



Il PAI passo dopo passo

Strumenti per la costruzione
del Piano Assistenziale
Individualizzato con l'anziano

Giulia Avancini e Clara Bertoglio

MATERIALI
LAVORO SOCIALE

IL LIBRO

IL PAI PASSO DOPO PASSO

Come pianificare ed elaborare le risposte ai bisogni delle persone anziane? Come strutturare le azioni a loro sostegno? Come valutare il raggiungimento degli obiettivi fissati? Il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) non deve ridursi a un elenco di interventi standardizzati o a sterili ripetizioni di routine. La complessità che caratterizza i bisogni delle persone anziane richiede una risposta multidisciplinare, di *relational social work*.

Qui gli operatori sociali e sanitari trovano un'accurata riflessione metodologica sul Piano Assistenziale Individualizzato. Uno strumento per perfezionare le modalità di agire e comunicare nel contesto assistenziale d'équipe e nel percorso di presa in carico, con tutti gli stakeholder: dall'assessment iniziale alla stesura del Piano, alla sua applicazione, fino al monitoraggio e alla verifica.

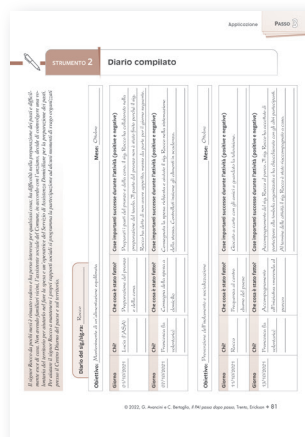
Un ampio repertorio di casi concreti ed esempi pratici accompagna il lettore, per orientarsi con efficacia tra strategie, obiettivi, sotto-obiettivi e finalità: dalla distribuzione dei compiti alla misurazione dei tempi, al ruolo della guida relazionale, alla condivisione delle scelte e delle decisioni. Con utili suggerimenti per stimolare la creatività nel progetto assistenziale, favorendo la riflessione, la consapevolezza, l'autoefficacia e coinvolgendo a pieno titolo i diversi attori interessati al benessere della persona anziana.



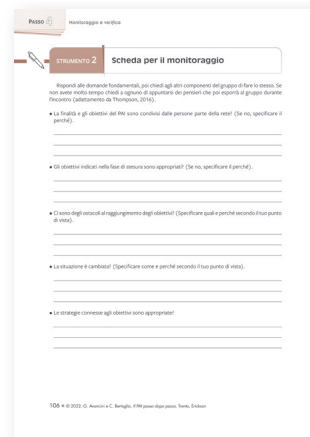
Focus di approfondimento



Tabella di definizione dei tempi in relazione a obiettivi e strategie



Esempio di diario compilato



Scheda per il monitoraggio

LE AUTRICI



GIULIA AVANCINI

Assistente sociale con esperienza in ambito comunale e ospedaliero, dottore di ricerca in Sociologia, organizzazioni, culture e docente nel corso di Laurea in Scienze del servizio sociale presso l'Università Cattolica di Milano. Svolge attività di ricerca e formazione presso il Centro di Ricerca Relational Social Work nell'ambito degli anziani e della non autosufficienza.



CLARA BERTOGGIO

Assistente sociale con esperienza di lavoro sociale con le persone anziane e con disabilità, si occupa di coordinare i servizi rivolti alle persone anziane e agli adulti fragili di una cooperativa sociale. È docente nel corso di Laurea in Scienze del servizio sociale presso l'Università Cattolica di Brescia e dottoranda di ricerca in Social Work and Personal Social Services presso l'Università Cattolica di Milano.

METODO RELATIONAL SOCIAL WORK DI FABIO FOLGHERAITER

Il Metodo del Relational Social Work, ideato e sviluppato dal Professor Fabio Folgheraiter e dal Centro di Ricerca Relational Social Work dell'Università Cattolica di Milano, implementa i principi di reciprocità, mutualità, fiducia e coprogettazione.



€ 19,50

www.erickson.it

MATERIALE ONLINE vai su:
<https://risorseonline.erickson.it>

INDICE

7	Saggio introduttivo
	Metodologia e strumenti in 4 passi
15	Passo 1 Assessment iniziale
39	Passo 2 Stesura
67	Passo 3 Applicazione
85	Passo 4 Monitoraggio e verifica
111	Bibliografia

Saggio introduttivo

Pianificazione assistenziale e PAI: uno sguardo d'insieme

In questo testo ci si è dati l'obiettivo di proporre una riflessione metodologica sul Piano Assistenziale Individualizzato, per offrire uno strumento operativo agli operatori sociali e sanitari che lavorano nel contesto dell'assistenza alle persone anziane, partendo da una solida base teorica. Per raggiungere questo risultato partiamo da un primo aspetto essenziale: distinguere il processo di pianificazione assistenziale dal piano assistenziale vero e proprio (Dellefied et al., 2006). Il primo riflette il processo di valutazione in cui vengono identificati i bisogni e le capacità della persona anziana nonché fissati gli obiettivi di cura; il secondo — che nella letteratura internazionale è conosciuto con il nome di *care plan* e nel nostro Paese prende il nome di Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) — è la sua diretta elaborazione, descrive come tali bisogni verranno soddisfatti e indica le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi fissati e per valutarne la realizzazione.

