



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Assistenza agli anziani

UN NUOVO PROFILO DI COMPETENZE



Questo report è stato sviluppato nell'ambito del partenariato Erasmus + Tenderness for life - 2018-1-IT01-KA202-006769¹, sotto la guida dell'Università di Tecnologia di Cipro.

Principali contributori:

CUT (Output leader) - Evridiki Papastavrou, Areti Efthymiou, Lygia Tsitsi, Maria Dimitriadou, Georgios Efstathiou

ANS – Licia Boccaletti, Sara Beccati

APROXIMAR - Joana Portugal, Maria Rosário Leitão, Ana Gomes, Cláudia Alves, Mariana Amor

HABILITAS - Ileana Codruta Cosmescu, Ioana Caciula, Rodica Caciula.

EASI – Elena Bianca Patlagica

MEH – Nicola Daley, Sara Lopez, Stacey Robinson, The Joseph Lappin Partnership and Age Concern Liverpool and Sefton

OMNIA – Jenni Nurmisto, Anna-Kaisa Nikkilä

1

Il contenuto del presente materiale rappresenta la responsabilità esclusiva degli autori e l'Agenzia nazionale o la Commissione europea non saranno ritenute responsabili del modo in cui il contenuto delle informazioni viene utilizzato

¹ Per saperne di più: <https://www.tender4life-project.org/>

Indice

Indice	2	
Introduzione	4	
Background e metodologia	6	
L' "anziano moderno" secondo i partecipanti anziani.....	6	
Identificazione delle caratteristiche del nuovo utente (entrambi i gruppi).....	7	
Cosa si attende da loro la società? (entrambi i gruppi).....	7	
Quali sono i bisogni delle persone anziane? (entrambi i gruppi).....	8	
Competenze degli operatori socio-sanitari (entrambi i gruppi).....	8	
Profilo di competenze	10	
Autonomia	11	
Qualità della vita.....	14	
Privacy	17	2
Competenze digitali.....	19	
Collaborazione e comunicazione.....	22	
Cura compassionevole.....	26	
Rispetto della dignità dell'utente	29	
Lo strumento di valutazione	32	
Metodologia.....	32	
Questionario di valutazione	34	
Processo di valutazione, autoriflessione e auto-consapevolezza	40	
Chi utilizzerà questo strumento?	42	
Istruzioni tecniche per l'uso dello strumento.....	43	
Bibliografia	46	

Introduzione

TENDERNESS FOR LIFE è un progetto europeo finanziato dal programma Erasmus+ KA2.

Il progetto mira a consentire agli operatori sanitari di implementare una serie di strumenti per migliorare la qualificazione professionale degli operatori di base che operano nell'assistenza agli anziani, nonché per aumentare le loro competenze, cosa che potrebbe influenzare direttamente la loro autostima, portandoli a livelli più alti di motivazione.

Una qualifica e una formazione adeguate portano a una migliore preparazione degli operatori assistenziali nell'affrontare le sfide poste oggi dal settore. Il modello da sviluppare mira ad essere un modello di formazione che combina l'approccio incentrato sulla persona a competenze tecniche (interpersonali, digitali) di alta qualità. Sarà innovativo in quanto fornirà nuovi curricula ed un apprendimento basato in contesto lavorativo ed esercitazioni pratiche, al posto dei piani formativi più tradizionali, caratterizzati da moduli prettamente teorici che spesso hanno condotto ad un disallineamento tra competenze e aspettative e, quindi, all'abbandono della professione e ad una instabilità di questo mercato del lavoro.

L'approccio di cura incentrato sulla persona è una filosofia, un modo di pensare e fare le cose, che vede l'utente e i servizi sociosanitari come equamente collaboranti nel pianificare, sviluppare e monitorare la cura, così da essere certi che essa incontri le esigenze dell'utente. Recenti ricerche dell'OMS indicano che l'approccio incentrato sulla persona sia associato a migliori esiti clinici e ad un migliore rapporto efficacia-costi, supportando in questo modo la sfida che l'UE sta affrontando rispetto alla tenuta dei propri sistemi di welfare per l'assistenza sociale e sanitaria. L'approccio di cura incentrato sulla persona, per esempio, sostiene la rilevanza del ruolo giocato dall'operatore rispetto ha rispetto alla salute e benessere di un utente anziano. L'uso di un approccio umanistico nell'offrire servizi agli anziani è visto come una soluzione strategica nell'affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione. Questo tipo di approccio umanistico vede l'utente come un "individuo unico", considerando nel processo decisionale la sua prospettiva e le sue volontà per mezzo del rispetto, della cortesia, della disponibilità, di una comunicazione onesta ecc. Inoltre, esso promuove un incremento della soddisfazione lavorativa e miglioramenti nell'efficacia dei servizi.

Il "Nuovo profilo professionale e strumento delle competenze degli operatori assistenziali per anziani" è il primo risultato del progetto. Include:

- Una sintesi² dei risultati dei focus group condotti con operatori assistenziali e persone anziane in tutti i paesi partner per esplorare il profilo degli anziani, i loro bisogni e le competenze che dovrebbero avere gli operatori che si occupano di loro;

² Il report complessivo è disponibile a questo indirizzo:

https://www.tender4life-project.org/uploads/1/2/3/6/123661942/io1_full_report.pdf

- La descrizione delle competenze identificate nei focus group, in termini di conoscenze, capacità e attitudini;
- Uno strumento di valutazione, che dà la possibilità agli operatori socio-sanitari di auto valutare il possesso delle competenze identificate.

Sintesi dei risultati dei focus group

Background e metodologia

- ▶ Tra Dicembre 2018 e Marzo 2019, sono stati organizzati dai membri del partenariato di Tenderness4life 18 focus group, per esplorare il profilo delle persone anziane, i loro bisogni e le competenze che gli operatori socio-sanitari dovrebbero avere per assisterle.
- ▶ In Italia, Portogallo, Finlandia, Romania, Regno Unito e Cipro sono stati organizzati 12 focus groups di persone anziane e 6 di operatori socio-sanitari. Nello specifico, hanno partecipato 69 persone anziane (dai 65 anni in su) e 41 operatori socio-sanitari (dai 25 anni in su).
- ▶ Ciascun partner aveva la responsabilità di organizzare i focus group nella propria nazione; tuttavia, l'intero partenariato ha seguito un unico protocollo di ricerca preparato dall'Università di Tecnologia di Cipro. Ciascun partner ha poi analizzato i dati emersi dai focus group, infine consegnandoli per un'ultima analisi complessiva all'Università di Tecnologia di Cipro. I risultati sono stati analizzati secondo il framework Krueger e Casey (2014).

6

L' "anziano moderno" secondo i partecipanti anziani

- ▶ I partecipanti hanno mostrato una vasta conoscenza e comprensione nella descrizione di sé stessi. Essi **rifiutano** l'etichetta di "**persone anziane**" per descrivere persone con età tra i **65-70 anni**, in quanto esprimono come **a questa età non vi siano specifici bisogni** (CY/IT). La maggior parte dei partecipanti (nel gruppo di anziani) ha descritto gli anziani con le seguenti caratteristiche:
- ▶ ' Ci sono **diversi tipi di anziani**: quelli che sono **totalmente indipendenti** e quelli che **necessitano di molto aiuto** e magari vivono in specifiche **strutture** (partecipante 2) FIN
- ▶ 'Credo che nel passato ci fosse solamente un concetto di "persona anziana" ma ora dipende prevalentemente **da come ti senti** piuttosto **che dalla tua età**' (partecipante 8) IT2

Identificazione delle caratteristiche del nuovo utente (entrambi i gruppi)

- ▶ **Un “pensionato moderno” - indipendente/ più autonomo:** interessato a lavorare – ad utilizzare la propria mente – a prendersi cura di sé stesso – prende decisioni autonomamente – più aperto mentalmente nelle relazioni – non si auto-emargina – **si prende cura degli altri membri della famiglia.**
- ▶ **Ha tempo libero per sé stesso:** per il relax, cucinare, fare i lavori domestici, prendersi cura dei nipoti, **prendersi cura della famiglia.**
- ▶ **Fa attività/ ha consapevolezza del proprio benessere fisico e della salute:** hobby (caccia, ginnastica, danza, corsi di artigianato, aerobica), lavori domestici. **3 partecipanti lavorano ancora e alcuni altri esprimono il bisogno di lavorare** per socializzare e per guadagnare denaro (ROM/CY), incontrano i loro amici per fare camminate o shopping.
- ▶ **È coinvolto in una vita sociale /fa volontariato:** interazioni sociali, viaggi, escursioni, incontri con gli amici.
- ▶ **Utilizza i social network/necessità di aiuto nell’uso delle ICT:** Facebook, internet, WhatsApp e Instagram.
- ▶ **È emotivamente vulnerabile:** cambiamenti di comportamento/cambiamenti di umore/ansia.
- ▶ **Si sente solo/Abbandonato**
- ▶ **Percepisce mancanza di rispetto e ageismo.**

