettuata nell'anno 2017
- A.2018 : Autovalutazione effettuata nell'anno 2018
- Diff. : Differenza tra A.2017 e A.2018

Non tutti gli indicatori sono sottoposti a focus group, per gli altri indicatori sono previsti strumenti di rilevazione diversi: ad es. nell'ind. 1.1.1 viene utilizzato lo strumento della Verifica Documentale (VD); nell'ind. 1.2.1 è prevista l'Osservazione Ambientale (OA) etc.

In questo caso ci si occuperà solo degli indicatore dove è previsto lo strumento dei focus group (FgR, FgP).

Tab. 2

Fattore	Indicatore	A.2017	A.2018	Diff.
1. Rispetto	1.1.1 Personalizzazione degli orari quotidiani	2		
	1.1.2 Percezione della effettiva personalizzazione degli orari	4	5	+1
	1.1.3 Orientamento organizzativo alla personalizzazione degli orari	4	7	+3
	1.2.1 Attenzioni e strumenti per garantire la riservatezza	4		
	1.2.2 Presenza ed attuazione di indirizzi per la tutela della riservatezza e della dignità dei residenti	4		
	1.2.3 Attenzione da parte personale del rispetto della dignità e della riservatezza	5	7	+2
	1.3.1 Facilità di contatto tra residenti e vertici istituzionali dell'ente	2		
	1.3.2 Percezione dell'attenzione dei vertici istituzionali verso il residente	3	5	+2
	1.3.3 Valorizzazione e gestione delle istanze e dei suggerimenti individuali dei residenti e dei fruitori della struttura	8		
2. Autorealizzazio one	2.1.1 Presenza di attenzioni per garantire continuità negli stili di vita dei residenti	6		
	2.1.2 Percezione della possibilità di continuare a mantenere un proprio stile di vita e di coltivare interessi e passioni personali	5	6	+1
	2.1.3 Valorizzazione delle passioni e degli interessi	6		
	2.2.1 Efficacia dei servizi di cura alla persona	6		
	2.2.2 Percezione della presenza, qualità e accessibilità dei servizi di cura alla persona	7	7	=

	2.2.3 Effettiva accessibilità e fruibilità delle cure estetiche per i residenti	4		
	2.3.1 Valorizzazione del protagonismo e della creatività dei residenti	4		
	2.3.2 Percezione e riconoscimento da parte del personale delle potenzialità inesprese dei residenti	6	6	=
	2.3.3 Valorizzazione degli esiti dei processi di autostima ed empowerment	5		
3. Operosità	3.1.1 Azioni per la promozione dell'autonomia dei residenti	8		
	3.1.2 Presenza di accorgimenti, strumenti, prassi innovative per valorizzare l'autonomia residua	3		
	3.1.3 Percezione dell'effettiva autonomia residua da parte dei residenti	5	7	+2
	3.2.1 Finanziamento di progetti finalizzati al mantenimento dell'operosità quotidiana	4		
	3.2.2 Presenza di progetti/laboratori programmati per il mantenimento dell'operosità quotidiana	3		
	3.2.3 Valorizzazione dell'esito delle attività per il mantenimento dell'operosità quotidiana	8		
	3.3.1 Varietà, coordinamento e qualità dell'animazione	7		
	3.3.2 Percezione della varietà, coordinamento e qualità dell'animazione	7	6	-1
	3.3.3 Svolgimento di attività di animazione suggerite dai residenti	3		
4. Affettività	4.1.1 Facilitazione delle relazioni e dei contatti con esterni significativi sul piano affettivo	5		
	4.1.2 Percezione della qualità delle relazioni tra residenti	6	6	=
	4.1.3 Facilitazione della relazione tra residenti	2		
	4.2.1 Disciplina della presenza di animali domestici nella Struttura Residenziale	2		
	4.2.2 Accorgimenti ambientali per consentire la presenza di animali nella Struttura Residenziale	1		
	4.2.3 Presenza di progetti strutturati per l'interazione con gli animali nella Struttura Residenziale	5		
	4.3.1 Riconoscimento e Valorizzazione delle storie di vita	5		
	4.3.2 Personalizzazione effettiva degli spazi con oggetti aventi valore affettivo	3		
	4.3.3 Percezione della possibilità di portare con sé oggetti personali e personalizzare i propri spazi	5	5	=
5. Interiorità	5.1.1 Presenza di un'assistenza religiosa strutturata	4		
	5.1.2 Percezione delle possibilità di riflessione e raccoglimento	6	6	=
	5.1.3 Presenza di luoghi di raccoglimento e di culto	1		
	5.2.1 Presenza di un servizio che si occupa del sostegno psicologico	9		
	5.2.2 Percezione della possibilità di sostegno psicologico	7	8	+1
	5.2.3 Presenza di ambienti o accorgimenti per facilitare il rilassamento e il benessere psicologico individuale	1		
	5.3.1 Presenza di indicazioni specifiche per l'accompagnamento alla morte e di facilitazioni della vicinanza delle persone care al residente	3		
	5.3.2 Presenza di strumenti organizzativi e momenti strutturati per il sostegno del personale	1		
5.3.3 Consapevolezza del personale di come gestire il particolare momento dell'accompagnamento alla morte	6	6	=	
6. Comfort	6.1.1 Presenza e fruibilità di verde attrezzato (e/o spazio attrezzato con verde in sostituzione)	4		
	6.1.2 Strategie per favorire la fruizione del verde a residenti con particolari patologie (*)	4		
	6.1.3 Percezione dell'effettiva possibilità di fruizione del verde	6	6	=
	6.2.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione dell'ambiente	2		