Il PAI concretamente rappresenta uno strumento di lavoro all'interno dei contesti di cura delle persone anziane. Questo piano generalmente viene definito da parte di un'équipe multiprofessionale in una fase iniziale del processo d'aiuto (Network Non Autosufficienza, 2021); invece capita più raramente che esso sia formulato dalla persona anziana stessa e dalle persone per lei significative. Le esperienze che vanno in questa direzione sono infatti ancora abbastanza limitate (White, Newton-Curtis e Lyons, 2008) anche se, come vedremo nelle prossime pagine, il PAI è fondamentale per tener conto di tutti gli aspetti della vita di una persona anziana e garantirle un'assistenza realmente a sua misura.

Riprendendo la distinzione iniziale, possiamo quindi affermare che il PAI sintetizza un processo di pianificazione assistenziale che è individualizzato e dinamico e all'interno del quale possono essere identificati i servizi offerti, la loro frequenza, i membri dell'équipe responsabili per ogni intervento, le tempistiche per la sua realizzazione e valutazione (Dellefied et al., 2006).

Diciamo che il PAI è individualizzato perché dovrebbe evidenziare un processo di cura specifico per la persona anziana a cui si riferisce, che non dovrebbe ridursi a un elenco di interventi standardizzati o a sterili compiti professionali (Clausen et al., 2012). Il processo di pianificazione dell'assistenza e di definizione del PAI hanno come obiettivi quelli di fornire un'assistenza personalizzata, darle continuità, integrare i diversi apporti professionali e facilitare la comunicazione tra tutti i professionisti e non, coinvolti nella realizzazione del progetto d'aiuto.

A tale scopo, il processo di pianificazione assistenziale interdisciplinare e il PAI garantiscono la raccolta, l'interpretazione e la sintesi di informazioni cliniche e sociali utili al raggiungimento degli obiettivi relativi alla qualità della vita e alla qualità dell'assistenza offerta alle persone anziane (Dellefied et al., 2006).

Diciamo che il PAI è dinamico perché esso, dato che la situazione di vita delle persone anziane non è statica, dovrebbe modificarsi con essa e quindi evolvere continuamente (Dellefied et al., 2006). Il PAI dovrebbe pertanto essere flessibile e venire aggiornato man mano che si verificano cambiamenti nelle condizioni di vita delle persone anziane.

Gli ostacoli connessi al PAI

Sebbene la pianificazione dell'assistenza nei confronti di una persona anziana e la conseguente definizione di un PAI siano ritenuti essenziali, questi passaggi sono spesso considerati faticosi da parte dei professionisti e non sempre si dà loro corso. Le cause di questo sono da ricercare in diversi fattori: la mancanza di supporto amministrativo per l'attività di pianificazione dell'assistenza (Dellefied et al., 2006); il tempo limitato a disposizione dei professionisti per consultarsi, pianificare l'assistenza e coordinarsi negli interventi che vengono realizzati (van Dongen et al. 2016); la mancanza delle competenze utili a elaborare piani assistenziali e la scarsa fiducia da parte degli operatori circa la reale efficacia del processo di pianificazione dell'assistenza (Dellefied et al., 2006). La possibilità di pianificare adeguatamente l'assistenza nei confronti delle persone anziane è inoltre influenzata da fattori che riguardano l'interazione tra i membri del *team* di lavoro: l'elaborazione e lo sviluppo del PAI non possono essere visti come distanti dall'équipe, ma devono piuttosto essere riconosciuti come il risultato del processo di collaborazione interprofessionale che vi è tra gli operatori (van Dongen et al. 2016).

Quand'anche il processo di pianificazione si realizza e il PAI viene redatto, esso frequentemente non guida l'erogazione quotidiana dell'assistenza (Kontos et al., 2010) e possono verificarsi delle discrepanze tra le azioni che vengono riportate nel PAI e quelle con cui l'assistenza si concretizza. La documentazione, inoltre, spesso manca di completezza: ad esempio una valutazione accurata delle capacità cognitive delle persone anziane non viene sempre eseguita o documentata nonostante sia essenziale nella pianificazione delle cure, al fine di realizzare un piano affidabile e individualizzato (Voutilainen et al., 2004). In aggiunta, sebbene sia riconosciuta l'importanza di utilizzare un approccio centrato sulla persona sia per soddisfare i bisogni che essa esprime che per realizzare un'assistenza di qualità, spesso viene data poca enfasi agli aspetti psicosociali, evidenziando una difficoltà nel mantenere la persona al centro degli interventi anche nella documentazione che viene redatta (Broderick et al., 2013).