7

Cosa si attende da loro la società? (entrambi i gruppi)

- ▶ **Fornire assistenza e supporto alla famiglia**
 - *‘Mia madre ha 98 anni e devo esserle a fianco’ (partecipante 3) ROM 1*
 - *‘Ci si aspetta che aiuti le generazioni più giovani, ad esempio che mi prenda cura dei nipoti’ IT2*
 - *‘Prendersi cura dei nipoti’ (partecipante 5) UK*
- ▶ **Guida morale/Rispetto:**
 - *‘Devo essere di buon esempio per i nostri figli’ (partecipante 3) ROM 1*

► **Rimanere attivo/Finanziariamente indipendente/Autonomo:**

- *'Essere indipendenti e prendersi cura di sé stessi' (partecipante 1) FIN*
- *'Rimanere attivo nella società' (partecipante 4) IT1*
- *'Curare i miei hobby' (partecipante 1) UK2*

► **Volontariato:**

- *'C'è l'aspettativa che le persone anziane facciano volontariato e inoltre ve n'è la necessità, ma le attuali opportunità di volontariato non sono adeguate a noi [per coloro che hanno ora 65/70 anni a confronto con coloro che sono over 80]' (partecipante 6) IT1*

► **Discriminazioni/Rifiuti/Ignoranza/Essere dimenticati:**

- *'Loro (la società) ti vedono come inferiore. Cosa ci può insegnare un uomo o una donna anziana?' (partecipante 3) CY1*
- *'Non essere un peso troppo grande per la società' (partecipante 5) FIN*
- *'Le persone anziane sono davvero discriminate e maltrattate' (partecipante 6) POR2*
- *'C'è sfiducia nei confronti degli anziani' (partecipante 1) ROM1*

8

Quali sono i bisogni delle persone anziane? (entrambi i gruppi)

- Svolgere le attività della vita quotidiana (igiene e cibo)
- Accedere ai servizi sociosanitari
- Comunicare / avere interazioni sociali
- Avere supporto emotivo e amore
- **Ricevere rispetto/Riconoscimento**

In aggiunta ai precedenti, gli anziani hanno inoltre menzionato:

- Trasporti
- Uso delle ICT

Competenze degli operatori sociosanitari (entrambi i gruppi)

- Competenze di base di cura e assistenza
- **Competenze comunicative – di ascolto attivo**
- Capacità di usare le TIC

- ▶ Umanità
- ▶ Pazienza
- ▶ Rispetto verso le persone anziane
- ▶ Empatia

Barriere e facilitatori per una buona qualità delle cure

	Barriere	Facilitatori
Persone anziane	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Operatori sociosanitari che non parlano la lingua locale ▶ La fretta 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Attitudini personali degli operatori sociosanitari ▶ Formazione
Operatori sociosanitari	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Operatori sociosanitari che non parlano la lingua locale ▶ Carenza di staff 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Avere esperienza ▶ Formazione

Profilo di competenze

Basandosi sugli esiti dei focus group condotti nelle diverse nazioni, questo capitolo include la descrizione degli elementi che dovrebbero dare forma ad un insieme di competenze di cura umanistica e ICT ideale per gli operatori assistenziali di persone anziane.

Sebbene i requisiti professionali per poter compiere questo lavoro siano vari nei paesi partner del progetto, abbiamo delineato un profilo per operatori collocato al terzo o quarto livello, in riferimento all'[European Qualification Framework](#).

Abbiamo identificato 7 aree di competenza, ciascuna descritta in termini di conoscenze, capacità e atteggiamenti secondo la tassonomia di apprendimento di Bloom, la quale è basata su tre aree di attività educative: cognitive, affettive e psicomotorie. La sfera cognitiva si relaziona alle capacità mentali (conoscenze), la sfera affettiva alla crescita emotiva (atteggiamenti), mentre il dominio psicomotorio riguarda le abilità manuali o fisiche (capacità)³.

In virtù della limitata durata e scopo della formazione del progetto Tenderness for Life, non tutte le aree inserite nel profilo ideale hanno potuto essere affrontate in questo contesto. Per tale motivo, come appendice del curriculum formativo sviluppato nell'IO2, elenchiamo quali delle competenze descritte in questo documento sono state inserite come risultati di apprendimento del curriculum di Tenderness for Life.

³ Winterton, J., Delamare-Le Deist, F., & Stringfellow, E. (2006). Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Autonomia

Definizione

Autonomia in greco significa "auto-regola" ed è fondamentalmente un'altra parola per definire la libertà. Se hai autonomia, sei in grado di fare le tue scelte e andare nella tua direzione.

Tuttavia, in un contesto di cura, l'autonomia è un concetto importante in relazione alla capacità degli utenti di poter prendere le proprie decisioni sul trattamento che ricevono, sul come e quando riceverlo e su chi dovrebbe assisterli.

L'autonomia dell'utente non implica che l'operatore assistenziali non spieghi e non si offra come guida all'utente affinché possa compiere scelte informate; tuttavia queste informazioni, consigli e linee guida dovrebbero essere forniti in modo che l'utente sia capace di comprendere le problematiche e le conseguenze delle scelte che fa e che sia in grado di porre domande rilevanti alle persone giuste e nel giusto momento.

Ciò implica che l'operatore ottenga il consenso informato dell'utente e quindi elabori un piano di cura concordato che verrà rivisto a intervalli regolari da entrambi.

"Il principio del rispetto dell'autonomia è di solito associato al consentire o mettere in grado i destinatari delle cure di prendere le proprie decisioni su quali interventi intendono o no ricevere"

L'autonomia di un utente fa riferimento al senso di auto-determinazione dello stesso, all'essere in grado di fare delle scelte riguardanti la direzione delle proprie azioni, inclusa la libertà di perseguirle.

Indicatori comportamentali chiave

Conoscenza (lui/lei ...)	1. Sa cos'è l'autonomia e i principi etici di base ad essa correlati.
	2. Sa come ricercare e valutare un feedback aperto da parte dei destinatari dell'assistenza durante lo sviluppo di piani di assistenza individuali.
	3. Comprende l'impatto delle capacità cognitive del destinatario dell'assistenza sulla sua capacità di prendere le proprie decisioni e la comprensione dei rischi che può correre.

	4. Sa come trovare soluzioni innovative al fine di incoraggiare e responsabilizzare a comprendere i loro bisogni di cura e quindi prendere decisioni informate sulla loro cura.
	5. Sa come gestire e dare priorità alle attività quotidiane e prendere le decisioni appropriate su quando, dove e chi è coinvolto nelle discussioni con i destinatari dell'assistenza in merito al loro trattamento in corso.
	6. Ha conoscenza delle capacità e delle preferenze personali dei destinatari dell'assistenza così da incoraggiare attività che promuovono l'autonomia.
	7. Ha conoscenza degli effetti dell'invecchiamento sul corpo umano e di come avrà un impatto sul loro utente per incoraggiare in modo sicuro la scelta e l'indipendenza nelle attività quotidiane.
	8. Ha conoscenze in psicologia / strategie motivazionali per incoraggiare i destinatari delle cure a partecipare al processo decisionale e alle attività quotidiane.
	9. Ha conoscenza delle tecnologie per aiutare i destinatari delle cure a fare scelte informate e facilitare la vita indipendente.
Capacità (lui/lei è capace di...)	1. Sviluppare un rapporto di sostegno e potenziamento con i destinatari dell'assistenza che consenta loro di fare scelte informate.
	2. Incoraggiare i destinatari delle cure a stabilire obiettivi personali e supportarli per raggiungerli.
	3. In grado di supportare i destinatari delle cure a pensare e agire in modo indipendente, oltre a adattarsi ai cambiamenti in atto nell'ordine della vita di tutti i giorni per ricevere le migliori cure.
	4. Educare i destinatari delle cure a capire come affrontare le battute d'arresto e i fallimenti personali, apprendendo e crescendo da tali esperienze.
	5. Consentire ai destinatari dell'assistenza di essere adattabili e imparare a gestire varie situazioni.
	6. Supportare i destinatari delle cure ad essere coinvolti nelle loro cure.
	7. Dare strumenti agli utenti per riconoscere propri cambiamenti di salute.
	1. Incoraggiante/potenziante

Atteggiamenti (lui/lei è...)	2. Deciso/a
	3. Creativo/a
	4. Flessibile
	5. Si adatta al cambiamento dei bisogni dell'utente
	6. Assertivo/a
	7. Ha una visione della cura incentrata sull'utente

Fonti

1. Association of Social Anthropologists ethics guidance. Found at: www.theasa.org/ethics/guidelines.htm
2. Blaxter L., Hughes C., & Tight M. (2001) 2nd edition. How to research. Chapter 6: 153-191. Buckingham: Open University Press.
3. British Education Research Association guidance. Found at: <http://www.bera.ac.uk/publications/>
4. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, McCaffery K. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. *J Gen Intern Med.* 2010;25(7):741–745. doi:10.1007/s11606-010-1292-2
5. ESRC (2005) Research Ethics Framework. Swindon:ESRC.
6. Grinyer A. (2002) The Anonymity of Research Participants: Assumptions, Ethics and Practicalities. Social Research Update: Issue 36. University of Surrey
7. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs.* 2014 Oct;70(10):2208-21. doi: 10.1111/jan.12412. Epub 2014 Apr 3. PubMed PMID: 25209751

Qualità della vita

Descrizione

Il concetto di qualità della vita nell'ambito delle cure della persona è esteso e complesso. Include ed è influenzato da un'ampia gamma di fattori individuali, come la salute fisica, lo stato psicologico, le credenze personali, le relazioni sociali e la relazione che gli individui hanno con il loro contesto.

