



Università  
Ca'Foscari  
Venezia

Corso di Laurea magistrale in

*Lavoro, Cittadinanza  
Sociale, Interculturalità*

Tesi di Laurea

## **Per il benessere del paziente.**

L'importanza dell'utilizzo delle *Soft Skills* per professionisti sociali e sanitari.

**Relatore**

Ch.mo Prof. Fiorino Tessaro

**Correlatore**

Ch.mo Prof. Francesco Della Puppa

**Laureanda**

Marta  
Lucente  
859997

**Anno Accademico**

2019 / 2020



*"Continui a fare la differenza"*



## INDICE

Abstract.....	4
Introduzione.....	5
Cap. 1 INTELLIGENZA EMOTIVA E SOFT SKILLS.....	9
Competenze hard e competenze soft.....	10
Gli studi sulle competenze: un excursus storico.....	12
<i>McClelland</i> .....	12
<i>Boyatzis</i> .....	14
<i>Spencer e Spencer</i> .....	15
<i>La nascita del concetto di Intelligenza Emotiva</i> .....	18
<i>BECOME 360</i> .....	21
Dal Job Requirement al Life Requirement: il punto di vista europeo.....	22
<i>Le ultime frontiere della ricerca: Lifecomp</i> .....	24
Cap. 2 PROGETTARE INSIEME AL PAZIENTE .....	30
<i>Competenze in ambito sanitario</i> .....	32
Cap. 3 LA CASA DI CURA VILLA MARGHERITA .....	35
Un inquadramento normativo.....	36
L'équipe multidisciplinare.....	41
Cap. 4 STUDI DI CASO .....	48
L'organizzazione della ricerca .....	49
<i>BEI Behavioral Event Interview</i> .....	51
<i>L'intervista ai professionisti</i> .....	53
<i>L'intervista ai pazienti</i> .....	55
<i>Il questionario di auto/etero valutazione</i> .....	57
Storie di vita .....	60
<i>Matteo</i> .....	60
<i>Il racconto di Matteo</i> .....	61
<i>Il racconto degli operatori</i> .....	64

<i>Grazia</i> .....	67
<i>Il racconto di Grazia</i> .....	67
<i>Il racconto degli operatori</i> .....	70
<i>Lucio</i> .....	72
<i>Il racconto di Lucio</i> .....	73
<i>Il racconto degli operatori</i> .....	75
Cap. 5 ANALISI TEMATICA.....	80
La relazione paziente-équipe .....	81
<i>Empatia</i> .....	81
<i>Spazio e tempo della relazione</i> .....	83
<i>Relazione sistemica: équipe-paziente-famiglia</i> .....	86
<i>Trasmettere il lavoro in team al paziente</i> .....	88
<i>Comunicazione assertiva e non giudicante</i> .....	89
Relazioni interne all'équipe .....	94
<i>Lavoro in team</i> .....	94
<i>Empatia all'interno dell'équipe</i> .....	95
<i>Leadership del gruppo</i> .....	95
<i>Comunicazione interna al team</i> .....	96
<i>Gestione dello stress tra colleghi</i> .....	97
<i>Riflessioni finali</i> .....	98
Conclusione.....	99
BIBLIOGRAFIA.....	101

## ELENCO DELLE FIGURE

Figura 1 Il Modello Iceberg (FONTE: Spencer e Spencer, 2017; pag. 33) .....	17
Figura 2 Cluster e competenze del modello BECOME360. (FONTE: CFCC e ESADE Business School).....	22
Figura 3 La metafora visiva delle LifeComp (FONTE: Sala et al., 2020, p. 21).....	25
Figura 4 LifeComp schema di sintesi (FONTE: LifeComp, Sala et al., 2020, pag. 9)	26
Figura 5 Il Framework delle LifeComp (FONTE: LifeComp, Sala et al., 2020; p. 20)	29
Figura 6 Schema riassuntivo degli elementi che influenzano la compliance. FONTE: Tatarelli et al, 1998; p.98) .....	34
Figura 7 La Casa di Cura Villa Margherita di Arcugnano - Vicenza (FONTE: CENTRO STRESS OSSIDATIVO) .....	37
Figura 8 Schema riassuntivo dell'assistenza residenziale extraospedaliera basata sulla DGR 751/2000 .....	38
Figura 9 Questionario di Autovalutazione .....	58
Figura 10 Questionario di Eterovalutazione .....	59
Figura 11 Carrozzina Bascula .....	76
Figura 12 Carrozzina Leggera .....	77
Figura 13 Carrozzina Elettrica .....	77
Figura 14 Il giardino del reparto di Medicina Riabilitativa della Casa di Cura .....	84

## Abstract

Che cosa differenzia una prestazione buona da una nella media? E che caratteristiche deve avere un professionista sociale o sanitario per risultare eccellente nel proprio lavoro?

