

# ICF-VR: uno strumento di valutazione e progettazione educativa per persone anziane o con disabilità accolte in residenze socio-sanitarie e socioassistenziali

*Luciano Pasqualotto\**, *Elena Salvatore\*\**, *Noemi Tassi\*\*\**, *Massimo Scarpetta\*\*\*\**, *Elena Mignani\*\*\*\*\**, *Maria Luisa Valenta\*\*\*\*\**

\*Università di Verona, CTS Anep

\*\*ANEP, sez. Friuli Venezia Giulia, CTS Anep

\*\*\*Fondazione "Carisma - Casa di Ricovero Santa Maria Ausiliatrice", Bergamo

\*\*\*\* Consigliere Nazionale UNEBA, Roma

\*\*\*\*\* Educatrice socio-sanitaria nei servizi residenziali per anziani, Bergamo

\*\*\*\*\* Azienda ULSS4 "Veneto orientale", San Donà di Piave (VE), CTS Anep

L'articolo illustra il percorso di ricerca che ha portato allo sviluppo degli strumenti di valutazione denominati ICF-VR (Vita Residenziale), rivolti a persone anziane o con gravi disabilità, accolte in strutture sanitarie e socio-sanitarie. Gli strumenti consentono di elaborare la progettazione educativa e assistenziale su un profilo biopsicosociale di funzionamento e di valutare gli outcome. A guida della progettazione è stato definito un modello di qualità di vita nelle strutture residenziali composto da cinque dimensioni, che vengono monitorate attraverso gli strumenti ICF-VR. Gli strumenti sono disponibili gratuitamente sul sito [www.icf-anziani.it](http://www.icf-anziani.it).

## Introduzione

Il Comitato Tecnico Scientifico dell'Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP) nel mese di maggio 2022, ha attivato dei gruppi di analisi delle modalità con cui avviene la valutazione degli outcome nei diversi contesti operativi. Gli autori di questo articolo hanno approfondito il tema in riferimento al lavoro educativo con persone anziane con diversi livelli di autosufficienza accolte in strutture sociosanitarie o socioassistenziali; per analogia di contesto, sono state considerate anche le persone con disabilità complesse accolte nelle Residenze Sanitarie Assistite.

Dopo aver verificato che gli strumenti di valutazione in uso nelle strutture sono principalmente orientati a monitorare i bisogni sanitari ed assistenziali, il gruppo si è soffermato a considerare quanto la postura professionale sia condizionata da quel punto di osservazione (Goffman, 1968, p. 69), dal quale si colgono alcuni aspetti della persona ma se ne trascurano altri. Gli strumenti di assessment infatti, più o meno consapevolmente, orientano lo sguardo, delimitano il campo di interesse, condizionano la postura professionale (Lascioli & Pasqualotto, 2021, p. 37).

È stato, quindi, messo a tema quale possa e debba essere lo specifico punto di vista degli educatori che operano negli Istituti, quali siano gli elementi di valore esistenziale da presidiare, in particolare quelli che rischiano di essere disattesi dall'elevato impegno assistenziale che richiedono persone anziane o con gravi disabilità, ma che deontologicamente riguardano la professionalità educativa. Questa pista di ricerca ha aperto domande di grande portata: vi sono aspetti

della qualità della vita che sono necessari a prescindere dal fatto che il soggetto li riconosca validi per sé? A tal proposito, il modello del *Quality of Life* proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHOQOL, 1995) enfatizza la percezione soggettiva del benessere, ma è possibile individuare alcuni aspetti oggettivi che non abbiano carattere strettamente sanitario (Lubkina, Usca, & Kaupuzs, 2013)? Visto da un'altra prospettiva: cosa significa, operativamente, impegnarsi per tutelare e promuovere la dignità di tutte le persone, anche di coloro non sono in grado di comunicare e di muoversi autonomamente? Come è possibile valutare gli esiti di questo impegno professionale?

Per dare risposte coerenti e convincenti a tali domande, gli autori di questo articolo si sono riconosciuti come gruppo di ricerca, consapevoli che il tema della valutazione incrocia inevitabilmente quello della legittimazione professionale (Pasqualotto L. , 2018).

## Abitare l'utopia

La compromissione delle funzioni mentali e fisiche assume carattere di gravità quando il principale impegno dei caregiver è di assicurare il soddisfacimento dei bisogni primari. In modo metaforico, si potrebbe affermare che la condizione di gravità rappresenta una frontiera, oltre la quale la possibilità di aver cura della persona nella sua globalità oscilla tra l'ideologia, che non riesce a farsi prassi, e l'utopia. Per professione, gli educatori sono esploratori della frontiera dell'utopia, di quel "luogo-che-non-esiste" nel quale il soggetto rimane tale anche quando vengono a mancare gli elementi at-

traverso i quali gli uomini riconoscono i propri simili: in primis, la razionalità e la facoltà di comunicare (Pasqualotto, 2014, p. 42). Quando l'educatore non riesce ad abitare quella frontiera, operazione in molte situazioni davvero difficile, diventa un clinico centrato sui problemi sanitari o un assistente. Per esercitare propriamente il suo ruolo, egli deve avere molto coraggio ed un germe di presunzione, cioè deve essere in grado di presumere, persino di intravedere che, oltre la biologia della vita già fatta oggetto di cura e di assistenza da altri professionisti, ci sono elementi esistenziali di tipo immateriale, non solo emotivi, che qualificano il benessere e il ben-vivere e che perciò vanno coltivati.