L'OMS definisce la qualità della vita come la percezione individuale riguardante la propria posizione nella vita in relazione al contesto culturale, al sistema dei valori condiviso e ai propri obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni. Di conseguenza, avendo la qualità della vita un importante impatto sul proprio stato fisico e mentale, essa è considerabile sia un'area di valutazione che di intervento nel campo della cura di persone anziane.

Comprendere il concetto di qualità della vita, con tutti i fattori che la influenzano, aiuterà il fornitore di cure a instaurare una migliore relazione con l'utente, in quanto si focalizzerà l'impegno di cura sui bisogni dell'individuo, i suoi valori e desideri, migliorando così la qualità delle cure fornite ed anche la soddisfazione lavorativa dell'operatore. L'utente avrà inoltre una migliore esperienza di cura, dovuta ad una valutazione dei bisogni comprensiva volta a migliorare la sua qualità della vita. La qualità della vita deve essere considerata costantemente come centrale nello sviluppo e monitoraggio di qualsiasi piano di cura. Questo specialmente nelle cure a lungo termine per anziani in cui problematiche come simpatie / antipatie personali, credenze e valori, che nei normali piani di assistenza a breve termine si ritiene non abbiano un impatto importante sull'esito dell'assistenza, possono invece essere centrali per l'evoluzione della persona anziana nell'assistenza residenziale.

Il concetto implica il diritto di ogni utente di vivere una vita di buona qualità, in virtù della percezione dell'utente stesso, nonché un impegno attivo dei professionisti dell'assistenza per valutare le esigenze oggettive e soggettive del ricevente e attuare tutti i passaggi necessari per assicurargli un migliore qualità della vita. L'input e il feedback dell'utente sono fondamentali in un approccio basato sulla qualità della vita. Le cure incentrate sul miglioramento della qualità della vita dovrebbero essere sia un obiettivo organizzativo sia un obiettivo personale e professionale per gli operatori sanitari che lavorano nell'assistenza domiciliare o in un ambiente di assistenza istituzionale, poiché implica mettere la persona nel suo insieme, con tutte le sue particolarità, al centro del sistema di cura.

Per valutare la qualità della vita possono essere utilizzati un'ampia gamma di strumenti valutativi, ma anche aspetti come il mantenimento di una buona salute mentale e un buon livello

funzionale, nonché lo sviluppo e il mantenimento dei contatti sociali e l'impegno nelle attività ricreative sono molto importanti per mantenere e migliorare la qualità della vita delle persone anziane.

Sebbene la salute mentale e fisica, relazioni di alta qualità e la partecipazione sociale siano importanti, la qualità della vita può essere mantenuta in loro assenza se la persona anziana apprezza e gode di altri aspetti significativi della sua vita.

Indicatori comportamentali chiave

Conoscenze (lui/lei ...)	1. Sa come valutare la relazione tra operatore ed utente.
	2. Sa come includere l'utente e la sua famiglia/ amici nel team di cura e nella pianificazione della cura.
	3. Conosce gli strumenti esistenti per la valutazione di tutti gli aspetti della Qualità della Vita delle persone anziane.
	4. Ha una conoscenza generale del processo di invecchiamento e delle patologie di cui sono comunemente affetti gli anziani.
	5. Conosce le procedure di intervento base per problematiche di salute comuni ed ha conoscenza delle assistenze tecniche disponibili.
	6. Conosce i fattori istituzionali o relativi al personale che possono influenzare la qualità delle cure fornite (burnout, tempistiche ridotte, antipatie personali, progettazione dello spazio, affollamento, ecc.)
	7. Conosce le procedure operative standard applicabili nel servizio in cui opera ed è a conoscenza di tutte le altre istituzioni che potrebbero essere coinvolte nella cura della persona anziana.
	8. Conosce differenti metodologie di comunicazione applicabili sia in ambito domiciliare che residenziale.
Capacità (lui/lei è capace di...)	1. Considerare la natura individuale di ciascun destinatario dell'assistenza (le sue particolarità). Includere / coinvolgere le esigenze, i desideri e le prospettive del destinatario dell'assistenza nel processo di assistenza.
	2. Costruire una relazione con l'utente basata su fiducia e affetto.
	3. Trasmettere un senso di calma e sicurezza, nonché una rispettosa vicinanza con l'utente.
	4. Promuovere la dignità, l'autonomia, la privacy e l'autodeterminazione dell'utente.
	5. Analizzare le proprie sensazioni ed azioni in merito all'utente.
	6. Riconoscere i cambiamenti nello stato fisico / mentale / sociale dei destinatari delle cure e adottare le misure necessarie in base al proprio ruolo professionale

	7. Riconoscere i propri limiti per quanto riguarda le conoscenze e le capacità, nonché la volontà di apprendere nuove competenze.
	8. Riconoscere le capacità e le competenze sia dei pazienti che dei colleghi.
Atteggiamenti (lui/ lei può sviluppare ...)	1. Impegno
	2. Comportamento empatico
	3. Rispetto
	4. Comprensione
	5. Cooperazione
	6. Sensibilità alle mutevoli esigenze degli utenti
	7. Apertura mentale
	8. Interesse/preoccupazione
	9. Premura

Fonti

1. WHOQOL: measuring quality of life, health statistics and information systems, world health organization, www.who.int.
2. Sovárióvá Soósová M.; Determinants of quality of life in the elderly, central European Journal of Nursing and Midwifery; Sept 2016; 7(3):484-493.
3. Layte R., Sexton E., Savva G.; Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. Journal of the American Geriatric Society; 2013, 10 May, 61 suppl. 2:s 299-305.

Privacy

Descrizione

La privacy è definita dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani come un diritto umano fondamentale, nonostante ciò non vi è consenso su cosa costituisca la privacy. Page | 17

Oggi, è definita come il diritto di mantenere il controllo sulle proprie informazioni personali, comprese le informazioni sui propri possedimenti, comunicazioni, comportamenti e altri affari (Kayaalp 2018). La privacy include anche il diritto di rimanere soli e mantenere le questioni personali e le relazioni per sé stessi, non condividendole.

La protezione della privacy copre sia l'integrità / intimità fisica, psicologica e sociale sia i dati personali (chi utilizza / corregge / elimina i dati). Il supporto alla privacy si basa sulla promozione delle capacità funzionali dell'individuo. La tecnologia può essere utilizzata per proteggere la privacy e impedire il trasferimento di dati personali a terzi.

La privacy in ambito professionale richiede il rispetto di:

- Riservatezza (mantenere segrete le informazioni private);
- Segreto professionale (un dovere legato ad alcune professioni di mantenere riservate le informazioni che sono condivise con loro dai loro destinatari delle cure);
- Discrezione (comunicare in modo tale da evitare di rivelare informazioni riservate).

Indicatori comportamentali chiave

Conoscenze (lui/lei ...)	1. Conosce cos'è la privacy fisica, psicologica, sociale e informativa.
	2. Sa che tipo di informazioni siano considerabili confidenziali/riservate.
	3. Conosce le normative relative alla protezione dei dati.
	4. Conosce i principi etici nella protezione dei dati privati.
	5. Conosce la sua specifica responsabilità professionale in merito ai dati del destinatario dell'assistenza.
Capacità (lui/lei è capace di...)	1. Mantenere al sicuro le informazioni personali del destinatario dell'assistenza che vengono elaborate occasionalmente o in virtù delle attività di assistenza svolte.
	2. Applicare i valori alla base dell'assistenza di qualità dal punto di vista della privacy e della riservatezza.