Gli studi sulle qualità personali come la consapevolezza di sé, la capacità di essere empatici, la gestione dello stress ed il raggiungimento dei risultati sono cominciati alla fine del 1900 e si sono ampliati sempre più fino al giorno d'oggi. Tutte queste qualità vengono categorizzate come *soft skills*, competenze trasversali o *LifeComp* e sono quelle che ad oggi a parità di *hard skills*, cioè di competenze tecniche, fanno la differenza nella performance.

Sulla base della mia esperienza di tirocinio presso la Casa di Cura Villa Margherita (VI), lo studio vuole sottolineare l'importanza di servirsi delle *LifeComp* anche all'interno del mondo socio-sanitario per rendere più efficace il lavoro dei professionisti e quindi per ottenere il benessere del paziente. Alla luce di ciò lo studio esaminerà in primis i contributi scientifici esistenti riguardo l'intelligenza emotiva e le *soft skills*, tratterà poi l'ambiente lavorativo come luogo in cui utilizzare questo tipo di competenze ed approfondirà quelle che il team riabilitativo ha messo in atto e di risultati ottenuti.



# Introduzione

*Da piccola volevo fare il medico.*

Fin da quando ero piccola mi sono interessata al benessere altrui. Era importante per me fare stare bene gli altri in maniera concreta. Per questo motivo ero convinta di voler fare il medico: “chi meglio di un medico infatti aiuta le persone concretamente?” pensavo.

Ho tentato di superare il test per ben due volte in anni successivi, ma il mio punteggio, seppur discreto, non è stato abbastanza alto da farmi accedere alla facoltà. A quel punto ho ripreso la facoltà che avevo intrapreso, *Conservazione e Gestione dei Beni e delle Attività Culturali*, ma sentivo un forte, anzi fortissimo bisogno di seguire la mia natura, quella che mi portava ad aiutare il prossimo. Ho cominciato a interessarmi alla musicoterapia e sono partita per l’Inghilterra per fare un corso specifico su questo tema grazie al programma Erasmus +. Una volta tornata ho scritto la tesi sulla disabilità e le arti performative: un tema che univa il mio percorso di studi al mio interesse primario. Durante quell’estate ho cercato di capire verso dove orientarmi per lasciare spazio e dare voce al mio sentimento altruistico ed ho deciso di iscrivermi alla magistrale in *Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità*. Un grande salto agli occhi di molti, un ingresso nel mondo che sentivo appartenermi dal mio punto di vista. Finalmente mi sono immersa in un ambiente che sentivo familiare e che mi aveva sempre attirata anche dal punto di vista universitario, ma che non avevo mai realmente considerato. I due anni di magistrale sono stati un periodo di estrema crescita personale e di introspezione per me. Ci sono state occasioni in cui la conoscenza di argomenti specifici come la manipolazione affettiva, mi hanno messa in forte discussione e mi hanno portata a vivere dei momenti difficili, allo stesso tempo però sono proprio quelli che mi hanno aiutata a crescere.

Conclusi gli esami previsti per il mio corso di Laurea Magistrale ho cominciato il tirocinio presso la Casa di Cura Villa Margherita di Arcugnano, Vicenza. L'esperienza di tirocinio presso la Casa di Cura è stata fortissima dal punto di vista personale e professionale: ho indossato il camice che sognavo di utilizzare qualche anno fa ed ho capito che per aiutare concretamente l'altro non si deve per forza essere medici, ci sono infatti molte altre figure professionali che lo fanno e tra queste c'è l'Assistente Sociale.