	6.2.2 Percezione della qualità dell'ambiente fisico residenziale	6	7	+1
	6.2.3 Possibilità di utilizzo degli spazi comuni per uso personale e familiare	2		
	6.3.1 Qualità dell'aspetto e della disposizione interna delle stanze	1		
	6.3.2 Consapevolezza della flessibilità organizzativa e strutturale per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento come spazio privato	5	6	+1
	6.3.3 Percezione del livello di flessibilità organizzativa e strutturale per rispondere a esigenze particolari di utilizzo delle stanze e loro riconoscimento quale spazio privato	3	5	+2
7. Umanizzazione	7.1.1 Livello di supporto nella fase di accoglienza ed inserimento del nuovo residente	7		
	7.1.2 Qualità complessiva dell'implementazione del PAI e del coinvolgimento del residente e dei suoi cari (*)	7		
	7.1.3 Percezione della possibilità di partecipazione del residente o dei suoi cari alla gestione del P.A.I.	1	6	+5
	7.2.1 Capacità di risposta a richieste particolari del residente	5		
	7.2.2 Modalità di diffusione e condivisione delle informazioni relative alla presa in carico della persona	7		
	7.2.3 Consapevolezza dell'effettiva individualizzazione dell'assistenza	7	6	-1
	7.3.1 Percezione della soddisfazione dei residenti nella relazione con il personale	3		
	7.3.2 Attenzioni del personale nella relazione con i residenti	6		
7.3.3 Percezione dei residenti della qualità della relazione con il personale	7	7	=	
8. Socialità	8.1.1 Grado di accessibilità della struttura: accessi, orari, collegamenti e servizi	6		
	8.1.2 Percezione del grado di apertura della struttura da parte dei residenti	7	8	+1
	8.1.3 Presenza di altri servizi alla comunità	6		
	8.2.1 Opportunità di incontro-relazione strutturata con la comunità e loro valorizzazione	8		
	8.2.2 Effettive possibilità di comunicazione personalizzata con l'esterno	2		
	8.2.3 Percezione della possibilità di mantenere relazioni sociali con l'esterno	7	9	+2
	8.3.1 Varietà e significatività degli strumenti informativi (carta dei servizi, sito web, depliant,..)	8		
	8.3.2 Presenza di differenti forme di volontariato e di coinvolgimento dei volontari	9		
8.3.3 Modalità di coinvolgimento dei familiari e dei cari significativi (*)	7			
9. Salute	9.1.1 Modalità di monitoraggio dei rischi e delle complicanze derivanti dall'istituzionalizzazione	3		
	9.1.2 Buone prassi per la riduzione dei rischi	5		
	9.1.3 Gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	4		
	9.2.1 Buone prassi per la riduzione dell'impatto negativo dei trattamenti diagnostici, terapeutici ed assistenziali sulla qualità della vita delle persone	2		
	9.2.2 Miglioramento dell'appropriatezza terapeutica, diagnostica, assistenziale	2		