	3. Applicare la normativa adeguata in materia di riservatezza e protezione dei dati.
	4. Mantenere in sicurezza i dati e la privacy dell'utente.
	5. Proteggere la salute e il benessere utilizzando le tecnologie sanitarie.
	6. Proteggere la privacy sociale in ambito istituzionale e di assistenza domiciliare
Atteggiamenti (lui/lei è...)	1. Responsabile
	2. Rispettoso/a
	3. Informato/a
	4. Discreto/a
	5. Orientato/a al dettaglio
	6. Concentrato/a

Fonti

1. ETENE 2010. Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveystalouden hoidossa ja hoivassa, pages 11,13-14. ETENE-julkaisu 30. Yliopistopaino, Helsinki 2010.
2. Technology and ethics in social- and healthcare environments. The National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics.
3. Kayaalp M. Patient Privacy in the Era of Big Data. Balkan Med J. 2018 Jan 20;35(1):8-17. doi: 10.4274/balkanmedj.2017.0966. Epub 2017 Sep 13. Review. PubMed PMID: 28903886; PubMed Central PMCID: PMC5820452.

Competenze digitali

Descrizioni

La competenza digitale è definita dal PROGETTO DIGCOMP come "l'uso sicuro, critico e creativo delle ICT per raggiungere obiettivi relativi all'occupabilità, all'apprendimento, al tempo libero, all'inclusione e / o alla partecipazione nella società (Estratto da <https://ec.europa.eu/jrc/en/digcomp/project-background>) (1).

Page | 19

Secondo DigComp 2.0, sono identificabili 5 aree chiave: informazione e capacità di trarre informazioni significative da dati (navigazione, ricerca, filtro, valutazione, gestione ed utilizzo di informazioni online), comunicazione e collaborazione (interazione, condivisione, cittadinanza, attiva, collaborazione, netiquetting, gestione dell'identità digitale), creazione di contenuti digitali (sviluppo, integrazione, rielaborazione, copyright, licenze, programmazione), sicurezza (protezione dei dispositivi, dati personali e privacy, salute e benessere, protezione dell'ambiente) e risoluzione dei problemi (problemi tecnici, esigenze e risposte, utilizzare in modo creativo e identificare lacune) (2).

Possiamo distinguere in queste cinque aree chiave del framework DigComp 2.0 il concetto di alfabetizzazione sanitaria digitale. L'alfabetizzazione sanitaria digitale è stata definita da Norman e Skinner (3) e comprende 6 alfabetizzazioni fondamentali tra cui l'alfabetizzazione sanitaria, l'alfabetizzazione e la numerazione tradizionali, l'alfabetizzazione mediatica, l'alfabetizzazione informativa, l'alfabetizzazione informatica e l'alfabetizzazione scientifica.

Nel presentare un quadro relativo alle competenze digitali degli operatori sanitari o assistenziali è possibile osservare una serie di progetti che hanno già trattato questo argomento (come ad esempio www.carenetproject.eu, Carer +, eLILY) (4,5). Nella maggior parte dei casi, si ritrovano le aree del progetto DigComp, con competenze specifiche relative all'assistenza (ad es. Competenze digitali specifiche dell'assistenza: vita indipendente e partecipazione sociale della persona anziana, sviluppo personale e integrazione sociale del caregiver, gestione dell'assistenza, amministrazione o supervisione).

Nel progetto Carer +, i partner hanno anche incluso un terzo dominio comprendente le competenze digitali nell'assistenza sociale (sottodomini: accettazione, adattamento, progressione e supporto) (5) rintracciati su [https://www.carerplus.eu/sites/all/libraries/Toolkit_developping_digital_competences .pdf? dl = 0](https://www.carerplus.eu/sites/all/libraries/Toolkit_developping_digital_competences.pdf?dl=0)

Cercando di combinare tutti i quadri esistenti e di integrare le informazioni che abbiamo ottenuto dai focus group T4L sulle esigenze delle persone anziane e sulle competenze degli operatori, abbiamo potuto definire la competenza digitale degli operatori sanitari attraverso 3 aree chiave: alfabetizzazione sanitaria digitale, gestione della sicurezza (DigComp 2.0),

Comunicazione e collaborazione (DigComp 2.0). Nel progetto abbiamo anche aggiunto la motivazione all'utilizzo di nuove tecnologie come area separata sottesa a tutte le altre tre.

Indicatori comportamentali chiave

Conoscenze (lui/lei ...)	1. Conosce i concetti di base relativi al processo di comunicazione digitale (fonte, trasmettitore, destinazione ...).
	2. Ha una conoscenza di base sull'uso di internet.
	3. Ha una conoscenza di base sugli strumenti digitali più comuni e delle fonti di informazione per promuovere uno stile di vita sano.
	4. Ha una conoscenza di base della terminologia medica (ad esempio capisce i fogli illustrativi dei farmaci).
	5. Sa quali dati digitali sono riservati.
	6. Sa cos'è l'identità digitale.
	7. Conosce e comprende le normative nazionali ed europee in materia di sicurezza digitale.
Capacità (lui/lei è capace di...)	1. Utilizzare a livello base PC e dispositivi mobili (smartphone, tablet).
	2. Usare Internet (navigazione, ricerca su Google, navigazione in un sito Web, video, media, social network, immagini, scrittura di un testo, download di app e software)
	3. Organizzare, archiviare e recuperare dati, informazioni e contenuti in ambienti digitali (livello base).
	4. Cercare, trovare e valutare informazioni generali e relative alla salute nella vita quotidiana attraverso diversi media (internet, giornali, TV, operatori sanitari).
	5. Comunicare efficacemente utilizzando la terminologia corretta con il medico, la famiglia e il destinatario dell'assistenza in un ambiente digitale.
	6. Identificare dati sanitari sperimentali (evidence-based) sui media (internet, TV, radio).
	7. Cercare online e utilizzare gli strumenti di sanità digitale che facilitano la vita di tutti i giorni per gli operatori sanitari e i destinatari delle cure.
	8. Facilitare l'utente nell'uso degli strumenti di sanità digitale e tecnologici in generale (e-Banking, acquisti online, intrattenimento, vita sociale).

	9. Interagire e comunicare attraverso tecnologie digitali sincrone e asincrone (come e-mail, chat, sms ...) scegliendo lo strumento giusto in base agli obiettivi e ai destinatari del processo di comunicazione.
	10. Gestire in modo efficiente l'identità digitale (dati personali e privacy delle informazioni relative alla salute).
	11. Collaborare con altri operatori tramite tecnologie digitali.
Atteggiamenti (lui/lei è...)	1. Motivato/a e attivo/a
	2. Incoraggiante/potenziante
	3. Autosufficiente

Fonti

1. Ferrari A. DIGCOMP: A Framework for Developing and Understanding Digital Competence in Europe [Internet]. JRC SCIENTIFIC AND POLICY REPORTS. 2013. Available from: <http://ipts.jrc.ec.europa.eu/publications/pub.cfm?id=6359%5Cnhttp://www.slideshare.net/educationlab/borrador-marcocdd-v1>
2. Vuorikari R, Punie Y, Carretero S, Van Den Brande L. DigComp 2.0: The Digital Competence Framework for Citizens [Internet]. Jrc-Ipts. 2016. 1–40 p. Available from: http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC101254/jrc101254_digcomp_2.0_the_digital_competence_framework_for_citizens_update_phase_1.pdf
3. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. Journal of Medical Internet Research. 2006.
4. Amerise C, Fontaneda J, Byskov P. D01 Digital competence provision and competence frameworks for domiciliary care workers and older people in the careNET partner countries [Internet]. Carenetproject.Eu. 2013. Available from: http://www.carenetproject.eu/wp-content/uploads/2013/11/careNET_WP1_D1_Trainingprovisionreport2.pdf
5. Cullen J. D6.1 Toolkit for developing the Digital Competences of Carers. 2012. retrieved from https://www.carerplus.eu/sites/all/libraries/Toolkit_developping_digital_competences.pdf?dl=0

Collaborazione e comunicazione

Descrizione

Il dizionario Webster definisce la comunicazione come “la trasmissione o lo scambio di pensieri, opinioni o informazioni attraverso la parola, la scrittura o i segni.” È importante considerare che con comunicazione non si intende solamente la forma verbale. Uno studio infatti suggerisce come il 93% della comunicazione sia dettata dal linguaggio del corpo, dall’atteggiamento e dal tono, mentre unicamente il 7% del significato e dell’intento sono effettivamente codificati dalle parole dette. Laddove le parole dette contengono in sé i contenuti essenziali, il loro significato può essere influenzato dalla capacità oratoria del parlante, che include il modo in cui esso si pone, parla e guarda la persona.