A livello normativo, nell'ambito della pianificazione degli interventi nei confronti di una persona anziana, viene sottolineata l'importanza di prevedere la stesura di un Piano Assistenziale Individualizzato all'avvio della presa in carico e in tutte le unità d'offerta in cui essa viene seguita (domiciliare, semiresidenziale, residenziale). Ad oggi, tuttavia, non si trovano riferimenti chiari e sistematizzati che descrivano il processo che precede la stesura del PAI e le fasi che caratterizzano la sua realizzazione. Nel tempo, inoltre, è stata ribadita la necessità di sviluppare un modello di PAI uniforme su tutto il territorio nazionale (Network Non Autosufficienza, 2013) e di renderlo maggiormente personalizzato attraverso l'individuazione di

obiettivi realistici e misurabili (Crippa, Mauri e Spreafico, 2021). Inoltre, serve che il PAI raggiunga l'obiettivo di integrazione tra servizi e interventi attivati da parte della rete sociale, sanitaria e informale della persona che, nonostante la presenza di un responsabile di caso (*case manager*) incaricato di tenerne la regia, fatica ad essere soddisfatto (Network Non Autosufficienza, 2013).

Il PAI attraverso il Metodo Relational Social Work

La complessità che caratterizza i bisogni delle persone anziane e che rende necessaria una risposta multidisciplinare, integrata e personalizzata, sottolinea, al di là degli ostacoli che i professionisti possono incontrare, l'importanza di adottare il PAI e la necessità di definirlo e realizzarlo adeguatamente. Sarebbe difficile immaginare come un gruppo di professionisti di diversa estrazione potrebbe soddisfare i bisogni che le persone anziane portano, senza un lavoro coordinato e documentato. La pianificazione dell'assistenza e l'elaborazione del PAI sono quindi cruciali per garantire un elevato livello di qualità dell'assistenza nei confronti delle persone anziane (Dellefied et al., 2006) ed è quindi essenziale capire come i piani di assistenza possano essere migliorati e implementati efficacemente nella routine quotidiana.

Questo testo, lungi dal voler introdurre un modello di PAI da seguire, si propone di rileggere lo strumento del PAI alla luce del Metodo Relational Social Work (Folgheraiter, 2018) cercando di offrire al lettore lenti nuove con cui guardare agli strumenti esistenti, conosciuti o utilizzati all'interno delle organizzazioni in cui si lavora. In questo senso, il testo è stato pensato, strutturato e scritto con l'obiettivo di sollecitare il lettore nel guardare ai propri strumenti di lavoro con attenzione, curiosità e senso critico, perché possano essere considerati non solo un adempimento formale, ma un mezzo per lavorare bene con la persona anziana e tutte le persone coinvolte nel processo assistenziale, utilizzando una chiara metodologia.

Il PAI per fronteggiare problemi di vita

Secondo il Metodo Relational Social Work dal quale si traggono le indicazioni teoriche e metodologiche di riferimento (Folgheraiter, 2018), i problemi si dividono in due categorie: i problemi tecnici e i problemi di vita. Quando ci si riferisce a un problema tecnico si intende un problema relativamente oggettivo, quindi definibile entro parametri codificati. Per questa tipologia di problema, perciò, è possibile e auspicabile agire con l'obiettivo di eliminare questa criticità, risolvendola. Questa accezione è certamente appropriata, anzi fondamentale, nelle attività sanitarie dove lo scopo principale è quello di guarire. Infatti, questa tipologia di problemi si inserisce nella logica del curare che nei Paesi anglofoni viene definita *curing* (Folgheraiter, 1998). La logica alla base di questa modalità di assistenza implica la ricerca di una precisa malattia, cioè il problema tecnico, per arrivare a una diagnosi e poi concentrarsi nell'implementazione di una cura che permetta di riparare e risolvere tale problema, attivando un trattamento. Il medico svolge quotidianamente tale procedimento: ad esempio, tramite opportuni esami, individua un'appendice infetta, compie dunque una diagnosi, e conseguentemente opera la persona per eliminare proprio la patologia, quindi l'appendice, implementando il trattamento adeguato (Folgheraiter, 1998). L'applicazione di questa modalità di

Che cos'è la valutazione e a che punto siamo quando lavoriamo al PAI?

Ci troviamo nel momento di apertura di un Piano Assistenziale Individualizzato; quindi siamo proprio nel momento in cui si è appena attivato o è in previsione di essere attivato a breve un servizio, una prestazione, ecc. in favore di una persona anziana. Potremmo quindi trovarci nella situazione in cui una persona anziana è appena entrata in una struttura residenziale oppure nel momento in cui si è deciso di attivare un servizio di assistenza domiciliare in suo favore, oppure è stato programmato un suo ingresso in un centro diurno, ecc.

Un'azione professionale e un giudizio operativo

Infatti, in generale, quando ci riferiamo alla valutazione nel contesto dei servizi intendiamo un'azione professionale (o multiprofessionale nel caso del PAI) che conduce alla formulazione di un giudizio operativo su una determinata situazione (Corradini, 2018 p. 17). Per non confonderla con la valutazione conclusiva di un percorso (di cui parleremo nel nostro Quarto Passo) facciamo riferimento a un tipo di valutazione che gli anglosassoni definiscono *assessment*, quindi un procedimento tecnico avviato per ricostruire e appurare i termini di una situazione-problema prima di dare corso a un intervento professionale d'aiuto (Folgheraiter, 1998 p. 288).