In questa (talvolta) difficile postura professionale, gli strumenti di valutazione possono essere utili nella misura in cui sono stati costruiti in modo focalizzato sugli elementi da presidiare: va da sé che scale orientate a misurare l'entità delle menomazioni o a classificare i livelli di gravità non sono sufficienti per un lavoro educativo teso a dare accoglienza e soddisfazione a bisogni che rinviano all'autorealizzazione ed alla felicità delle persone.

A partire da queste riflessioni, il gruppo si è messo alla ricerca degli elementi di valore su cui focalizzare l'attenzione, che prescindono dalle condizioni individuali, quindi dalle compromissioni presenti, e che possono essere universalmente importanti dal punto di vista educativo. Si consideri che, in assenza di questa individuazione preliminare, non sarebbe possibile procedere alla valutazione degli esiti di un lavoro precipuamente educativo.

Nella ricerca sulla valutazione degli outcome si è inteso affrontare un'altra sfida, che rinvia alla possibilità o al limite che gli in-

terventi educativi siano "misurabili", cioè guadagnino dei miglioramenti oggettivabili; vi è una diffusa convinzione, infatti, che con questo tipo di utenza si lavori sulle dimensioni immateriali "a fondo perduto". Tale sfida si può vincere solo adottando una prospettiva antropologica di tipo biopsicosociale, nella quale non vengono prese in considerazione soltanto le capacità, generalmente molto compromesse nelle persone accolte nelle strutture residenziali, ma anche quei funzionamenti guadagnati attraverso l'introduzione di diverse tipologie di facilitatori. Si noti che il riferimento scientifico e culturale sotteso a questo linguaggio è quello della Classificazione ICF (OMS, 2002).

### **Gli elementi per una vita di qualità in istituto**

Dall'analisi della letteratura internazionale (Boyle, 2008; Cook, Schouten, & Henrickson, 2018; Leroi, et al., 2019; Bennett, et al., 2020; Plys & Qualls, 2020; Koren, 2022) è possibile ricavare una serie di elementi che sono universalmente considerati importanti per garantire una buona qualità della vita per le persone accolte in strutture socioassistenziali e socioassistenziali. Molti di questi elementi si riferiscono all'assistenza personalizzata (cura della persona, gestione delle condizioni cliniche, assistenza nelle attività quotidiane, alimentazione), alla sicurezza ed al comfort del luogo di residenza, alle attività ricreative e sociali. Non mancano i riferimenti al benessere emotivo, da perseguire attraverso forme di supporto emotivo e sociale per affrontare le sfide legate all'invecchiamento e alla vita in una casa di riposo, il supporto nella gestione del lutto o del cambiamento, la promozione di relazioni significative con gli altri ospiti e con il personale,

lo spazio per rapporti affettivi e sessuali. Gli studi menzionano anche l'autonomia ed il rispetto dei desideri individuali come fattori di qualità di vita, da ricercare coinvolgendo le persone nelle decisioni che riguardano la loro vita quotidiana, come l'orario delle attività o le preferenze alimentari, e con tutte quelle attività finalizzate a sviluppare e/o mantenere un positivo senso di identità.

Alla luce di quanto emerso dalla letteratura, il gruppo di ricerca ha ritenuto di poter individuare, attraverso il metodo del consenso tra esperti (Jones, 1995), gli elementi su cui basare la valutazione degli esiti degli interventi educativi; si seguito si presenta il risultato della ricerca.

#### 1. Autodeterminazione

Libertà e autonomia sono elementi qualificanti la vita di ogni persona, che si esprimono nella quotidianità come manifestazioni della propria volontà. Per coloro che dispongono di bassi livelli di capacità nell'autodeterminazione di ciò che vogliono essere e fare, è necessario trovare ogni modalità organizzativo-gestionale che eviti di innescare processi di istituzionalizzazione spersonalizzante.

#### 2. Comunicazione

La possibilità di comunicare, per esercitare l'autodeterminazione e per entrare in relazione con gli altri e con l'ambiente di vita, è una priorità dal punto di vista educativo, da coltivare anche attraverso modalità di comunicazione non verbale.

#### 3. Relazioni e Inclusione sociale

La persona è un essere sociale, che si nutre di relazioni di appartenenza fin dalla nascita. Tale bisogno non viene meno con il

passare dell'età e neppure in presenza di gravi deficit cognitivi.

Per le persone istituzionalizzate, inoltre, la vita quotidiana rischia spesso di essere separata da quella degli altri, confinata entro "luoghi speciali". Per tali ragioni, l'inclusione nella comunità di riferimento è una priorità educativa che non può essere disattesa, valorizzando ciò che anche le persone fragili possono portare alla società.