La comunicazione è descritta anche come un metodo di inviare e ricevere messaggi attraverso la combinazione di competenze comunicative verbali e non verbali. (Arnold & Boggs, 1995 and Balzer-Riley, 1996). Cherry (1978) descrive la comunicazione come “uno scambio di informazioni per alcuni scopi”. Per l’essere umano la comunicazione è essenziale nella vita di tutti i giorni, genera senso di appartenenza, migliora la crescita e lo sviluppo personale. Ciascuno ha il proprio modo unico di comunicare. Le persone imparano a comunicare attraverso l’esperienza e le relazioni sociali. Il contesto può altresì influenzare il modo in cui le persone comunicano.

Secondo Manning (1992) gli incontri quotidiani di una persona e le sue modalità di espressione possono essere influenzate dal contesto e dalle regole sociali in base alle quali opera. La comunicazione dall’altro lato può essere influenzata da un’eventuale disabilità della persona, influenzando così il contesto dell’interazione. Patologie come l’afasia e la demenza possono infatti compromettere la capacità di una persona di comunicare. Per offrire una buona assistenza, i professionisti in ambito di cura devono padroneggiare la buona comunicazione.

Gli operatori assistenziali devono possedere le competenze comunicative necessarie per prendersi cura di persone affette da diverse patologie, così da essere capaci di influenzare le loro cure, offrendo un piano di cura personalizzato e centrato sulla persona e creando una buona relazione interpersonale. Attraverso le competenze comunicative, gli operatori hanno capacità di valutare le preoccupazioni di una persona anziana, mostrare comprensione, empatia, supporto e offrire comfort.

Le persone anziane, che rappresentano i clienti nel contesto di cura, necessitano di credere e percepire che gli operatori si prendano cura di loro e si preoccupino del loro benessere. Il professionista deve essere capace di comunicare efficacemente mostrando interesse ed attenzione, mantenendo il contatto visivo, mostrandosi un buon ascoltatore e ponendo domande cortesi. Il comportamento non verbale come il tono della voce, l’atteggiamento, i gesti e le espressioni facciali possono avere un impatto sull’utente.

Parlare di collaborazione all'interno del processo di cura implica che i diversi professionisti dell'assistenza assumano ruoli complementari, cooperino lavorando insieme, condividano le responsabilità nel risolvere problematiche e nel formulare decisioni e realizzino piani per l'assistenza agli anziani. La collaborazione tra operatori assistenziali, medici, infermieri ed altri professionisti di cura incrementa la consapevolezza di ciascun membro del team circa le conoscenze e competenze degli altri, portando ad un continuo miglioramento nel processo decisionale.

Una buona comunicazione incoraggia la comunicazione, promuove il lavoro di squadra ed aiuta a prevenire errori.

Indicatori comportamentali chiave

Conoscenze (lui/lei ...)	1. Ha padronanza della lingua locale.
	2. Sa come leggere, contare e scrivere nella propria lingua e nella lingua dell'utente.
	3. Conosce l'importanza della comunicazione non verbale, del linguaggio del corpo e delle difficoltà di comunicazione correlate ad utenti che non possono parlare.
	4. Conosce gli stili comunicativi (passivo, aggressivo, passivo-aggressivo e assertivo).
	5. Conosce le difficoltà che possono emergere in un processo di comunicazione e le possibili soluzioni.
	6. Conosce le basi delle teorie sulla comunicazione efficace.
	7. Conosce i principi del lavoro di squadra.
	8. Conosce i metodi di interazione sociale - responsabilizzazione e coinvolgimento nei servizi della comunità.
	9. Conosce le strategie chiave per coinvolgere i familiari o altri professionisti nel processo di cura.
	10. Conosce differenti metodi di comunicazione applicabili nel contesto lavorativo.
Capacità (lui/lei è capace di...)	1. Presentare informazioni in differenti forme, incluse quella scritta e verbale.
	2. Sviluppare e mantenere una comunicazione con l'utente e la sua famiglia.
	3. Ascoltare attivamente le preoccupazioni dell'utente e della sua famiglia riguardanti il processo di cura.

	4. Riconoscere e rispondere ai segni non verbali, specialmente per utenti con difficoltà nel parlato o con la lingua.
	5. Adattare la sua comunicazione alle capacità della persona con cui sta interagendo.
	6. Strutturare una discussione, riassumere le informazioni in brevi frasi che l'utente riesce a comprendere.
	7. Lavorare in collaborazione con altri (professionisti, persone anziane e le loro famiglie).
	8. Creare una relazione di fiducia e comunicare in modo empatico.
	9. Creare un ambiente libero dalla vergogna, in cui l'utente e la sua famiglia si sentono liberi di parlare e porre domande.
	10. Collaborare con altre parti interessate per condividere le informazioni in modo appropriato, essendo consapevoli del problema della riservatezza, per garantire che il destinatario dell'assistenza riceva la migliore assistenza possibile.
	11. Assicurarsi che le informazioni siano chiare, concise e accessibili così da essere completamente compreso dagli altri.
	12. Incoraggiare una comunicazione professionale, aperta, rispettosa ed empatica durante tutto il processo di cura.
	13. Comunicare con l'utente attraverso modalità che siano per lui significative.
Atteggiamenti (lui/lei è...)	1. Assertivo/a
	2. Aperto ad accettare gli altri
	3. Cooperativo/a
	4. Empatico/a
	5. Rispettoso/a
	6. Riservato/a
	7. Ha apertura mentale
	8. Tollerante
	9. Responsabile
	10. Paziente

Fonti

1. Bondad, J., Adequate Care of the Elderly: Family Care workers & Nurses, 2016

2. Balman, M., A guide to workforce development to support social care and health workers to apply the common core principles and competences for end of life care, 2012
3. Njuguna Valentina, Kariuki David, Role of Communication Competence in elderly care: A carers' perspective, 2012
4. DigComp 2.0: The Digital Competence Framework for Citizens
5. Michelle O'Daniel; Alan H. Rosenstein, Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses

Cura compassionevole

Descrizione

La compassione è un valore fondamentale quando si parla di cure incentrate sulla persona e consente il rispetto della dignità del ricevente. Vi sono molti diversi approcci di cura compassionevole. In ambito assistenziale, c'è consenso sul fatto che essa debba essere associata a «fattori emotivi, attitudinali e cognitivi individuali» (Crawford et al, 2014) – ed è strettamente connessa a un «comportamento di affiliazione» (Cole-King & Gilbert, 2011).

Page | 26

La cura compassionevole si osserva quando si identificano la sofferenza e lo stress dell'altro e si è spinti a risolverli. Il termine deriva dall'empatia, nel senso di comprendere ed essere consapevoli delle sensazioni degli altri, ma aggiunge l'impegno a lavorare su tali situazioni e a prevenirle, offrendo un'interazione significativa.

L'introduzione dell'assistenza compassionevole nelle organizzazioni è un modo per migliorare le relazioni e le esperienze sia dell'operatore che del destinatario della cura. Molto spesso i destinatari dell'assistenza tendono ad apprezzare quegli operatori sanitari che sono compassionevoli, gentili e generosi. L'assistenza compassionevole può anche essere un fattore che promuove migliori livelli di prestazione nella cura: migliora "l'efficienza del personale", "aiuta a ottenere migliori informazioni sui pazienti", portando quindi a una "migliore guarigione e una maggiore soddisfazione" (Cole-King e Gilbert, 2011).

Indicatori comportamentali chiave

Conoscenze (lui/lei...)	1. Conosce l'approccio olistico per anziani.
	2. Conosce strategie di base per offrire supporto emotivo.
	3. Conosce strategie per coinvolgere lo staff, le persone anziane e i loro famigliari in qualità partecipanti attivi nel processo di cura.
	4. Conosce le tecniche di appreciative inquiry
	5. Conosce la diversità delle situazioni di salute che si verificano con gli anziani.
	6. Conosce le tecniche di assistenza di base e gli approcci in uso nel suo contesto lavorativo.
	7. Conosce le regole deontologiche della propria professione.
Capacità (lui/lei è capace di...)	1. Esplicitare ciò che il destinatario dell'assistenza considera importante in relazione alla propria assistenza
	2. Riconoscere i sentimenti e le intenzioni di un altro e dare un senso ai suoi sentimenti e alle risposte emotive (empatia).