	9.2.3 Attenzione del personale (anche attraverso l'équipe) nella presa di decisioni che garantiscano la conciliazione tra cura e qualità della vita	6	8	+2
	9.3.1 Evidenza della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali	6		
	9.3.2 Percezione della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali	2	7	+5
	9.3.3 Modalità di gestione del consenso informato	1		
10. Libertà	10.1.1 Gestione delle contenzioni fisiche orientata al monitoraggio costante per la riduzione (*)	6		
	10.1.2 Livello di contenzione fisica (*)	3		
	10.1.3 Presenza di buone prassi e di modificazioni ambientali/organizzative alternative alla contenzione fisica (*)	5		
	10.2.1 Esistenza di ambiti della vita quotidiana in cui è effettivamente possibile scegliere e partecipare	3		
	10.2.2 Percezione della effettiva possibilità di decidere e di partecipare alle decisioni organizzative che riguardano i residenti	5	6	+1
	10.2.3 Cultura della tutela della libertà e dell'autonomia nell'approccio del personale al residente	6	8	+2
	10.3.1 Accoglimento delle richieste di gestione personalizzata del denaro	3		
	10.3.2 Modalità di supporto alla gestione del denaro da parte del residente	5		
	10.3.3 Presenza di strumenti di custodia personalizzata del denaro e dei valori	1		
11. Gusto	11.1.1 Ciclicità e varietà del menù giornaliero	5		
	11.1.2 Apprezzamento culinario per le pietanze del giorno	6		
	11.2.1 Cura del servizio di distribuzione del pasto e dell'ambiente	2		
	11.2.2 Modalità di comunicazione e pubblicizzazione del menù giornaliero	5		
	11.3.1 Modalità di personalizzazione del menù giornaliero per patologie	4		
	11.3.2 Presenza di accorgimenti organizzativi e ambientali per dare qualità al momento del pasto per i residenti meno autonomi	4		
12. Vivibilità	12.1.1 Percezione della vivibilità complessiva e del clima interno da parte degli auditor	4		
	12.1.2 Percezione del clima interno da parte degli operatori	6	4	-2
	12.1.3 Percezione della vivibilità complessiva da parte dei residenti	7	8	+1
	12.2.1 Governo del processo formativo e valorizzazione delle competenze del personale (*)	5		
	12.2.2 Governo, sostegno e diffusione delle ricadute delle azioni formative (*)	3		
	12.3.3 Consapevolezza dell'importanza della formazione e delle sue ricadute nell'organizzazione (*)	6	6	=
	12.3.1 Valorizzazione dell'impatto all'ingresso in struttura e facilità di orientamento	4		
	12.3.2 Grado di differenziazione funzionale degli spazi e delle attività	3		
12.3.3 Promozione del benessere organizzativo	1			