#### 4. Benessere fisico

L'essere in vita ed in salute sono condizioni necessarie ma non sufficienti per una vita di qualità. L'attenzione educativa si rivolge pertanto a quei determinanti del benessere fisico che sono non solo riconducibili ai bisogni di base, cui provvedono gli operatori socio-sanitari, ma anche dall'esperienza del sé corporeo costituita da motricità e pulsioni.

#### 5. Benessere emotivo e spirituale

L'esistenza si qualifica sul piano biografico, nel suo svolgersi nel tempo attraverso esperienze gratificanti nelle quali esercitare le abilità disponibili o apprendendone di nuove, attraverso piccole azioni di cura, dei propri spazi di vita e degli altri: si tratta di elementi che alimentano autostima e motivazione. Anche la possibilità di coltivare la dimensione spirituale contribuisce a questa esperienza di benessere.

### **La declinazione degli elementi di valore in obiettivi di lavoro**

Successivamente, il gruppo di ricerca è stato impegnato a fornire una declinazione concreta ai cinque fattori non strettamente correlati alla salute, da qui "dimensioni", che sono determinanti per una vita di quali-

tà in residenze che accolgono persone anziane con diversi livelli di autosufficienza o con disabilità complesse. In questo sforzo, si è scelto di trovarvi la corrispondenza con item già codificati nella Classificazione ICF (OMS, 2002), che avrebbe poi favorito la costruzione di uno strumento di *assessment* e di valutazione degli outcome. Un approccio analogo, seppur non finalizzato allo sviluppo di strumenti di valutazione, è documentato in Portogallo (Queirós, et al., 2014). Gli item ICF selezionati sono specificati di seguito, tra parentesi.

### 1. Autodeterminazione

1.1. La persona esercita la propria libertà di scelta rispetto ai bisogni di base (come personalizzare la propria camera, cosa indossare, cosa mangiare, etc.) (d177).

1.2. La persona esprime preferenze riguardo alle routine ed alle attività della struttura (d177) [bisogni psicologici].

1.3. La persona soddisfa i propri bisogni cognitivi, secondo le proprie preferenze (d177), attraverso la lettura (d166), la scrittura (d170), il calcolo (d172), la visione di programmi televisivi (d110), l'ascolto di musica (d115), l'esercizio dell'attenzione (d160), della memoria, del ragionamento (d175) e della creatività (d179).

1.4. La persona esprime le proprie preferenze in relazione ai bisogni di intimità e prossimità (d177).

### 2. Comunicazione

2.1. La persona comprende messaggi verbali e non verbali (d310, d315).

2.2. La persona esprime le sue intenzioni e necessità in modo verbale e non verbale (d330, d335).

2.3. La persona utilizza strumenti di comunicazione (d360), anche come ausili.

### 3. Relazioni e inclusione sociale

3.1. La persona stabilisce relazioni interpersonali con gli ospiti ed il personale della struttura in un modo contestualmente e socialmente adeguato (d710) (d7203).

3.2. La persona mantiene le relazioni con i suoi caregivers informali, ove presenti, (d760) anche con l'aiuto di strumenti di comunicazione a distanza (d360).

3.3. La persona ha una rete relazionale, che coinvolge persone diverse dai familiari, operatori e altri ospiti (d730);

3.4. La persona ha relazioni affettive e/o sessuali se lo desidera (d770);

3.5. La persona sperimenta occasioni di inclusione sociale fuori dalla struttura di residenza (in famiglia e/o nel territorio) (d855, d920).

### 4. Benessere fisico

4.1. La persona ha cura di sé (o è curata) rispetto ai bisogni di base (d510, d530, d540, d550, d560), alla dieta e alla forma fisica (d5701), alla salute e all'incolumità fisica (d5702), alle pulsioni sessuali (d598).

4.2. La persona fa esperienza della propria corporeità, sia attraverso la motricità di base (d410, d415), sia il movimento (d450, d455).

4.3. La persona si muove sul territorio a piedi (d460) o con la facilitazione di ausili (d465).

### 5. Benessere emotivo e spirituale

5.1. La persona svolge piccole azioni di cura nei confronti degli altri ospiti (d660) e dei propri spazi vitali (d650).

5.2. La persona fa esperienze piacevoli esercitando semplici abilità (d210) e/o acquisendo nuove abilità pratiche (es. uso del cellulare) (d155), e svolgendo attività valoriz-

zanti (d855), anche con l'esercizio della manualità fine (d440).

5.3. La persona riesce ad adattarsi e partecipare alle proposte della routine quotidiana (d230).

5.4. La persona ha una buona gestione delle proprie emozioni (d240).

5.5. La persona assolve ai propri bisogni spirituali (d930).

5.6. La persona viene accompagnata nel percorso di fine vita (d930).

La declinazione delle dimensioni in obiettivi ha la funzione di guidare il professionista nella personalizzazione di interventi finalizzati a promuovere le dimensioni della qualità della vita più carenti.

## Il modello biopsicosociale e la Classificazione ICF

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è stata promossa e divulgata dal 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo un lungo lavoro preparatorio che ha coinvolto studiosi e professionisti di tutto il mondo e di diversa formazione. Alla base dell'ICF vi è un modello biopsicosociale della salute, i cui determinanti non sono soltanto di natura sanitaria, ma anche di tipo personale e ambientale.