	3. Fare un passo indietro, pensare e riflettere sul proprio comportamento.
	4. Prendere in considerazione il punto di vista degli altri e considerare la loro prospettiva.
	5. Sopportare emozioni difficili e lavorare con l'altra persona su ciò che potrebbe essere d'aiuto (tolleranza allo stress).
	6. Essere premuroso, di supporto e disponibile nei confronti degli altri (cura del benessere).
	7. Essere preoccupati per la sofferenza dell'utente (partecipazione al sentimento altrui)
	8. Notare quando gli altri hanno bisogno di aiuto (attenzione aperta)
	9. Trovare modalità per elaborare i sentimenti negativi, affrontarli per evitare il burnout, prevenire l'assorbimento dello stress traumatico degli altri (autocontrollo emotivo).
	10. Conoscere l'individualità di ogni utente.
	11. Sentirsi a proprio agio nello svolgere/cambiare pratiche di cura che non esprimono compassione.
	12. Porre domande sui sentimenti dell'utente.
Atteggiamenti (lui/lei è...)	1. Dedito/a
	2. Collaborativo/a
	3. Non-giudicante
	4. Umano/a
	5. Ha senso dell'umorismo
	6. Umile
	7. Comprensivo/a
	8. Paziente

Fonti

1. Burnell, L. & Agan, D.L. (2013). Compassionate Care: Can it be Defined and Measured? The Development of the Compassionate Care Assessment Tool. *International Journal of Caring Sciences*, May – August, Vol 6, Issue 2.
2. Cole-King, A. & Gilbert, P. (2011). Compassionate care: the theory and the reality. *Journal of holistic healthcare*, Volume 8, Issue 3.

3. Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M. & Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3589–3599.
4. Dewar, B. & Nolan, M. (2013). Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1247–1258.
5. MPATH Project (2016). MENTORS' PROFILE AND COMPETENCES TOOL.
6. Smith S., Dewar B., Pullin S. & Tocher R. (2010). Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings. *International Journal of Older People Nursing* 5, 128–136.

Rispetto della dignità dell'utente

Descrizione

Il termine dignità deriva dal Latino "dignus" che significa degno (Mairis, 1994). Il dizionario Oxford English (2002) definisce la dignità come "Lo stato o la qualità di essere degni di onore e rispetto" e (per estensione) di rispetto per sé stessi. La dignità nella cura significa quindi il tipo di cura che, in qualsiasi contesto, supporta, promuove e non mina il rispetto di sé di una persona, indipendentemente da qualsiasi differenza.

Secondo Nordenfelt (2004) la dignità può essere distinta in quattro tipi, che includono il merito, lo stato morale l'identità personale e la dignità umana universale.

L'universale dignità dell'uomo fa riferimento al valore umano, che secondo Nordenfelt è appunto universale e inerente. Nordenfelt afferma che un individuo ha questo tipo di dignità in ogni condizione, ad esempio anche in presenza di malattie come la demenza, ed essa non può essere persa finché la persona esiste.

Dall'altro lato, la dignità di identità è di massima rilevanza rispetto alla tematica della dignità nell'invecchiamento. Nordenfelt la definisce come "la dignità che attribuiamo a noi stessi come persone integrate e autonome, persone con una storia e persone con un futuro con tutte le nostre relazioni con altri esseri umani". Questo tipo di dignità può essere tolto agli individui da eventi esterni, dagli atti di altre persone (ad esempio se un individuo viene umiliato o trattato come un oggetto), nonché da malattie, lesioni e vecchiaia.

Alla luce dei risultati di precedenti ricerche sull'esperienza soggettiva degli individui con diagnosi di demenza, apparirebbe che questi individui siano particolarmente a rischio di subire una perdita di dignità personale a causa dell'impatto che la malattia ha direttamente sulla loro identità e sul senso di sé, nonché indirettamente tramite interazioni ed esperienze sociali negative. Tuttavia, l'intensità con cui si sperimenta il declino della dignità personale dipende in larga misura dal contesto sociale dell'individuo (Van Gennip, 2016).

Poiché la dignità è qualcosa che può essere influenzata da altri e da fattori esterni, supponiamo che essa possa allo stesso modo anche essere promossa attraverso pratiche di cura.

Indicatori comportamentali chiave

Conoscenze (lui/lei...)	1. Conosce le normative in materia di capacità e autodeterminazione e codici etici sulla dignità applicabili nel proprio contesto lavorativo.
	2. Conosce le diverse interpretazioni del concetto di "dignità".

	3. Conosce le dimensioni della dignità (spirituale, psichica e corporea, Edlund et al., 2013).
	4. Conosce i valori etici che sostengono la dignità.
	5. Conosce le espressioni di rispetto della dignità umana (Papastavrou et al., 2016, Gallagher 2007).
	6. Conosce le normative nazionali che riguardano la privacy e la riservatezza.
	7. Conosce il concetto di diritti umani applicati alle persone anziane e la tematica degli abusi agli anziani.
Capacità (lui/lei è capace di...)	1. Riconoscere le differenze individuali degli utenti.
	2. Indagare e rispettare le opinioni, i valori e le credenze della persona.
	3. Coinvolgere l'utente nel processo decisionale.
	4. Far percepire all'utente di avere il controllo, coinvolgendolo nel processo di cura.
	5. Indagare, rispettare e agire secondo i desideri e le preferenze del singolo che riceve assistenza e supporto personale.
	6. Mantenere la privacy e rispettare il riserbo dell'individuo di cui si occupa.
	7. Rispettare e promuovere i diritti umani delle persone anziane.
	8. Promuovere la sicurezza dell'utente proteggendolo dall'abuso.
	9. Notare e contestare pratiche potenzialmente abusive.
	10. Promuovere un senso di autostima nell'utente.
	11. Far sentire ai suoi assistiti che hanno importanza (es. sollecitare le loro opinioni, chiedere feedback, esprimere riconoscimento ...).
	12. Comunica con gli utenti in modi significativi per loro.
Atteggiamenti (lui/lei è ...)	1. Empatico/a
	2. Aperto ad accettare gli altri
	3. Rispettoso/a
	4. Non giudicante
	5. Riservato/a
	6. Sensibile

Fonti

1. Kinnear, D., Williams, V., & Victor, C. (2014). The meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BMC research notes*, 7, 854. doi:10.1186/1756-0500-7-854
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289061/>
2. Clark J. (2010) Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nursing Times*; 106: 20, <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/patient-experience/defining-the-concept-of-dignity-and-developing-a-model-to-promote-its-use-in-practice/5015026.article>
3. Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Anal.* 2004;12(2):69–81. doi: 10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b
4. SCIE, Dignity in care, 2013
<https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide15/selectedresearch/>
5. Skills for Care, Common Core Principles: Dignity <https://ccpdignity.co.uk/>
6. van Gennip, I. E., W. Pasman, H. R., Oosterveld-Vlug, M. G., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). How dementia affects personal dignity: A qualitative study on the perspective of individuals with mild to moderate dementia. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(3), 491-501. <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/71/3/491/2605098>
7. Edlund M, Lindwall L, von Post I, Lindström UÅ. Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics*. 2013 Dec;20(8):851-60. doi: 10.1177/0969733013487193. Epub 2013 Jun 27. PubMed PMID: 23812559.
8. Gallagher A. The respectful nurse. *Nurs Ethics* 2007; 14: 360–371.
9. Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou C. Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nurs Ethics*. 2016 Feb;23(1):92-103. Doi 10.1177/0969733014557136. Epub 2014 Dec 10. PubMed PMID: 2550509

Lo strumento di valutazione

Lo strumento include una serie di domande finalizzate a misurare le prestazioni e valutare le competenze degli operatori che si occupano di assistenza agli anziani (con i relativi descrittori comportamentali) così da identificare le loro esigenze formative.

Metodologia

L'attuale valutazione della Cura Centrata sul Paziente (PCC) include una varietà di metodi di valutazione: osservazione diretta, interviste con audio o video, valutazione tra pari o da parte dei pazienti e autovalutazione mediante simulazioni, incontri clinici standardizzati o incontri con pazienti reali. Tra questi approcci, l'autovalutazione è preziosa poiché identificabile come aspetto chiave della professionalità, che si ritiene debba essere insegnata e incoraggiata. In qualità di meccanismo per identificare le proprie debolezze e punti di forza, può determinare i bisogni di apprendimento e fornire informazioni sui pensieri, i sentimenti e le emozioni di un individuo nei confronti dei pazienti.⁴

Si potrebbe sostenere che l'autovalutazione possa soffrire di scarsa affidabilità rispetto alla valutazione obiettiva. Le ricerche in questo campo mostrano, ad esempio, che gli studenti di medicina non sovrastimano o sottostimano in modo significativo le loro abilità, ma hanno maggiori probabilità di sopravvalutare le prestazioni legate alla comunicazione, che implicano più interazioni e valutazioni soggettive rispetto a misurazioni oggettive e basate sulla conoscenza.⁵

Un altro punto da tenere in considerazione è che quando i questionari utilizzano l'autovalutazione, sono soggetti al *bias* di desiderabilità sociale, ossia alla tendenza dei soggetti a rispondere in modo socialmente accettabile, al fine di ottenere l'approvazione di altri.⁶ Ciò può limitare l'utilità di queste autovalutazioni.⁷

⁴ Gremigni, P., Casu, G., & Sommaruga, M. (2016). Dealing with patients in healthcare: a self-assessment tool. *Patient education and counseling*, 99(6), 1046-1053.