5.2. Analisi dei dati

Lo scopo di questa indagine, come più volte accennato, è quello di analizzare il benessere dell'anziano e la qualità di vita nelle strutture residenziali, seguendo il modello del "Marchio Qualità & Benessere"[®] a cui l'IPAB "A. Danielato" si appoggia; si sono quindi considerati gli indicatori che prevedono come strumento di rilevazione il focus group, ovvero 30 su 104. Come si può osservare dalla Tab. 2, su 30 indicatori sottoposti all'analisi con focus group, 18 hanno subito un'evoluzione positiva, migliorando la condizione dell'anno precedente. Si è cercato di lavorare su quegli indicatori dove potevano essere effettuati degli interventi mirati e dove c'era consapevolezza che si poteva fare meglio rispetto a quello che già si stava facendo. In particolare, come si può notare all'indicatore 1.1.3, nel 2017 l'autovalutazione era di valore 4, quest'anno è aumentato di 3 punti, o addirittura al 7.1.3 e al 9.3.2 c'è stata una differenza positiva di 5 punti; questo sta ad indicare che su tali indicatori è stato fatto un considerevole lavoro che ha portato i suoi risultati e che io stessa ho potuto notare. Al contrario, ci sono solo 3 indicatori (3.3.2; 7.2.3; 12.3.3) dove si può notare che il loro valore è diminuito. Gli indicatori in questione riguardano la varietà, il coordinamento e la qualità dell'animazione dove gli anziani precisano una ridotta varietà e qualità di intrattenimento, aspetto che l'anno precedente non era caratterizzato da mancanze di questo genere, ma nonostante ciò sono valori che comunque hanno un valore buono; ma l'indicatore dove si è riscontrato un calo importante riguarda la percezione del clima interno da parte degli operatori, dove è emerso il disequilibrato carico di lavoro tra i nuclei della struttura, e la scarsa comunicazione e collaborazione tra colleghi. Infine, come si può constatare, ci sono 9 indicatori che non hanno subito variazioni, ciò può indicare una mancata volontà di miglioramento, oppure può significare un continuo sforzo a non peggiorare, mantenendo l'indicatore al medesimo valore.

A tal proposito, si è proceduto con l'unire quei fattori ove, a mio avviso, sembrava esserci un legame e un filo conduttore che potesse in qualche modo confermare le diverse affermazioni tra personale e residenti o che le stesse venissero tra di loro contraddette. Nello specifico si è notato un collegamento tra i fattori del comfort, dell'affettività, del rispetto e dell'interiorità; che accomuna questi valori è la sufficiente percezione da parte del personale della consapevolezza del rispetto per la riservatezza e

della dignità del residente, aspetto confermato sufficientemente anche dai residenti, anche se gli spazi a disposizione della struttura sono appena sufficienti per garantire un'adeguata possibilità di raccoglimento e di personalizzazione della propria stanza. Un'altra unione tra fattori si è notata tra umanizzazione, vivibilità e socialità: si può infatti osservare una buona percezione da parte dei residenti dell'opportunità di relazionarsi con il personale e un'ottima impressione da parte dei residenti di mantenere rapporti con l'esterno; aspetto che lascia perplesso, è il valore appena sufficiente della percezione del personale lavorativo nei confronti delle relazioni tra il personale, aspetto che si contraddice con quanto emerge nella percezione, molto buona, dei residenti della complessiva vivibilità all'interno della struttura, tra residenti e con tutto il personale. Anche i valori di autorealizzazione e salute si collegano tra di loro, in quanto emerge che i residenti sono soddisfatti dei servizi dedicati alla cura della persona e dall'altro lato anche il personale si dice attento a prendere decisioni che garantiscono cura e qualità di vita dell'ospite. Infine, anche operosità e libertà sono collegate, i residenti a tal proposito hanno una percezione molto buona del grado di autonomia, fattore convalidato anche dal personale che garantisce la tutela della libertà e dell'autonomia dei residenti.

5.3. Il focus group con i familiari

I focus group con i familiari non sono previsti dal modello del “Marchio Qualità & Benessere”[®], ma è a discrezione della residenza per anziani IPAB “A. Danielato” svolgerli, affinché si possa avere un feedback anche da parte dei familiari sull’erogazione dei servizi; saranno comunque presi in considerazione degli indicatori del “Marchio Qualità & Benessere”[®]

FIGURE PRESENTI

- Assistente Sociale (conduttore)
- Educatore Professionale (facilitatore-osservatore)
- Coordinatore dei Servizi (facilitatore-osservatore)
- 8 familiari
-

CONTENUTI

Lo scopo dell’incontro è la rilevazione della soddisfazione dei familiari sui servizi offerti dalla struttura per l’anno 2017, se sono di loro gradimento i servizi, in particolare quelli esternalizzati, e se sono soddisfatti di aver scelto questa struttura.