*«I fattori personali sono il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo, e rappresentano quelle caratteristiche dell'individuo che non fanno parte della condizione di salute o degli stati di salute. Questi fattori comprendono il sesso, l'etnia, l'età, altre condizioni di salute, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, la capacità di adattamento, il background sociale, l'istruzione, la professione e l'esperienza*

*passata e attuale (eventi della vita passata e eventi contemporanei), modelli di comportamento generali e stili caratteriali» (OMS, 2007, p. 43).*

I "fattori ambientali" «comprendono l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza» (OMS, 2007, p. 42). I fattori ambientali sono esterni all'individuo e possono influenzare positivamente o negativamente la sua partecipazione sociale, le sue capacità di eseguire le comuni attività della vita quotidiana, le sue strutture e funzioni del corpo: si pensi, ad esempio, all'apporto degli ausili sulla funzione motoria di un individuo che ha un deficit nelle strutture del corpo complicate nel movimento (Lascioli & Pasqualotto, 2021, p. 157).

La Classificazione ICF ed il modello biopsicosociale di analisi del funzionamento umano che la caratterizza si stanno diffondendo in ambito sanitario e sociale: anche il Piano di indirizzo sulla Riabilitazione (Accordo Stato-Regioni 10/02/2011) adotta come riferimento scientifico la Classificazione ICF, in quanto introduce

*una metodologia di analisi e definizione della Persona con disabilità atta a costruire un profilo di funzionamento basato sul modello bio-psico-sociale, dove la finalità dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute", in un'ottica che vede la Persona con disabilità non più come "malato", ma come "Persona avente diritti" (Ministero della Salute, 2011, p. XXI).*

Per tali ragioni, qui riportate in modo sintetico, il gruppo di ricerca ha ritenuto di sviluppare strumenti di assessment e di valutazione degli outcome su base ICF.

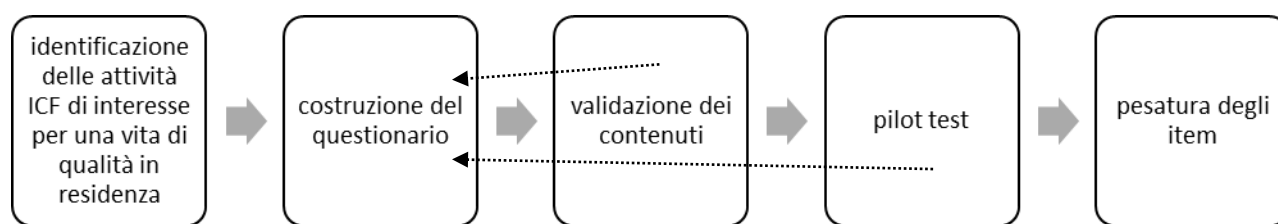


Figura 1 - Processo di definizione del questionario ICF-VR

## Gli strumenti ICF-VR

A livello internazionale, l'utilizzo dell'ICF per la valutazione delle persone anziane istituzionalizzate è ancora poco diffuso. Si può menzionare al riguardo il lavoro di un gruppo di ricerca polacco che, attraverso il metodo del consenso, ha sviluppato un core set di 20 item per valutare l'ambiente di vita delle persone anziane (Ćwirlej-Sozańska, Sozański, Wilmowska-Pietruszyńska, Kizowska-Lepiejza, & Wiśniowska-Szurlej, 2022). Un'esperienza precedente è documentata in Gran Bretagna (Abdi, Spann, Borilovic, De Witte, & Hawley, 2019). Questi lavori, tuttavia, mancano di considerare l'impatto che l'ambiente ha sui livelli di attività e partecipazione delle persone, come richiederebbe il modello biopsicosociale dell'ICF. Più completa risulta essere una ricerca svolta ad Hong Kong che ha coinvolto 299 anziani fragili residenti in istituto, che ha valutato tramite l'ICF le conseguenze psicosomatiche della diffusa restrizione della partecipazione sociale (Liu, 2017). Non sono state rinvenute in letteratura esperienze italiane al riguardo.

L'interesse del nostro gruppo di ricerca è stato quello di definire uno strumento che consentisse di valutare i livelli di attività e partecipazione della popolazione target accolta nelle residenze sociosanitarie e socio-assistenziali, ricavando da tale *assessment* evidenze su cui orientare l'intervento educativo ed assistenziale, potendone valutare gli

esiti a distanza di tempo. Lo strumento è stato definito ICF-VR (Vita Residenziale) ed è reso disponibile gratuitamente sul sito [www.icf-anziani.it](http://www.icf-anziani.it), nella sezione Strumenti.