Partire dall'assessment

Possiamo quindi affermare che nel momento in cui è necessario attivarsi per la definizione di un PAI, una valutazione iniziale è già stata fatta, proprio perché per attivare un determinato servizio è necessario sia stata svolta una valutazione iniziale. Infatti, la decisione che porta all'attivazione di questo servizio si basa su un'analisi preliminare della situazione, un *assessment*. Sarà quindi importante partire dagli elementi già a disposizione per organizzare un *assessment* che abbia come obiettivo la definizione di un Piano. Questa valutazione iniziale, lo vedremo nei prossimi paragrafi, è una valutazione co-costruita che non si basa solamente sul giudizio professionale degli operatori; per iniziare a concepire il PAI sarà tuttavia necessario partire dall'idea di rendere operativa la valutazione multidimensionale fatta dall'Unità Valutativa Multidimensionale o comunque dall'équipe che si occupa di questa valutazione, che può avere denominazioni diverse in base al territorio di riferimento (Raineri e Corradini, 2019). Infatti, all'interno del territorio italiano troviamo sigle differenti (UVM, Unità Valutativa Multidimensionale; UVI, Unità Valutativa Integrata; UCAM, Unità di Comunità Assistenziale Multidimensionale; UVG, Unità Valutativa Geriatrica, in contesti dove è prevista un'équipe ad hoc per le persone anziane) che rappresentano questa équipe di professionisti la quale sviluppa una valutazione multidimensionale prendendo in considerazione diverse componenti del benessere/malessere della persona. Conseguentemente, anche le schede di valutazione standardizzata che vengono utilizzate da queste unità valutative sono differenti all'interno dei vari contesti territoriali. Questo testo potrebbe essere letto da un operatore proveniente dal Lazio dove viene utilizzata la scheda VAOR per effettuare una valutazione di questo tipo: l'operatore veneto invece si sarà interfacciato con la scheda SVAMA, il friulano con la Val. Graf, e così via. Questo, però, non significa che gli elementi definiti all'interno di questo passo non sono validi solo per chi utilizza determinate scale e per altri no, perché il lavoro

che si propone qui riguarda l'approccio e le modalità necessarie per sviluppare una valutazione iniziale.

La valutazione già effettuata verrà ripresa e si terrà conto degli eventuali cambiamenti avvenuti. Infatti, si deve tener presente che la valutazione è sia un prodotto che un processo (Kaplan e Berkman, 2015). È certamente un prodotto perché i risultati dell'assessment portano alle fasi successive del processo d'aiuto e più nello specifico alle fasi successive del progetto assistenziale (stesura, applicazione, monitoraggio e verifica finale), ma allo stesso tempo è un processo, perché non si limita a una fotografia oggettiva e statica della situazione. In questo senso, le valutazioni precedenti saranno sicuramente utili come base da cui partire, ma la valutazione di cui si parla in questo Passo è una valutazione connessa al progetto di vita della persona, che prende quindi avvio dalla necessità di stilare il piano per l'attivazione di un servizio, ma non si limita a questo.

Se l'assessment iniziale viene concepito in questo modo, permette la costruzione di un vero e proprio progetto d'aiuto, basato sul Piano Assistenziale Individualizzato.

La raccolta dati

Informazioni per
l'assessment

Un primo passaggio necessario che permetterà di iniziare la valutazione, ma che non si configura come la valutazione stessa, è la raccolta delle informazioni necessarie per riuscire ad effettuare un *assessment*. Può sembrare un passaggio ovvio, ma spesso è proprio in questo primo passaggio antecedente alla valutazione vera e propria che si rimane incagliati.

Il faro che deve guidare la raccolta di dati è quello di focalizzarsi sulle informazioni, le conoscenze rilevanti rispetto alla situazione stessa e alle attività che è utile svolgere in riferimento ad essa (Thompson 2016). Raccogliere il massimo delle informazioni possibili può essere l'obiettivo che ci guida, ma attenzione: questo atteggiamento può essere controproducente. Può causare una percezione di intrusione dell'operatore nei vissuti dei diretti interessati, può significare perdere del tempo prezioso che può essere impegnato in altre attività di questo percorso: troppe informazioni possono confondere le idee e creare confusione. Non vuol dire essere superficiali e non approfondire la raccolta di informazioni, ma tenere a mente che in questo momento è necessario raccogliere le informazioni che permetteranno di fare una valutazione della situazione e consentiranno poi di sviluppare i successivi passaggi. La domanda che può guidare l'operatore o gli operatori che stanno raccogliendo le informazioni per effettuare la valutazione iniziale sarà «*Che cosa mi è utile per questa specifica valutazione?*» Può sembrare una domanda banale ma, presi dalla volontà di essere il più esaustivi possibili, rischiamo di perdere la direzione e l'orientamento. Perdersi nei dettagli senza avere in mente la situazione nel complesso rischia di inficiare *l'assessment* e conseguentemente l'intero percorso (Jobe et al., 2018).

