

## Luisa Lomazzi, Rita Pezzati e Carla Sargenti Berthouzo

Le autrici sono attive presso il Centro competenze anziani del Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale.

Luisa Lomazzi è Professoressa SUPSI in management e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari e sociologia delle organizzazioni.

Rita Pezzati è Professoressa SUPSI in psicologia dell'invecchiamento, psicologa e psicoterapista.

Carla Sargenti Berthouzo è docente-ricercatrice e responsabile del Diploma of Advanced Studies in Gerontologia e geriatria della SUPSI, e infermiera specialista clinico.

# Uno sguardo dal Centro competenze anziani

**L'interprofessionalità rappresenta la modalità imprescindibile per rispondere alla complessità del contesto geriatrico; ma tanto è imprescindibile, quanto è difficile realizzarla appieno, dato che esige un profondo cambiamento culturale, un forte impiego di risorse, di tempi e di energie a livello organizzativo e relazionale. Determinante risulta dunque l'adesione consapevole e decisa dei vertici istituzionali. L'adozione del modello "Progetti di Vita" in una casa per anziani, qui presentato, ha permesso di sperimentare con successo un agire interprofessionale innovativo.**

## L'interprofessionalità nell'invecchiamento e in ambito geriatrico

Gerontologia e geriatria necessitano per loro natura di un approccio multidimensionale, caratterizzato da uno sguardo globale sul percorso e la Qualità di Vita (QdV) delle persone anziane. Queste discipline si confrontano spesso con un processo di invecchiamento contraddistinto da stati polipatologici cronico-degenerativi, perdita di riserve fisiologiche e funzionali legate all'età e alla fragilizzazione, e un'interazione complessa in condizioni acute. In queste situazioni, in cui vige la multifattorialità eziologica e l'impossibilità di ottenere una "restitutio ad integrum"<sup>[1]</sup>, i professionisti della cura sono confrontati con la frustrazione dell'impossibilità di guarigione, l'impotenza di fronte al declino, la presenza ineluttabile della morte e la fatica dell'accompagnamento alle problematiche esistenziali. Nonostante queste caratteristiche, il lavoro con le persone anziane, quando orientato alla valorizzazione delle risorse intrinseche e della componente socio-relazionale individuale, attiva la progettualità costitutiva di ciascuna persona generando gratificazione e benessere.

In questo senso la collaborazione interprofessionale rappresenta l'opzione principe per garantire nei contesti geriatrici una buona qualità di vita e di lavoro, tanto alle persone anziane quanto ai professionisti che operano nel settore, promuovendo una visione d'insieme a livello clinico ed esistenziale.

La letteratura sottolinea l'importanza del lavoro interprofessionale in sanità per garantire cure efficaci ed efficienti, adeguate alle necessità e richieste attuali, migliorando inoltre la soddisfazione lavorativa dei gruppi professionali coinvolti.<sup>[2] [3]</sup>

In ambito geriatrico sembra essere condivisa la concezione di base secondo cui l'interprofessionalità prevede processi e modalità di comunicazione e di organizzazione del lavoro che permettono ai professionisti di culture e pratiche differenti uno scambio e la messa in comune di conoscenze, informazioni, opinioni, vissuti, volti ad analizzare e comprendere tutte le situazioni professionali alle quali ognuno è suscettibile di essere confrontato.<sup>[4]</sup> Uno sviluppo interessante viene da Couturier<sup>[5]</sup>, che riconosce nell'interprofessionalità un forte elemento di trasformazione delle discipline, considerando "l'inter" come lo spazio dinamico di transizione che si modifica attraverso l'implicazione con l'altro e grazie all'influenza degli altri in una relazione di reciprocità. Questa trasformazione avviene in uno spazio d'incontro generativo in cui si superano le dinamiche di squilibrio e incertezza iniziali. L'interprofessionalità permette così di ampliare l'accoglienza delle differenze, consente a tutti di costruire insieme l'obiettivo da raggiungere, che integra tutti i saperi e gli sguardi, a partire da quello della persona anziana, verso un "meticciato" dove l'incontro della differenza provoca una trasformazione di sé e dell'altro. Il carattere federatore dell'interprofessionalità costituisce in geriatria un potente fattore di motivazione e di prevenzione del *burnout*.<sup>[4]</sup>

[1] De Marinis M.G. & De Marinis M.C. (2013). L'interprofessionalità come risposta unitaria e globale ai problemi di salute: obiettivi, metodologie e contesti formativi. *Medicina e Chirurgia*, 58, 2586-2591.

[2] Bilodeau, K., Dubois, S. & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113(2), 43-50.