### Metodologia

Il processo di definizione del questionario ICF-VR è stato svolto secondo le linee guida internazionali (Bickenbach, Cieza, Rauch, & Stucki, 2012) e si è sviluppato secondo i passaggi illustrati nella Figura 1. **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** Il primo step è stato descritto in precedenza. La costruzione del questionario ha avuto un andamento ciclico, finalizzato ad individuare gli item necessari e sufficienti per gli scopi dello strumento, in modo da accompagnare l'utilità dello strumento alla sua utilizzabilità. Attraverso questo processo sono stati scelti i seguenti item:

- Dominio 1 - Apprendimento e applicazione delle conoscenze (attività mentali): 10 item.
- Dominio 2 - Compiti e richieste generali (autogestione e autoorganizzazione): 3 item.
- Dominio 3 - Comunicazione: 5 item.
- Dominio 4 - Mobilità (motricità e prassie, mobilità nell'ambiente di vita e all'esterno): 7 item.
- Dominio 5 - Cura di sé (alimentazione, igiene, sicurezza): 8 item.
- Dominio 6 - Vita domestica: 2 item.

- Dominio 7 - Interazioni e relazioni interpersonali: 5 item.
- Dominio 8 - Aree di vita principali (attività occupazionali): 1 item.
- Dominio 9 - Vita sociale, civile e di comunità (inclusione sociale): 2 item.

Inoltre, sono stati selezionati 23 fattori ambientali e 22 fattori personali, che possono influire sulle attività come facilitatori e barriere. Sulla scelta di considerare nella valutazione i fattori personali si rinvia allo studio di Geyh e collaboratori (2019). La versione preliminare del questionario è stata sperimentata da 3 membri del gruppo di ricerca, operanti negli istituti per persone anziane o con disabilità complesse (pilot test).

Lo step successivo è stato particolarmente delicato, poiché si è trattato di dare un diverso peso agli item in riferimento alle 5 dimensioni definite nei paragrafi 2 e 3. Per questa fase è stato utilizzato il Metodo Delphi (Pill, 1971; Rowe, Wright, & Bolger, 1991).

Il processo è iniziato a gennaio 2023 e si è concluso con la presentazione del questionario ICF-VR in occasione del Congresso di Psicogeriatria, ad aprile 2023. Attualmente è in corso una sperimentazione più ampia, che potrà convalidare l'attuale versione del questionario o suggerirne il miglioramento in vista di una maggiore utilità per la definizione di progetti ed interventi orientati alla qualità della vita in istituto.

### L'elaborazione dei dati

I dati raccolti con il questionario ICF-VR possono essere elaborati sul portale *open access* [www.icfapplicazioni.it](http://www.icfapplicazioni.it) dell'Università di Verona. L'elaborazione consente di incrociare i dati delle diverse componenti ICF, in particolare i livelli di Attività e Partecipazione con i Fattori Ambientali e Personali, restituendo prodotti grafici di immediata lettura; innanzitutto, il Profilo Biopsicosociale di Funzionamento (BPF), nel quale i colori illustrano punti di forza (verde) e diversi li-

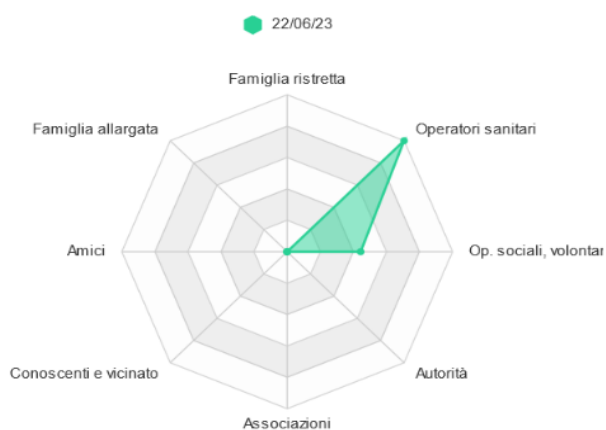
### Attività e Partecipazione

Sintesi delle aree di vita	Perf	Cap	Analisi delle aree di vita													
Apprendimento e applicazione delle conoscenze	D1		d110	d115	d155	d160	d166	d170	d172	d175						
			0	0	0	0	1	2	1	2	1	3	0	0	0	2
			d177	d179												
			1	2	3	3										
Compiti e richieste generali	D2		d210	d230	d240											
			1	3	1	3	2	3								
Comunicazione	D3		d310	d315	d330	d335	d360									
			1	1	1	1	1	4	4							
Mobilità	D4		d410	d415	d440	d450	d455	d460	d465							
			1	1	1	1	2	2	4	4	4	4	9	9		
Cura della propria persona	D5		d510	d530	d540	d550	d560	d5701	d5702	d598						
			0	4	0	3	0	3	1	2	0	1	2	4	0	3
Vita domestica	D6		d650	d660												
			0	4	2	2										
Interazioni e relazioni interpersonali	D7		d710	d7203	d730	d760	d770									
			1	2	2	3	2	3	1	1	9	9				
Aree di vita principali	D8		d855													
			4	4												
Vita sociale, civile e di comunità	D9		d920	d930												
			0	2	0	4										

Figura 2 - sezione del PBF: Attività e Partecipazione



Rete di supporto



Fattori contestuali (numerosità rilevata)