Quali fonti e quali modalità per raccogliere queste informazioni

Documenti,
riunioni, colloqui

Una domanda comune potrebbe essere anche quella di capire quali sono le fonti a disposizione per raccogliere queste informazioni e quali sono le modalità con

cui raccoglierle. Con il termine «fonti» intendiamo tutte quelle persone, istituzioni, documenti già in possesso o reperibili, che permettono di ottenere informazioni utili alla valutazione della persona e della sua situazione. Le modalità per ottenere queste informazioni possono essere molteplici in base al tipo di fonte: lettura dei documenti, colloqui presso il servizio, riunioni d'équipe, telefonate tra colleghi, visite domiciliari, osservazione della persona in contesti differenti, ecc.

La documentazione già in possesso o da reperire

Condivisione di senso: non è un «test» per accedere a un servizio

L'ente che ha la responsabilità di definire il PAI potrebbe già avere informazioni più o meno recenti che possono essere utili allo scopo. Possono esserci relazioni passate del servizio, relazioni di altri servizi, documentazione legata allo stato di salute fisico o mentale aggiornate, precedenti Piani Assistenziali Individualizzati, ecc.

Tra la documentazione che è utile raccogliere, potrebbe esserci anche l'esito di valutazioni multidisciplinari pregresse, tra cui quella che ha portato alla decisione di attivare un servizio per il quale ora si sta lavorando al PAI.

Inoltre, possono esserci degli esiti di misurazioni attraverso scale che permettono la valutazione di una specifica dimensione¹ della valutazione. Sarà importante, però, utilizzare queste scale o somministrarle ai diretti interessati condividendo il senso di tale somministrazione; senza questa condivisione rischiano di essere vissuti come semplici test, potrebbero mettere in ansia la persona anziana e creare un senso di disagio anche nei familiari, i quali potrebbero aver la percezione che il proprio caro debba superare un test per poter «ottenere» il servizio.

La persona stessa

Affronteremo a breve in modo più dettagliato il tema del coinvolgimento della persona anziana. Qui preme sottolineare quanto sia importante lavorare per fare in modo che la persona anziana debba essere ascoltata. Certamente, in alcune situazioni, può essere complesso fare questo passaggio: pensiamo alle situazioni di deterioramento cognitivo. Ma è altrettanto necessario riconoscere le conoscenze e le competenze esperienziali del diretto interessato. Sicuramente la persona stessa è la maggior esperta della sua personale situazione, visto che la sta vivendo sulla propria pelle. L'aspetto complesso alle volte può trovare le modalità per riuscire a far sì che la persona possa esprimersi, ma questo non giustifica un suo mancato coinvolgimento.

I familiari o chi vive con la persona

Non dimenticare il punto di vista della persona

Ci riferiamo in particolare a chi si occupa quotidianamente delle sue necessità o chi si ne è occupato fino all'inserimento in struttura, se si tratta della definizione di un PAI per questo scopo.

Chi vive o ha vissuto con la persona anziana, solitamente è una fondamentale fonte di informazioni. Le ricerche mostrano che di prassi gli operatori si interfacciano e prendono le decisioni con la famiglia e i parenti del diretto interessato (Österholm et al., 2015) rischiando di trascurare il punto di vista della persona

¹ In questo contesto si è deciso di non descrivere tutte le possibili scale utilizzabili per la raccolta di informazioni sullo stato di salute complessivo della persona come, ad esempio, l'Indice di Barthel, Tinetti Balance and Gait Scale, Mini Mental State Examination (MMSE), Neuropsychiatric Inventory (NPI-UCLA), The Gottfries-Brane-Steen Scale (GBS), ecc.



FOCUS

L'ageism

Stereotipi e pregiudizi connessi all'età anziana sono molto diffusi, in particolare nella società occidentale, dove vi è la tendenza a nascondere e procrastinare malattia e dolore il più possibile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2015) individua con il termine di *ageism* l'insieme degli stereotipi negativi legati all'età che possono portare a pregiudizi e forme di discriminazione nei confronti dell'età anziana. Lo stereotipo è basato su un'immagine di passività della vecchiaia che ha un effetto di deprezzamento della stessa e suggerisce un minor grado di competenza sia fisica che intellettuale (Pavesi, 2013). L'ageism è molto radicato nella società. Le principali ragioni della diffusione delle discriminazioni verso le persone anziane sono riconducibili alla presenza di una cultura materialistica che considera chi non è più in grado di produrre un peso per la società e al ricorso a un approccio medico-sanitario che porta a definire il valore di una persona in base alla sua efficienza fisica (Corradini, 2019).

La pandemia da Covid-19 non ha fatto altro che aggravare l'ageism già diffuso nei confronti delle persone anziane. La pandemia e la narrazione mediatica che è stata fatta delle persone anziane ha infatti contribuito a diffondere una rappresentazione delle persone anziane come gruppo uniforme di individui indifesi, fragili e incapaci di contribuire alla società e ad accentuare il divario tra giovani (ritenuti più immuni al virus) e anziani (considerati più suscettibili allo stesso) che ha portato a mettere le generazioni l'una contro l'altra a scapito di un maggiore senso di solidarietà (Ayalon et al., 2020).