[3] Ufficio federale della sanità pubblica – UFSP (2017). *Programma di promozione "Interprofessionalità nel settore sanitario 2017-2020", parte 1, Ricerca*. Disponibile da: [www.admin.ch](http://www.admin.ch)

[4] Mourey, F. & Outata, S. (2005). Contexte et concept. (SUPSI trad.). In: Aubert, M., Manière, D., Mourey, F. & Outata, S. *Interprofessionnalité en gérontologie*. Toulouse: ÉRÈS, 17-28.

[5] Couturier, Y. (2009). Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 23-33.

## Interprofessionalità e Progetti di Vita in una Casa per Anziani ticinese

Scegliamo di presentare l'esperienza dei Progetti di Vita (PdV) in una Casa per Anziani (CpA) ticinese, in quanto rappresenta un innovativo esempio di percorso evolutivo verso un ampio e consolidato agire interprofessionale.<sup>[6]</sup>

Per comprendere appieno il valore dei PdV nelle CpA, occorre soffermarsi su alcune peculiarità che li caratterizzano:

- sono servizi finalizzati a promuovere la Qualità di Vita (QdV) di ogni residente nel corso dell'intera permanenza, indipendentemente dalle difficoltà di ciascuno;
- rappresentano un "contesto di vita costrittivo", fin dalla scelta di entrarci, causata perlopiù dalla fragilizzazione della salute, dalle risorse mobilizzabili, dalla presenza e partecipazione della rete familiare e sociale, nonché dall'insostenibilità delle soluzioni domiciliari. Questo impatto con la struttura, imposto o a cui ci si rassegni, condiziona la possibilità, almeno nell'immediato, di immaginare e sviluppare elementi di QdV.

Queste caratteristiche rimandano all'individualità delle aspettative e dei bisogni, come pure ai diversi modi di vivere lo spazio e la coabitazione con altri residenti, non conosciuti né tantomeno scelti. Nei contesti residenziali è dunque gioco forza occuparsi di QdV a partire dal punto di vista soggettivo della persona.

La QdV è definita come "la percezione che l'individuo ha del suo posto nell'esistenza, nel contesto culturale e valoriale nel quale vive, in relazione con i suoi obiettivi, aspettative, norme e inquietudini".<sup>[7]</sup> Ciò aggiunge complessità e spessore a questo concetto, introducendo un importante cambiamento di prospettiva:

- nella legittimazione della percezione della persona, nell'espressione dei suoi pareri, valutazioni e aspettative e nel poter decidere autonomamente o, perlomeno, partecipare alle scelte che la riguardano;
- nel mettere in risalto, come fattore essenziale per la *mission* istituzionale, l'importanza del favorire l'espressione del Sé. Ciò si sostanzia nell'esigenza della personalizzazione, pietra angolare della QdV;
- nell'integrare a pieno titolo le aspettative della persona e non solo i suoi bisogni, nel percorso di accompagnamento in CpA.



*"In sintesi, il progetto di vita è uno strumento di progressione, un motore di pratiche omogenee e garante dei valori di un'istituzione. Parallelamente, costituisce una referenza per delle pratiche professionali condivise o specifiche (ma da tutti conosciute) alle quali si riferiscono tutti gli operatori, collaboratori e organi direzionali della CpA. Rappresenta un vero strumento di management per le équipes".<sup>[8]</sup>*

La denominazione "Progetto di Vita" si connota dunque per l'approccio alla co-costruzione sulla base di una pari dignità e coinvolgimento attivo di utenti e operatori, a partire dalle aspettative della persona residente. Quindi globalmente funge da:

- strumento di evoluzione nella cura e nell'accompagnamento delle persone;
- motore di pratiche omogenee;
- garante di sensibilità etica;
- fattore di garanzia dell'attuazione nella pratica quotidiana dei valori di riferimento dell'istituzione.

Parallelamente si inserisce come:

- riferimento delle pratiche professionali condivise o specifiche, ma comuni a tutti, alle quali possono riferirsi tutte le équipes ed i gruppi costitutivi l'organizzazione, a partire dalla direzione;
- uno degli strumenti portanti di management delle équipes.

Il "Progetto di Vita" è quindi un portatore di senso nelle pratiche, ancor prima di essere un sistema di riferimento delle buone pratiche.

[6] Lomazzi, L., Pezzati, R. & Sargenti, C. (2015). *Qui io esisto: progetti di vita al Paganini Rê*. Melano: In Proprio.

[7] AA.VV. (1993). Study protocol for the WHO project to develop a quality of life assessment instrument. (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2). 153-159.

[8] Vercauteren, R., Hervy, B. & Schaff, J.L. (2011). *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées*. (SUPSI trad.). Toulouse: ÉRES.