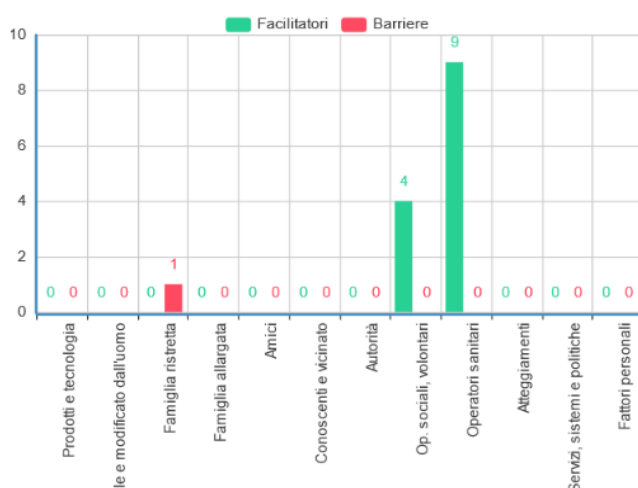


Figura 3 - sezione del PBF: Fattori Contestuali

velli di difficoltà (giallo e rosso) (Figura 2).

Il software utilizzato per generare il PBF offre anche un'elaborazione dei fattori contestuali attraverso la produzione di due distinti grafici (Figura 3). Il primo, denominato *Rete di supporto*, evidenzia quali sono gli attori coinvolti nelle diverse attività della vita quotidiana della persona anziana/con disabilità e qual è il loro apporto. La persona si trova al centro del grafico a radar e le parti colorate rappresentano l'intensità del sostegno offerto da ognuno dei diversi attori della Rete di supporto. Il secondo grafico rappresenta i Fattori contestuali (personali e ambientali) che, in base alle rilevazioni effettuate con il questionario ICF-VR, stanno operando nel ruolo di facilitatori (di colore verde) o di barriere (di colore rosso) nelle

diverse attività.

Il PBF si completa con il "Profilo sanitario", che offre una rappresentazione grafica delle Funzioni e Strutture del corpo valutate come deficitarie.

Una diversa funzione di elaborazione, definita "Progetto", facilita la traduzione dei dati raccolti con l'osservazione in obiettivi significativi per la persona accolta in istituto. Alla base dell'elaborazione vi è il modello delle cinque dimensioni illustrate nel paragrafo 2, che sono riprodotte in forma grafica dal software di elaborazione come esemplificato nella Figura 4. L'algoritmo di elaborazione del grafico è stato definito sulla base della "pesatura" degli item del questionario, cui si è fatto cenno nel paragrafo *Metodologia*.

DIMENSIONI DELLA VITA DI QUALITA' IN RESIDENZA



Figura 4 - Analisi della qualità della vita nelle 5 dimensioni

## La definizione degli interventi

Il gruppo di ricerca si è dedicato successivamente all'individuazione delle tipologie di interventi da mettere in atto per sviluppare le dimensioni che dall'*assessment* risultano carenti. Il risultato di questo lavoro è riportato di seguito.

<b>1. AUTODETERMINAZIONE</b>	
1.1	Sostenere l'autodeterminazione della persona in relazione ai <i>bisogni di base</i> attraverso: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) la scelta degli indumenti da indossare;</li> <li>b) la scelta di come personalizzare la propria camera;</li> <li>c) la scelta delle opzioni nel menù quotidiano (salvo condizioni cliniche particolari).</li> </ol>
1.2	Sostenere l'autodeterminazione della persona in relazione ai <i>bisogni psicologici</i> attraverso: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) la scelta di dissentire o esprimere preferenze sulle routine organizzative del Servizio;</li> <li>b) la scelta di contribuire alla stesura dell'offerta educativa (PI);</li> <li>c) la scelta, esplicita o non esplicita, di partecipare ai vari momenti della proposta educativa in relazione al proprio stato d'animo/emotivo del momento.</li> </ol>
1.3	Soddisfare, secondo le preferenze della persona, <i>bisogni cognitivi</i> quali: leggere, guardare la televisione, ascoltare musica, esercitare l'attenzione, la memoria, la creatività e il ragionamento, anche con attività ludiche.
1.4	Sostenere l'autodeterminazione in relazione ai <i>bisogni di prossimità/intimità</i> attraverso: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) l'identificazione di spazi e momenti in cui la persona possa vivere liberamente l'esperienza di stare da sola o con gli altri;</li> <li>b) la strutturazione di momenti di ascolto all'interno dei quali condividere e rielaborare i vissuti emozionali della relazione con gli altri.</li> </ol>
<b>2. COMUNICAZIONE</b>	
2.1	a) modulare lo scambio comunicativo/relazionale, verbale e non verbale, affinché sia comprensibile alla persona;
2.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) incentivare e sostenere l'espressione verbale, non verbale e scritta della persona;</li> <li>b) accogliere i comportamenti speciali della persona analizzandoli /leggendoli come forma di espressione;</li> <li>c) creare frequenti occasioni di condivisione;</li> </ol>
2.3	a) sostenere la comunicazione della persona con ogni strumento o ausilio possibile (valorizzare i supporti visivi, le registrazioni, i video, gli oggetti concreti per sostenere in modo strutturato l'emersione dell'espressione di sé).
<b>3. RELAZIONE E INCLUSIONE SOCIALE</b>	
3.1	a) curare le modalità relazionali della persona con gli altri, in modo che siano accettabili dagli altri ed adeguate al contesto;