L'ageism è un fenomeno pervasivo che si riscontra in diversi ambiti, anche in quelli che forniscono servizi nel settore della Long Term Care e nell'assistenza sanitaria (de São José e Amado, 2017) e gli stereotipi negativi diretti verso le persone anziane possono anche derivare dal comportamento e dai giudizi degli stessi professionisti (Maxfield e Guest, 2021). Marshall mette in luce come i professionisti che lavorano con gli anziani possono essere anche vittime dell'ageism perché essi sono considerati professionisti di serie B con minori possibilità di carriera rispetto agli altri (Pavesi, 2013).

Giovanna lavorava con gli anziani da tantissimi anni, in diversi contesti residenziali. Era sempre andata orgogliosa della sua capacità di rapportarsi con le persone di cui si prendeva cura. Dopo aver frequentato un seminario sugli interventi contro i pregiudizi verso gli anziani, però, Giovanna si rese conto che, sotto diversi aspetti, aveva contribuito anche lei (senza nemmeno avvedersene) ad alimentare questi pregiudizi. Dovette riconoscere, in particolare, che sino ad allora si era concentrata troppo sui bisogni di tipo fisico dei suoi utenti, senza considerarne a sufficienza i diritti, o le possibilità di scelta (Thompson, 2016, p. 169).

Neil Thompson nel suo testo *Anti-discriminatory practice* (2016, p. 110), ripreso da Corradini et al. (2019), descrive alcune tra le principali caratteristiche stereotipiche attraverso cui vengono descritte le persone anziane:

1. *Gli anziani sono inutili.* Si tratta del modello per cui l'età anziana è un peso: si ritiene che gli anziani ormai non siano più produttivi, non contribuiscano più all'economia e quindi siano un peso per la società, in quanto prosciughano le risorse dello Stato. Spesso questa è una scusa per non erogare certi servizi o per dare la precedenza ai più giovani.
2. *Gli anziani sono come bambini.* L'età anziana è vista come un periodo di post-adultità, una seconda infanzia. Gli anziani vengono infantilizzati, vengono trattati in maniera paternalistica, vengono prese decisioni che li riguardano senza consultarli.
3. *Gli anziani non sono [tutelati] come i bambini.* Paradossalmente, non vengono trattati come i minori in termini di protezione e di servizi loro dedicati. Anche il lavoro sociale con gli anziani

è in genere considerato come un «parente povero» di ambiti di social work più prestigiosi, come quello della tutela minorile.

4. *Gli anziani sono malati.* Ovviamente è un dato di fatto che con l'aumentare dell'età aumentano i problemi di salute. Tuttavia, questo non significa che la maggior parte degli anziani sia malata o che la vecchiaia sia di per sé una malattia. Al contrario, la presenza della malattia in età anziana è spesso esagerata e fraintesa.
5. *Gli anziani non sono [curati come] malati.* Un altro paradosso è che, quando gli anziani sono malati davvero, non vengono presi sul serio e si sentono dire: «Che cosa pretendi alla tua età?». Questo si riflette anche nei criteri di priorità adottati dai servizi sanitari.
6. *Gli anziani soffrono di solitudine.* Spesso le persone anziane sono viste con pietà e considerate abbandonate. Senza dubbio molti anziani si sentono soli (come anche molte persone più giovani di loro). Ma molti altri hanno una buona rete sociale e non si sentono affatto così. Inoltre, vivere da soli non significa necessariamente soffrire di solitudine.
7. *Gli anziani sono asessuati.* La sessualità degli anziani è spesso disapprovata o percepita come qualcosa di disgustoso o sporco.
8. *Gli anziani fanno fatica a capire le cose.* Si dà per scontato che tutti gli anziani abbiano minori capacità intellettuali. Questa idea è spesso accompagnata dal pensare che la confusione mentale sia «normale» nel processo di invecchiamento. Ci si aspetta che gli anziani siano lenti a capire e non riescano a comprendere questioni complicate, così, si tende a comunicare con loro semplificando il discorso senza che ce ne sia bisogno: un esempio di paternalismo.
9. *Gli anziani sono poveri.* Le differenze di classe tendono ad amplificarsi con l'avanzare dell'età, ma questo non vuol dire che tutti gli anziani, come gruppo sociale, siano poveri.
10. *Gli anziani sono persone di serie B.* C'è una forte tendenza ideologica a considerare gli anziani come una categoria a parte, diversa dalle «altre persone».

Gli operatori che quotidianamente lavorano con le persone anziane devono saper riconoscere i segnali di stigma verso di esse, essere consapevoli delle conseguenze quotidiane a cui essi possono portare, come l'infantilizzazione delle persone anziane, il disconoscimento dei bisogni che esprimono, la loro emarginazione e opporsi e ostacolarli il più possibile.

Corradini (2019) afferma come, accanto a una consapevolezza dei pregiudizi e delle forme di discriminazione agite nei confronti delle persone anziane, i professionisti possano anche ricorrere all'uso di alcuni accorgimenti utili per evitarli.