⁵ Blanch-Hartigan, D. (2011). Medical students' self-assessment of performance: results from three meta-analyses. *Patient education and counseling*, 84(1), 3-9.

⁶ King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing*, 17(2), 79-103.

⁷ Stern, D. T. (2006). *Measuring medical professionalism*. Oxford University Press.

Pur essendo consapevole dei limiti degli approcci di autovalutazione, il partenariato di Tenderness for life riconosce che essi possono altresì portare a un beneficio educativo, semplicemente attraverso il processo di autoriflessione. La riflessione, sia sul processo che sul contenuto dell'apprendimento, può infatti aiutare gli studenti a monitorare l'apprendimento stesso. Gli studi hanno mostrato come un maggiore sforzo di riflessione sia associato a un'esperienza di apprendimento più positiva o significativa.⁸

Pertanto, l'obiettivo di questo strumento è da un lato quello di consentire al personale assistenziale di ottenere informazioni sulla propria capacità di eseguire un determinato comportamento coerentemente ai principi della Cura Centrata sul Paziente nella pratica quotidiana, offrendo allo stesso tempo ai datori di lavoro l'opportunità di identificare i punti deboli nel proprio staff e aiutare il professionista a stabilire obiettivi di apprendimento adeguati.

L'approccio concettuale alla base della generazione degli item si basa su una serie di "competenze di assistenza umanistica" identificate in una fase precedente del progetto Tenderness for life e descritte nel report "**Descrizione delle competenze di Tenderness for life**".

La formulazione degli item e della scala di risposta, invece, è stata ispirata dal questionario Provider-Patient Relationship Questionnaire (PPRQ).⁹ Il PPRQ risulta una misura psicometricamente solida, non influenzata da risposte socialmente desiderabili e già applicata in attività di formazione correlate ai principi del PCC.

33

Come nel PPRQ, nella prefazione si fornisce il fondamento logico del questionario, indicando che in esso si riportino modi comuni di trattare con gli utenti in ambito assistenziale. Al fine di ricordare un'esperienza quotidiana in modo vivido, piuttosto che un comportamento generico, agli intervistati viene chiesto di pensare al loro ultimo mese di lavoro e di valutare come si sono comportati in conformità con ciascuna affermazione utilizzando una scala a 5 punti (1 = "per niente" a 5 = "molto").

Gli item esplorano le diverse dimensioni dell'assistenza umanistica identificate nella descrizione delle competenze di Tenderness for life, come segue:

⁸ Symons, A. B., Swanson, A., McGuigan, D., Orrange, S., & Akl, E. A. (2009). A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. *BMC medical education*, 9(1), 1.

⁹ Gremigni, P., Casu, G., & Sommaruga, M. (2016). Dealing with patients in healthcare: a self-assessment tool. *Patient education and counseling*, 99(6), 1046-1053.

Competenze	ITEM			
Autonomia	1	8	15	22
Qualità della vita	2	9	16	23
Privacy	3	10	17	24
Competenze digitali	4	11	18	25
Collaborazione e comunicazione	5	12	19	26
Cura compassionevole	6	13	20	27
Rispetto della dignità dell'utente	7	14	21	28

Tabella 1 – Corrispondenza competenze / item

Questionario di valutazione

34

Leggi le seguenti affermazioni che si riferiscono a modi comuni di trattare con gli utenti in contesti di cura. Pensa al tuo ultimo mese di lavoro e valuta come ti sei comportato/a in relazione ad ogni affermazione usando una scala a 5 punti da 1 = "per niente" a 5 = "molto".

Il questionario ha 28 domande e il tempo di compilazione stimato è tra i 15 e i 20 minuti.

1. Sono stato/a in grado di lasciare ai miei utenti il tempo necessario per mangiare da soli.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

2. Sono stato/a in grado di occuparmi dell'interazione sociale con i miei utenti tanto quanto della loro cura personale.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>
-------------------	--	--	--	--------------

3. *Durante lo svolgimento delle attività di cura, sono stato/a in grado di rispettare la riservatezza degli/delle utenti.*

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

4. *Sono stato/a in grado di valutare l'affidabilità di informazioni sanitarie trovate su Internet.*

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

5. *Ho ascoltato attentamente i miei/le mie utenti e ho posto domande per capire meglio cosa stavano dicendo.*

35

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

6. *Sono stato/a in grado di capire i miei/le mie utenti e di connettermi emotivamente a loro.*

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

7. *Sono stato/a in grado di riconoscere che ogni utente ha interessi e aspettative diversi.*

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

8. Sono stato/a in grado di incoraggiare i miei/le mie utenti a essere persistenti quando si trovano davanti a difficoltà da superare.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

9. Sono stato/a in grado di sviluppare un piano di assistenza per un/a utente tenendo conto delle sue preferenze, credenze e valori personali.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

10. Sono stato/a in grado di proteggere le informazioni personali dei miei/delle mie utenti, impedendo a persone non autorizzate di accedervi.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

36

11. Sono stato/a in grado di scambiare documenti via e-mail o tramite altre piattaforme digitali con i colleghi

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

12. Sono stato/a in grado di stabilire una comunicazione positiva con le famiglie dei miei/delle mie utenti.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

13. Sono stato in grado di usare l'umorismo per reindirizzare / distogliere l'attenzione e intervenire su un comportamento problematico del mio/della mia utente

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

14. Sono stato/a in grado di esplorare e comprendere i desideri di utenti con deterioramento cognitivo

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

15. Sono stato/a in grado di supportare utenti con problemi di memoria affinché potessero continuare a svolgere le loro attività quotidiane il più a lungo possibile

37

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

16. Sono stato/a flessibile nell'adattare un protocollo di assistenza per soddisfare le esigenze dei miei utenti

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

17. Sono stato/a in grado di bilanciare il rispetto della privacy dei miei/delle mie utenti con il mio dovere di proteggerli dai rischi

1	2	3	4	5

<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>
-------------------	--	--	--	--------------

18. Sono stato/a in grado di consigliare ai miei/alle mie utenti di essere cauti/e sulle informazioni che condividono su Internet.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

19. Sono stato/a in grado di fare lavoro di squadra.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

20. Quando un utente ha avuto un comportamento sfidante, sono stato/a in grado di controllarmi

38

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

21. Sono stato/a in grado di mettere in discussione una pratica assistenziale che ho considerato dannosa per la dignità degli utenti

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

22. Sono stato/a in grado di trovare un equilibrio tra il proteggere i miei/le mie utenti dal rischio di cadere e consentire loro di continuare a muoversi liberamente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>
-------------------	--	--	--	--------------

23. Quando ho dovuto affrontare una situazione difficile sul posto di lavoro, sono stato/a in grado di fermarmi e riflettere sulle mie reazioni immediate per correggere possibili errori.

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

24. Sono stato/a in grado di garantire la riservatezza delle informazioni personali condivise con me dai miei/dalle mie utenti

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

25. Sono stato/a in grado di cercare chiarimenti per termini medici che non conoscevo su Internet.

39

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

26. Sono stato/a in grado di dare istruzioni a un collega in modo tale da essere compreso/a correttamente

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

27. Sono stato/a in grado di rispettare il tempo dei miei utenti e, quando possibile, di non interromperli nelle attività che amano svolgere.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>
-------------------	--	--	--	--------------

28. Sono stato/a in grado di organizzarmi in modo da garantire riservatezza quando ho discusso con un/a utente di una sua questione privata

1	2	3	4	5
<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>

Processo di valutazione, autoriflessione e auto-consapevolezza

Lo strumento di auto-valutazione di Tender4life ha come obiettivo principale supportare l'autoriflessione dei professionisti circa le loro pratiche prima che prendano parte al programma formativo.

Molte persone attraversano la propria vita osservando le proprie esperienze come fatti isolati, come eventi non correlati e non come opportunità di apprendimento. Invece, in una prospettiva di sviluppo personale, è importante abituarsi a collegare le esperienze tra loro e costruire significato da esse. Tale pratica richiede riflessione.

L'autoriflessione è fondamentale per la metacognizione (ovvero la consapevolezza e comprensione dei propri processi di pensiero) e per migliorare il modo in cui apprendiamo. Quando si dà priorità all'autoriflessione, si riesce effettivamente a pensare al lavoro che si è svolto e ad iniziare a produrre proprie conoscenze.

Dopo aver completato lo strumento di autovalutazione, l'operatore dovrebbe essere incoraggiato a riflettere sulle risposte fornite e a rispondere, possibilmente con il supporto dei suoi supervisori, alle seguenti domande:

- **Punti di forza** – Quali sono i miei punti di forza?
- **Debolezze** – Quali sono le mie debolezze?
- **Capacità** – Quali capacità possiedo ed in cosa sono bravo?
- **Risultati** – Che risultati ho raggiunto?

- **Problemi** – Quali problemi presenti sul lavoro potrebbero influenzarmi?