3.2	<p>a) creare frequenti occasioni di condivisione con i famigliari, anche con l'utilizzo di tecnologie di comunicazione (es. videochiamate);</p> <p>b) predisporre un ambiente che sia intimo ed accogliente per la relazione con i famigliari;</p>
3.3	<p>a) favorire la conoscenza con tutte le persone che accedono al servizio, inclusi i caregiver di altri ospiti ed i volontari, in modo da mantenere una rete relazionale ampia;</p> <p>b) promuovere relazioni con persone che non accedono alla struttura, come vecchi amici e conoscenti, anche con l'utilizzo di tecnologie di comunicazione (es. videochiamate);</p>
3.4	<p>a) favorire le relazioni intime, sentimentali e sessuali, se la persona ne manifesta il desiderio (cfr azione 1.4);</p>
3.5	<p>a) creare occasioni di inclusione nei vari contesti e comunità di vita (es. uscite sul territorio, visite mostre/musei, cinema);</p> <p>b) coinvolgere la persona in attività varie, anche attraverso i famigliari e le associazioni del territorio, anche in compiti di utilità sociale.</p>
<b>4. BENESSERE FISICO</b>	
4.1	<p>a) Supervisionare le attività assistenziali affinché assicurino alla persona il massimo benessere possibile (pulizia, bisogni corporali, abbigliamento, alimentazione, forma fisica, sicurezza e salute);</p> <p>b) strutturare delle routine affinché la persona entri nel ritmo della cura di sé anche quando non ci pensa o se tenderebbe ad essere pigra;</p> <p>c) favorire l'esperienza del sé corporeo in relazione alla sessualità, qualora la persona ne manifesti il desiderio e/o il bisogno;</p>
4.2	<p>a) proporre attività che permettano alla persona di fare esperienza piacevole della propria corporeità, attraverso l'assunzione di diverse posture e movimenti del corpo;</p>
4.3	<p>a) favorire la mobilità, possibilmente al di fuori della struttura, a piedi o con l'aiuto di ausili.</p>
<b>5. BENESSERE EMOTIVO E SPIRITUALE</b>	
5.1	<p>a) Sostenere la persona nella personalizzazione degli spazi della propria intimità, a partire dalla camera;</p> <p>b) incentivare la persona a prendersi cura di altri ospiti, oggetti della struttura ed eventuali animali domestici;</p>
5.2	<p>a) individuare e proporre attività che valorizzano la persona, anche in contesti non istituzionali, tra cui l'apprendimento di nuove abilità (es. uso del cellulare, giochi, etc.), l'esercizio della manualità fine e lo svolgimento di attività occupazionali significative;</p>
5.3	<p>a) curare la routine della struttura in modo che la persona possa adattarsi al meglio possibile e partecipare positivamente alle diverse attività;</p>

5.4	a) sostenere la persona nella gestione delle proprie emozioni, attraverso attività di counselling psicoeducativo e/o una strutturazione favorente del contesto ambientale;
5.5	a) organizzare occasioni in cui la persona possa soddisfare i propri bisogni spirituali (es. partecipazione alle celebrazioni religiose, visita ai propri defunti in cimitero, etc.); b) disporre ambienti adeguati alla pratica spirituale;
5.5	a) curare l'accompagnamento al fine vita, es. attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il libero accesso ai familiari (es. anche di notte),</li> <li>• l'attivazione di pratiche legate al culto della persona (es. estrema unzione),</li> <li>• la creazione di un ambiente idoneo al percorso (con stimoli sensoriali e vicinanza).</li> </ul>

Va specificato che gli interventi sono da declinare in modo personalizzato ed in considerazione del contesto. Tuttavia, l'elencazione fornisce una guida utile ad illustrare lo specifico lavoro che l'educatore professionale può fare nelle strutture residenziali per persone anziane o con disabilità complesse.

## Conclusioni

Il gruppo di ricerca sugli strumenti di valutazione degli outcome del lavoro educativo, a favore di persone anziane o con disabilità complesse accolte in istituto, ha prodotto un questionario su base ICF che prende in considerazione elementi di qualità della vita che non dipendono direttamente alle condizioni di salute ma da diversi "funzionamenti", cioè da quello che la persona può fare entro un contesto che offre svariate tipologie di supporti.

I dati raccolti con il questionario ICF-VR sono elaborati automaticamente e restituiscono un profilo biopsicosociale della persona valutata che consente di individuare facilmente le aree di funzionamento defici-

tarie, su cui intervenire in modo mirato dal versante sanitario, riabilitativo, assistenziale, educativo. Si auspica che gli strumenti ICF-VR vengano utilizzati dalle equipe multiprofessionali a supporto di un lavoro sinergico, attento alla persona e finalizzato a quegli elementi di valore che qualificano la dignità della vita, focus ineludibile dell'interesse educativo, anche quando le condizioni di salute sono particolarmente compromesse.