Questi consistono in:

- avere uno sguardo vigile verso episodi di abuso e maltrattamento nei confronti delle persone anziane senza tuttavia porle in una posizione passiva;
- lavorare per promuovere costantemente l'empowerment e l'autodeterminazione delle persone anziane con cui si lavora;
- valorizzare il concetto di interdipendenza intesa come condizione comune a tutti nel corso della vita, anziché porre l'accento sul divario esistente tra le condizioni di dipendenza e indipendenza;
- porre attenzione al linguaggio utilizzato per rivolgersi e parlare a proposito delle persone anziane, prendendo le distanze da insidiose categorizzazioni e generalizzazioni;
- superare il tabù della malattia e della morte, considerandole parte dell'esistenza per riuscire a coinvolgere e responsabilizzare maggiormente le persone nella progettazione degli interventi.

Marshall (Pavesi, 2013) sottolinea come per combattere l'ageism, diversamente da quanto generalmente si crede, servano professionisti che si adoperino per demolire questo stereotipo nella pratica quotidiana: il lavoro sociale con gli anziani necessita di operatori decisi e rumorosi che sappiano lavorare con consapevolezza e volontà di cambiamento.



DOMANDE PER L'AUTORIFLESSIONE

Pensando alle situazioni con le quali ti trovi a lavorare e in vista della stesura del PAI, puoi chiederti:

- ▷ Faccio attenzione al modo in cui mi rivolgo alla persona anziana con cui sto rapportandomi e al linguaggio che utilizzo nella stesura dei documenti che la riguardano?
- ▷ Mi adopero affinché la persona anziana partecipi alle decisioni che la coinvolgono, ad esempio coinvolgendola negli incontri che la riguardano?
- ▷ Tutelo gli spazi di autodeterminazione di cui la persona anziana dispone, ad esempio intervenendo solamente quando necessario o è lei stessa a chiedermelo?
- ▷ Riconosco le capacità di cui la persona anziana ancora dispone e creo le condizioni perché possa esercitarle, ad esempio valorizzando nei documenti che la riguardano i suoi punti di forza e sostenendola nell'esercitare tali capacità residue?

Come coinvolgere l'anziano (che è parte della rete)?

Sviluppare un coinvolgimento autentico

Thompson (2016), per i rapporti di lavoro con le persone anziane, fornisce alcuni suggerimenti che permettono di sviluppare un autentico coinvolgimento:

- evitare i termini sottilmente dispregiativi o il linguaggio paternalistico, prestare attenzione al linguaggio che viene utilizzato perché esso può contribuire a «etichettare» le persone anziane;
- incoraggiare e creare le condizioni perché gli anziani possano partecipare ai processi decisionali che le riguardano;
- mirare all'*empowerment*, ovvero supportarli per recuperare il più possibile potere e padronanza rispetto alla situazione in cui si trovano e alla propria vita, anziché perpetrare una condizione di dipendenza;
- valorizzare l'esperienza degli anziani come persone non solo portatrici di bisogni ma anche di risorse.

Coinvolgendo l'anziano stesso nel processo di costruzione del PAI lo riconosciamo nella propria soggettività e nella conoscenza esperienziale che gli appartiene (Folgheraiter, 2016). Riconoscere e rispettare il sapere esperienziale in capo alla persona anziana significa valorizzare la conoscenza che essa ha di se stessa e tener conto delle sue preferenze e opinioni in merito alle questioni oggetto del processo decisionale alla base del PAI.



DOMANDE PER L'AUTORIFLESSIONE

Per verificare che si stia coinvolgendo la persona anziana nel processo di definizione e stesura del PAI, puoi provare a riflettere sulle seguenti domande:

- ▷ La persona anziana sta partecipando ai momenti in cui vengono discusse le scelte che la riguardano?
- ▷ La persona anziana è nelle condizioni di poter liberamente esplicitare il proprio punto di vista durante i processi decisionali che confluiranno nel PAI?
- ▷ In qualità di operatore sto facilitando il coinvolgimento autentico e l'espressione della persona anziana?
- ▷ Se la persona anziana «non ha voce» per esprimere la propria opinione, sto supportandola o, se lo richiede, sostituendola nell'esplicitare il suo punto di vista?

Come stendere il PAI? Indicazioni operative

Arrivati a questa fase del processo in cui le decisioni sono state prese e condivise con tutti i partecipanti precedentemente coinvolti, il PAI può essere finalmente redatto.

Come deve essere un PAI? Proviamo di seguito a tratteggiarne una possibile struttura esplicitando e descrivendo gli elementi essenziali da includere in ogni sua parte e a cui è importante prestare attenzione. Si tratta di elementi che possono essere validi per la stesura di PAI destinati a differenti contesti di applicazione (in ambito residenziale, semi-residenziale, domiciliare) e in cui ogni professionista può facilmente ritrovarsi o essersi imbattuto nel corso del proprio lavoro.