L'ultimo item da esplorare potrebbe essere:

- **Soluzioni** – Cosa potrei fare per migliorare in questi ambiti?

La formazione di Tender4life può così essere accolta e compresa come una possibilità per migliorare le aree in cui si è più deboli o quelle che creano maggiori sfide nel lavoro quotidiano.

Uso dello strumento

Lo strumento di auto-valutazione di Tender4life può essere utilizzato in contesto di sviluppo personale e formazione per operatori del settore dell'assistenza agli anziani. Una volta identificato il personale da coinvolgere nel programma da parte della direzione, il processo potrebbe essere il seguente:

1. L'operatore è invitato a completare lo strumento di auto-valutazione autonomamente. Deve essergli spiegato che la richiesta è quella di pensare al proprio ultimo mese di lavoro e valutare come egli si è comportato in relazione alle affermazioni poste, utilizzando una scala a 5 punti in cui 1= "per niente" e 5=" molto". Importante è sottolineare che non ci sono risposte giuste o sbagliate e che esse non saranno giudicate alla fine della compilazione. L'obiettivo dello strumento è di aiutare l'operatore a riflettere sulle proprie pratiche di lavoro e comprendere se egli abbia specifici bisogni formativi che possano essere indirizzati a un'ulteriore formazione.
2. Una volta completato il questionario, l'operatore riceverà come esito una copia delle proprie risposte e un punteggio complessivo per le domande, con un riferimento a ciascun specifico dominio di competenza (autonomia, dignità etc.). Il punteggio coincide semplicemente con la somma dei valori da 1 a 5 che l'operatore ha assegnato alle affermazioni che si riferivano ad una specifica area di competenza (vedi Tabella1).

41

1. Sono stato/a in grado di lasciare ai miei utenti il tempo necessario per mangiare da soli.	4 / 5
8. Sono stato/a in grado di incoraggiare i miei/le mie utenti a essere persistenti quando si trovano davanti a difficoltà da superare.	4 / 5
15. Sono stato/a in grado di supportare utenti con problemi di memoria affinché potessero continuare a svolgere le loro attività quotidiane il più a lungo possibile.	4 / 5
22. Sono stato/a in grado di trovare un equilibrio tra il proteggere i miei/le mie utenti dal rischio di cadere e consentire loro di continuare a muoversi liberamente.	4 / 5
Punteggio totale - Autonomia	16

Figura 1 – Esempio di esito

3. L'operatore può quindi esaminare i risultati insieme al proprio supervisore. Importante è che tale momento sia privo di giudizi (non ci si deve sentire giudicati), ma piuttosto sia visto come un'opportunità per discutere ed analizzare i punti di forza e di debolezza del lavoratore. La discussione potrebbe essere avviata utilizzando le domande esplorative descritte nel paragrafo precedente o utilizzandole come innesco per discutere situazioni reali avvenute nel contesto lavorativo. Come accennato, l'obiettivo dovrebbe essere quello di supportare il professionista nella conduzione di un processo di autoriflessione che evidenzi il significato delle sue risposte in termini di abilità che ha già, o deve acquisire.
4. L'ultimo passaggio può essere rappresentato dall'implementazione di un piano di sviluppo personale per migliorare le aree in cui si è più deboli. Il programma di formazione Tender4life potrebbe essere uno strumento per attuarlo, tuttavia il questionario di autovalutazione può essere utilizzato anche come strumento autonomo e la direzione può offrire altre opportunità per lo sviluppo delle competenze, come ad esempio la formazione sul posto di lavoro, sessioni di intervizione o supervisione, job-shadowing.

42

Chi utilizzerà questo strumento

Il gruppo target di questo strumento è rappresentato da operatori impiegati nei servizi di assistenza materiale, ossia in prima linea (come centri diurni o strutture di assistenza

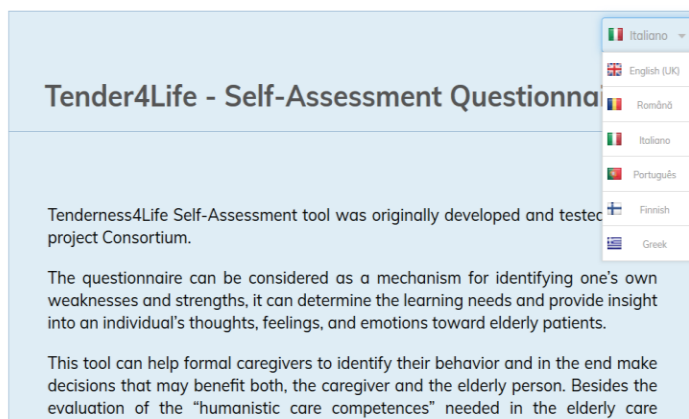
residenziale), per le persone anziane. La maggior parte degli item è applicabile anche al contesto della disabilità degli adulti, pertanto si potrebbe anche prevedere una potenziale trasferibilità a questo settore.

Istruzioni tecniche per l'uso dello strumento

Lo strumento di autovalutazione è stato sviluppato utilizzando la piattaforma Jotform.

Il link per accedere allo strumento è il seguente: <https://form.jotforme.com/92893437101357>

Il questionario è disponibile in Italiano, Finlandese, Greco, Portoghese, Rumeno e Inglese. Prima di iniziare la compilazione, l'utente può selezionare la lingua dall'elenco a tendina a destra. È unicamente necessario cliccare la lingua desiderata ed essa cambierà automaticamente.



43

Considerando che gli operatori assistenziali solitamente hanno tempo libero limitato ed al fine di mantenere lo strumento di autovalutazione come strumento utile e di facile utilizzo, il numero totale di domande è di 28 e il tempo stimato per compilarlo è di 20 minuti. Questa strategia mira ad affrontare e ridurre il rischio che gli operatori assistenziali possano abbandonare la valutazione prima di completarla, poiché percepita come troppo lunga o richiedente troppo tempo per essere completata.

Per rispondere alle domande, agli utenti viene semplicemente richiesto di pensare al loro ultimo mese di lavoro e di valutare come si sono comportati in base a ciascuna affermazione facendo clic su una scala a 5 punti da 1 = "per niente" a 5 = "molto".

4. Sono stato/a in grado di valutare l'affidabilità di informazioni sanitarie trovate su Internet. *

	1	2	3	4	5	
Per niente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Molto

Alla fine della compilazione, sarà richiesto un indirizzo e-mail allo scopo di ricevere i risultati dello strumento di valutazione. Inserendo il proprio indirizzo email, si accetta di ricevere i risultati nonché altri materiali in conformità con la nostra Informativa sulla privacy, <https://www.tender4life-project.org/privacy-policy1.html>, che fornisce informazioni su come utilizziamo ed elaboriamo i dati.

Email *

Inserendo il tuo indirizzo e-mail, accetti di ricevere i risultati da questo strumento di valutazione, nonché altri materiali in conformità con la nostra Informativa sulla privacy. Consulta la nostra pagina sulla politica sulla privacy <https://www.tender4life-project.org/privacy-policy1.html> - che fornisce informazioni su come utilizziamo e trattiamo i tuoi dati. Puoi cambiare idea in qualsiasi momento contattandoci all'indirizzo easi.assistant@gmail.com.

44

Infine, verrà richiesto di scegliere il paese di residenza e di fare clic sul pulsante "Invia":

Indirizzo *

Please Select

Paese

Il sostegno della Commissione europea alla produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione del contenuto, che riflette esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per l'uso che può essere fatto delle informazioni ivi contenute.

Invia

Il passo successivo all'invio della risposta sarà la ricezione di un'e-mail contenente un documento con:

- una copia delle risposte e, sopra ogni affermazione, il modulo della formazione di Tender4Life disponibile, che fornisce ulteriori informazioni su tale argomento;
- un breve elenco di raccomandazioni per guidare i partecipanti attraverso il processo di apprendimento.

45

Le raccomandazioni che l'utente riceverà si basano sul punteggio ottenuto per ciascuna competenza, tenendo presente che il punteggio massimo è 20.

Bibliografia

Blanch-Hartigan, D. (2011). Medical students' self-assessment of performance: results from three meta-analyses. *Patient education and counseling*, 84(1), 3-9.

Gremigni, P., Casu, G., & Sommaruga, M. (2016). Dealing with patients in healthcare: a self-assessment tool. *Patient education and counseling*, 99(6), 1046-1053.

King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing*, 17(2), 79-103.

Stern, D. T. (2006). *Measuring medical professionalism*. Oxford University Press.

Symons, A. B., Swanson, A., McGuigan, D., Orange, S., & Akl, E. A. (2009). A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. *BMC medical education*, 9(1), 1.

World Health Organisation (2007) *People-centred healthcare: A policy framework*. Geneva, Switzerland: World Health Organization



www.tender4life-project.org