La sfida della valutazione di efficacia degli interventi può essere vinta in modo metodologicamente corretto attraverso la reiterazione del questionario a distanza di tempo: il sistema di elaborazione dei dati, infatti, consente una comparazione automatica, con evidenza delle variazioni intervenute. In questa prospettiva, la valutazione degli outcome concorre a legittimare la necessità di un lavoro educativo per le persone che, per motivi diversi, vivono l'ultima parte della loro esistenza in residenze sociosanitarie o socioassistenziali.

## Riferimenti bibliografici

- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., De Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC geriatrics*, 19(1), 195-. doi:10.1186/s12877-019-1189-9
- Bennett, M., Treuer, K., McCabe, M. P., Beattie, E., Karantzas, G., Mellor, D., . . . Byers, J. (2020). Resident perceptions of opportunity for communication and contribution to care planning in residential aged care. *International Journal of Older People Nursing*, 15(1). doi:10.1111/opn.12276
- Bickenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., & Stucki, G. (A cura di). (2012). *Core Set ICF. Manuale per la pratica clinica*. Firenze: Giunti OS.
- Boyle, G. (2008). Autonomy in Long-Term Care: a Need, a Right or a Luxury? *Disability & Society*, 23(4), 299–310. doi:10.1080/09687590802038795
- Bruni, E., Luppi, E., & Ricci, A. (2022). Prendersi cura degli anziani fragili e non autosufficienti: una rassegna sistematica sull'efficacia delle strategie educativo-animative per la qualità della vita delle persone con demenza e dei caregiver. *MeTis*, 12(1), 196-218.
- Cook, C. M., Schouten, V., & Henrickson, M. (2018). Ethical Underpinnings of Sexuality Policies in Aged Care: Centralising Dignity. *Ethics and Social Welfare*, 12(3), 272–290. doi:10.1080/17496535.2018.1512642
- Ćwirlej-Sozańska, A., Sozański, B., Wilmowska-Pietruszyńska, A., Kizowska-Lepiejza, B., & Wiśniowska-Szurlej, A. (2022). Development of the Polish Version of the ICF Core Set for the Environment of Older People. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16341-.
- Geyh, S., Schwegler, U., Peter, C., & Müller, R. (2019). Representing and organizing information to describe the lived experience of health from a personal factors perspective in the light of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a discussion paper. *Disability and Rehabilitation*, 41(14), 1727-1738.
- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali*. Torino: Einaudi.
- Koren, C. (2022). Residents' Autonomy in Long-Term Care Facilities: The Case of Shared Decision-Making in Medication Management – When, for Whom, and How Important Is It? *International Psychogeriatrics*, 34(10), 871–874. doi:10.1017/S1041610222000497
- Lascioli, A., & Pasqualotto, L. (2021). *Progetto individuale, vita adulta e disabilità. Prospettive e strumenti su base ICF*. Roma: Carocci.
- Leroi, I., Himmelsbach, I., Wolski, L., Littlejohn, J., Jury, F., Parker, A., . . . Thodi, C. (2019). Assessing and managing concurrent hearing, vision and cognitive impairments in older people: An international perspective from healthcare professionals. *Age and Ageing*, 48(4), 580-587. doi:10.1093/ageing/afy183
- Liu, J. Y. (2017). The severity and associated factors of participation restriction among community-dwelling frail older people: an application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO-ICF). *BMC Geriatr*, 17(1), 43-.
- Lubkina, V., Usca, S., & Kaupuzs, A. (A cura di). (2013). *Education and quality of life in senior citizens*. Castelló de la Plana, Espanya: Universitat Jaume I.
- Ministero della Salute. (2011). La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. *Quaderni del Ministero della Salute*.
- OMS. (2002). *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson.
- OMS. (2007). *ICF-CY. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - Versione per bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.
- Pasqualotto, L. (2014). *La valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato. Prospettive e strumenti per educatori e operatori dei Servizi per la Disabilità Adulta*. Trento: Erickson.
- Pasqualotto, L. (2018). La centralità della valutazione nell'educazione professionale. In F. Crisafulli (A cura di), *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale. Modelli e strumenti di un'attività chiave nei contesti socio-sanitari* (p. 19-32). Rimini: Maggioli.
- Pill, J. (1971). The Delphi method: substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio-economic planning sciences*, 5(1), 57-71.

- Plys, E., & Qualls, S. H. (2020). Sense of Community and Its Relationship with Psychological Well-Being in Assisted Living. *Aging & mental health, 24*(10), 1645–1653. doi:10.1080/13607863.2019.1647133
- Queirós, A., Cerqueira, M., Martins, A. I., Silva, A. G., Teixeira, A., & Pacheco Rocha, N. (2014). ICF Inspired Personas to Improve Development for Usability and Accessibility in Ambient Assisted Living. *Procedia Computer Science*(27), 409-418.
- Rowe, G., Wright, G., & Bolger, F. (1991). Delphi: a re-evaluation of research and theory. *Technological Forecasting and Social Change, 39*(3), 235-251.
- WHOQOL. (1995). The world health organization quality of life assessment. *Social science and medicine, 41*(10).