Il PAI può essere suddiviso in macro-parti (nella descrizione di seguito proposta, si articola in tre sezioni) che guidano il professionista nell'inserimento delle informazioni necessarie per il suo utilizzo, rimandano ai passaggi progettuali compiuti prima della fase di stesura (si vedano i precedenti paragrafi e il Passo 1) e conferiscono al documento un ordine progettuale; tuttavia è bene ricordare che questa suddivisione, nella realtà — considerato il fatto che il PAI riguarda la vita di una persona anziana — non può essere netta ma le sue macro-parti sono strettamente connesse tra loro e vanno considerate nel loro insieme.

Siamo consapevoli della circostanza che, come accade nella maggior parte dei casi, l'operatore potrebbe lavorare utilizzando una traccia di PAI già fornita dal proprio ente di appartenenza, che non corrisponde pienamente a ciò che è descritto in questo testo. Tuttavia, la descrizione dell'impianto del PAI che qui verrà ripercorsa può aiutare il professionista nel riappropriarsi del senso delle informazioni che vengono richieste dal PAI (anche nel modello che sta utilizzando) e che nella frenesia dell'operatività quotidiana potrebbe andar perso; non solo, gli elementi qui inseriti potrebbero suggerire ulteriori possibili integrazioni da apportare al modello di PAI che il professionista sta utilizzando. Nello **Strumento 4** proponiamo delle tracce di stesura di ognuna delle tre parti, le cui singole voci descriviamo di seguito nel dettaglio.

Prima parte

La prima parte contiene in genere tutte le informazioni importanti riferite alla persona anziana ed eventualmente alla persona che si occupa di compilare il PAI o al servizio in cui esso verrà realizzato; possono essere inseriti in questa sezione:

- il nominativo dell'operatore che si occupa di compilare il PAI, eventualmente la denominazione dell'ente o del servizio di riferimento;

Articolare il PAI
in macro-parti

Informazioni utili

**BOX
METODOLOGICO 3****Il ruolo della guida relazionale**

Nella fase di applicazione del PAI, l'operatore che svolge la funzione di guida relazionale ha i seguenti compiti:

- prestare attenzione e cura alla conservazione e fruibilità del PAI da parte di tutte le persone interessate;
- predisporre il diario;
- compilare e tenere aggiornato il diario e incoraggiare gli altri membri della rete di fronteggiamento perché facciano altrettanto;
- facilitare la partecipazione di tutte le persone interessate, in particolare quelle eventualmente non precedentemente coinvolte, alla realizzazione del PAI;
- valorizzare il punto di vista della persona anziana e fare in modo che nella realizzazione del PAI venga rispettato;
- fare attenzione che la realizzazione delle attività sia congruente alle finalità e obiettivi definiti nel passo precedente.

Strumenti e schede di orientamento

Nelle prossime pagine troverete:

- un modello di diario in una *versione compilabile* (disponibile anche nelle risorse online);
- un modello di diario in una *versione già compilata*;
- due esempi di diario *a confronto*.

ed efficiente: ricorderà a tutti i presenti quali sono le tempistiche e dovrà riferire al gruppo se si sta perdendo l'obiettivo dell'incontro o se ci si sta fossilizzando su aspetti che rischiano di creare una situazione di stallo. Il tempo è prezioso per tutti, quindi è importante che il gruppo stesso decida come utilizzarlo.



BOX METODOLOGICO 2

Ruolo della guida relazionale in questa fase del PAI

Nella fase di monitoraggio o verifica del PAI la guida relazionale ha i seguenti compiti:

- Valutare se è necessario proporre un momento di monitoraggio o accogliere la richiesta di monitoraggio da parte dei diretti interessati.
- Presidiare il processo di preparazione del momento di monitoraggio, facendo attenzione che vengano seguiti tutti i passaggi per la preparazione.
- Tenere le fila dell'incontro di monitoraggio/valutazione e facilitarlo, facendo in modo che tutte le persone sentano rappresentato il proprio punto di vista.
- Mirare sempre al coinvolgimento dell'anziano nei limiti delle sue possibilità.
- Stimolare il confronto e la creatività delle persone coinvolte nel monitoraggio e nella valutazione.
- Provvedere alla modifica del PAI o all'aggiunta delle revisioni in base ai contenuti emersi, avendo cura di inserire le decisioni condivise e renderle in modo chiaro.
- Dare concretezza al PAI, ricordandosi di esplicitare «chi fa che cosa e quando» anche utilizzando un piano di lavoro.
- Occuparsi della condivisione del PAI modificato, consegnandolo alle persone coinvolte o rendendolo accessibile in uno spazio comune.
- Valorizzare il momento di valutazione in ottica di apprendimento, tenere traccia di questi apprendimenti e utilizzarli.

S trumenti e schede di orientamento

Nelle prossime pagine troverete:

- La scheda per *organizzare l'incontro di monitoraggio*;
- La scheda per il *monitoraggio* (disponibile anche nelle risorse online);
- La scheda di *preparazione all'incontro*;
- Lo schema per redigere la *valutazione finale* (disponibile anche nelle risorse online);
- Un esercizio per la *valutazione condivisa e l'individuazione dei punti di forza*.