Si sono considerati i seguenti aspetti:

- EFFICACIA SISTEMI DI COMUNICAZIONE (INTERIORITA’/UMANIZZAZIONE);
- FACILITA’ A REPERIRE INFORMAZIONI (SALUTE);
- USO DELLE CONTENZIONI (LIBERTA’);
- IMPRESSIONI SUL CLIMA DELLA STRUTTURA (VIVIBILITA’);
- IMPRESSIONI SULLA GIORNATA DEL RESIDENTE (orari, attività...); (RISPETTO E OPEROSITA’)
- OPINIONE SUI SERVIZI OFFERTI IN PARTICOLARE SU QUELLI ESTERNALIZZATI (pasti, pulizie, parrucchiera...); (GUSTO)
- SUGGERIMENTI E CONSIDERAZIONI RISPETTO LA SCELTA DELLA STRUTTURA. (VIVIBILITA’)

Dal focus group con i familiari si può ritenere che l’autovalutazione, rispetto ai fattori considerati, sia coerente ed attendibile.

6. Conclusioni

L'obiettivo di questa tesi è rivolto all'anziano, alla sua fragilità e al bisogno di cure che necessita all'interno delle Strutture Residenziali. Nello specifico si è rivolta l'attenzione al suo stato di benessere e alla sua qualità di vita durante la quotidianità nella struttura, in modo da fornire una visuale diversa dal tipico stereotipo dell'anziano "istituzionalizzato".

Si è quindi realizzata una ricerca su tale argomento, prendendo come riferimento il modello del "Marchio Qualità & Benessere"[®] adottato come detto in precedenza dall'IPAB "A. Danielato". Si sono utilizzati come strumento di rilevazione i focus group che hanno prodotto un riscontro positivo per la maggior parte degli indicatori, ritenendo positivi anche quegli indicatori rimasti invariati, in quanto non sono peggiorati, aspetto che ha interessato invece soltanto 3 indicatori.

Raggruppando i vari fattori in base alle tematiche prese in considerazione che trovavano un punto d'incontro tra loro, si è potuto affermare che in linea di massima le informazioni ricavate dai residenti e dal personale, sono per la maggior parte congruenti tra di loro, si sono evidenziate contraddizioni discutendo a proposito delle relazioni all'interno della struttura, e degli spazi messi a disposizione per la riservatezza del residente.

Grazie allo strumento del focus group, la struttura considerata per la tesi, riesce in questo modo a capire gli aspetti che richiedono un'attenzione in più e a migliorarli durante l'anno, prima della successiva Autovalutazione e Valutazione.

Capire le necessità delle persone anziane residenti e di conseguenza di tutto il personale lavorativo, diventa di fondamentale importanza per poter assicurare loro quella qualità di vita e quel benessere, che tanto desiderano durante l'ultimo periodo della loro vita.

7. Bibliografia

1. Bruno I., Canova S., Chattat R., *Manuale dell'Animazione Sociale*, Maggioli Editore, 2014.
2. De Beni R., *Psicologia dell'invecchiamento*, Bologna, Il Mulino, 2009.
3. Fazzi L., *Il Lavoro con gli Anziani in Casa di Riposo*, Maggioli Editore, 2014.
4. Gregianin A., *L'Universo della Terza Età: un esempio di invecchiamento attivo*, Pensa Multimedia, Brescia, 2013.
5. Luppi E., *Pedagogia e terza età*, Roma, Carocci, 2008
6. Mazzucco C., *Promuovere l'età anziana*, Brescia, Pensa Multimedia, 2012.
7. Scortegagna R., *Invecchiare*, Bologna, Il Mulino, 2005.
8. Scortegagna R., Fiore F., a cura di R. De Beni, *Psicologia dell'invecchiamento*, il Mulino, Bologna, 2009.
9. Tramma S., *Gli anziani nelle strutture residenziali*, Roma, La Nuova Scientifica, 1997.
10. Tramma S., saggio *L'Educazione e l'Anziano, l'Educatore l'Invecchiamento Attivo e la Solidarietà tra le Generazioni*, Pensa Multimedia, Brescia, 2013.