L'adozione dei PdV presso la CpA Paganini Ré di Bellinzona, ha consentito ai collaboratori di migliorare l'appropriatezza nelle attività del prendersi cura, di dare sostegno adeguato alla persona durante l'intero ciclo evolutivo, esercitando costantemente l'ascolto e il confronto tra *équipe* curanti, personale di riabilitazione, animazione e dei servizi alberghieri, con i residenti, le famiglie e le persone significative. Ha consentito inoltre agli operatori di allenarsi a "pensare diversamente" e a "pensare oltre" ciò che si crede di conoscere, ciò che si dà per scontato, predisponendo ambienti e occasioni che possano far sperimentare ai residenti situazioni diverse, facendo loro scoprire e coltivare potenzialità possibili. Ha favorito infine la generazione di un clima interpersonale in cui la relazione sostiene l'emergere dell'espressione di "se stessi" in modo multidirezionale e naturale.

Questo spirito di rilancio continuo ha permesso ai curanti il superamento del pericolo di coazione a ripetere soluzioni, che si sono rivelate vincenti in un certo momento, non riconoscendo di fatto, nell'agire quotidiano, l'evoluzione trasformativa dell'espressione dell'identità di ciascuno. Concretamente significa poter essere facilitati a far emergere ed esprimere esigenze, desideri e punti di vista in continua maturazione/mutazione, caratterizzanti l'essere vivi.

Questo modello poggia infine sul principio di corresponsabilità, cioè del sentirsi tutti direttamente responsabili dell'attuazione del PdV, nel rispetto dei ruoli e delle funzioni di ciascuno.

La "novità" di questo concetto risiede nel ricomporre e riorganizzare, senza modificare o influenzare la dimensione gerarchica e dei diversi ruoli, il senso del "tutti responsabili". È una sfida che richiede di rompere gli schemi di appartenenza (al singolo reparto, alla cucina, ecc., ma anche al gruppo infermieri, fisioterapisti, ecc.) per agire in una logica di *équipe* di Progetto di Vita.

Quindi, non solo integrazione dei saperi, ma una nuova modalità di padroneggiare e vivere ciascuno il proprio ruolo, che implica, oltre alla responsabilità individuale e professionale, una corresponsabilità in merito alla qualità di vita delle persone residenti, valorizzando anche le proprie peculiarità e propensioni individuali. Infatti non solo le persone residenti hanno bisogno di personalizzazione per vivere al meglio, ma anche gli operatori, per sentirsi valorizzati, hanno bisogno di poter esprimere le proprie predisposizioni e risorse individuali.

In sintesi, l'entrare nell'ottica dell'adozione del modello "Progetto di Vita", porta a un diverso modo di pensare e vivere l'interprofessionalità che

vede progressivamente l'integrazione delle diverse *équipe*, gruppi e servizi in una virtuale fusione, fino al riconoscersi, con i dovuti ritmi e tempi, in una sola identità ed in una direzione definita e interiorizzata che rende concreti, tangibili e riconoscibili i valori istituzionali di riferimento.

Gli esiti della valutazione dell'esperienza con i collaboratori, ci rimandano persone che, all'interno di questo modello, hanno sperimentato in modo più profondo il senso e il valore del lavorare insieme. Sono infatti emersi:

- una migliorata interazione tra colleghi (all'interno della medesima *équipe*, tra curanti, con i colleghi dell'area riabilitativo-animativa e con quelli dei servizi alberghieri);
- il riconoscimento del valore e dell'apporto delle diverse professionalità;
- la capacità di guardare in modo più "fine" alla persona residente;
- un'elevata motivazione dei collaboratori;
- passione, creatività e gratificazione.

*“ La 'novità' di questo concetto risiede nel ricomporre e riorganizzare, senza modificare o influenzare la dimensione gerarchica e dei diversi ruoli, il senso del 'tutti responsabili'. È una sfida che richiede di rompere gli schemi di appartenenza (...) per agire in una logica di *équipe* di Progetto di Vita. ”*

Concludendo, il modello "Progetti di Vita" richiede l'adozione di un approccio partecipativo e interprofessionale. Questa modalità valorizza la più elevata competenza di cura, comportando anche cambiamenti a livello di mentalità e "*Weltanschauung*" manageriale, a partire dal vertice dell'organizzazione. L'osservazione, l'ascolto, l'interazione e la comunicazione devono riguardare tutti (dal medico, ai curanti, al personale dei servizi alberghieri, al cappellano, alle famiglie, agli amici e ai volontari) nella fase di acquisizione della conoscenza più profonda e raffinata della persona anziana (desideri, sentimenti, argomenti tabù, ecc.) e nel dipanarsi della vita di tutti i giorni, per raggiungere obiettivi comuni di benessere e piacere.