8. Sitografia

1. Gastaldi A., Contarello A., *Una questione di età: rappresentazioni sociali dell'invecchiamento in giovani e anziani*, 2006.
https://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_rivista.aspx?IDarticolo=30561
2. *L'anziano istituzionalizzato*, 2011
<https://incontridipedagogiaclinica.wordpress.com/2011/01/11/l%E2%80%99anziano-istituzionalizzato/>
3. *Marchio Qualità e Benessere*[®]
www.marchioqeb.it
4. *Marchio Qualità & Benessere*[®]: *Carta dei Valori*
<http://www.benfare.it/wp-content/uploads/2017/03/Carta-dei-valori-QB.pdf>
5. Migliorini L., Rania N., *I focus group: uno strumento per la ricerca qualitativa*, 2001.
www.fqts.org/dati/doc/56/doc/114.pdf
6. Paresi F., Brizioli E., *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia*, 2009.
http://www.maggioli.it/rna/2009/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf#page=53
7. MiglioraPA: la customer satisfaction per la qualità dei servizi pubblici.
http://www.qualitapa.gov.it/fileadmin/mirror/imigliora/materiali/4_Strumento_4_Scheda-impostazione-focus-group.pdf

7. Ringraziamenti

Un grazie al relatore, il Prof. Giuseppe Mosconi, per la disponibilità e l'attenzione concessa durante il periodo dedicato alla stesura della tesi.

Un grazie particolare alla gentile e sempre disponibile tutor aziendale, l'Educatrice Laura Bellan, un grazie all'Educatrice Elisa Oppio e alla Psicologa Sabrina Busatto: mi avete supportato, il vostro aiuto è stato prezioso; il tirocinio, il Servizio Civile e tutto l'IPAB "A. Danielato" rimarrà sempre nel mio cuore.

Ringrazio tutti gli amici: Silvia M., Silvia B., Luna, ci siamo sempre state l'una per l'altra, so che potrò contare sempre su di voi;

Melissa, il percorso universitario ci ha fatto conoscere e sei per me un'amica indispensabile;

Federica ed Elisa, il Servizio Civile ci ha fatto condividere esperienze uniche e da subito siamo entrate in sintonia;

Barbara, Valentina, Sofia, Sandro, Marco, Serena, Denis con i piccoli Alessia e Daniele, le feste e i sabato sera in vostra compagnia continuano a scaldarmi il cuore e a farmi sorridere.

Grazie Davide, il mio ragazzo, in questi due anni mi hai dato serenità e forza per arrivare a questo traguardo.

Un grazie di cuore va a tutti gli zii e parenti: soprattutto a nonna Lina, con le tue preghiere e i tuoi cioccolatini mi hai sempre fatto sentire coccolata e amata;

Un grazie molto più che speciale va dritto in cielo, a zio Giuseppe, a zio Mario, a nonna Giovanna e a nonno Giuseppe: vi porto sempre con me, com'è sempre stato e come sempre sarà;

Infine, il GRAZIE più grande, e mai abbastanza, va alla mia Famiglia: grazie mamma, perché in tutto questo ci hai creduto prima tu di me e non hai mai smesso di spronarmi, sei la mia forza; grazie papà, per quella parola sempre in più, ma mai banale, prima di ogni esame e per la tua presenza così silenziosa ma così fondamentale; e grazie a mio fratello Davide, mi hai preso per mano e indirizzato verso la strada giusta più di una volta. Come farei senza di te? Sei il mio esempio.

Non è stato solo un percorso universitario caratterizzato da studio, ma ha significato soprattutto sacrifici, stress, nervoso e qualche momento di gioia; ed è stato grazie a tutti voi che questo benedetto traguardo è arrivato più voluto che mai.

Grazie

Alice