Nella primavera del 2020, quando stavamo facendo esperienza del primo lockdown dovuto alla pandemia da Covid-19, mi sono avvicinata al tema delle competenze trasversali grazie ai corsi promossi dal *Ca' Foscari Competency Centre (CFCC)*, il centro di ricerca dedicato all'acquisizione e alla valutazione delle competenze trasversali. Frequentando il *Competency Lab* ho avuto modo di conoscermi e acquisire consapevolezza riguardo quali siano le mie competenze emotive e sociali più sviluppate e su quali invece devo migliorare. Ho studiato tecniche e pratiche di negoziazione, persuasione, lavoro in team, leadership, gestione dello stress, empatia e altre ancora. Frequentare i corsi ha acceso in me un interesse fortissimo per questi temi, da cui già prima ero attirata, ma che non sapevo fossero studiati a livello accademico, credevo infatti che le *soft skills* fossero competenze che si possiedono dalla nascita e che fanno parte della propria personalità. Ho scoperto invece l'importanza dell'utilizzo di tecniche e metodi che con l'allenamento e la costanza possono portare a migliorarle e a padroneggiarle efficacemente.

Durante il tirocinio ho avuto l'occasione di notare come le *soft skills* venissero utilizzate all'interno del reparto e soprattutto quanto facessero la differenza nella presa in carico per lo sviluppo del progetto riabilitativo. Con questa tesi ho voluto riportare attraverso la scrittura ciò che ho potuto vivere in reparto e per farlo ho utilizzato le parole degli operatori e dei pazienti che insieme all'équipe ho supportato.

Questa ricerca vuole raccontare quanto le competenze trasversali utilizzate nel supportare Matteo, Grazia e Lucio abbiano fatto la differenza nel superare i loro momenti di cambiamento. Prima di farlo però analizzerò la letteratura scientifica riguardante le competenze trasversali e l'intelligenza emotiva, riportando i principali autori che hanno partecipato al dibattito e le novità introdotte di volta in volta. In forza dell'essenza trasversale del tema, si riporteranno i contributi delle diverse discipline coinvolte nella discussione ovvero quelle legate all'organizzazione aziendale, l'economia, la filosofia, la sociologia e la psicologia. Infine, si introdurranno le Raccomandazioni Europee che hanno portato la ricerca anche in ambito formativo.

Nel secondo capitolo verrà evidenziato il gap che si forma tra la letteratura scientifica e questa ricerca, poiché le due analizzano il tema delle competenze *soft* secondo prospettive diverse: la prima in un'ottica di assunzione del personale più performante, con lo scopo di avere un migliore guadagno a livello aziendale, la seconda in un'ottica di performance migliore nel confronti del paziente, ovvero della creazione di un progetto cucito ad hoc sulla persona per il suo benessere fisico e mentale.

Nel terzo capitolo si approfondiranno le caratteristiche della Casa di Cura Villa Margherita facendo riferimento alle normative vigenti in tema di riabilitazione intensiva. Verranno anche descritte le diverse figure professionali presenti all'interno del Reparto di Medicina Riabilitativa per mettere in luce i diversi ruoli di ognuno.

Il quarto capitolo sarà dedicato alla ricerca vera e propria. Innanzitutto, verranno esplicate l'organizzazione della ricerca e la metodologia utilizzata. Successivamente verranno riportate le storie di vita di Matteo, Grazia e Lucio, che offriranno il loro punto di vista riguardo, che sarà intrecciato a quello degli operatori.

Il quinto capitolo è rivolto ad un'analisi tematica della ricerca: vengono esplicitate le competenze messe in atto e tutti gli elementi che si sono rivelati proficui nell'instaurare la relazione operatore – paziente e all'interno della stessa équipe.

# **Cap. 1 INTELLIGENZA EMOTIVA E SOFT SKILLS**

In questo capitolo si intende fare un excursus storico riguardo il tema delle competenze trasversali per esaminare gli studi principali avvenuti nei diversi campi del sapere. Questo tema infatti è stato analizzato da diversi studiosi di ambiti differenti, come le Risorse Umane Aziendali, l'Economia, la Sociologia e la Psicologia. Si è spostato dall'analisi delle caratteristiche delle persone con il fine di assumere i *best performer*, fino poi a diventare un obiettivo formativo per la scuola e per le università grazie al contributo dell'Unione Europea nel dibattito. Si partirà dal definire che cosa si intende con competenza *hard e soft*, di seguito verranno analizzati i principali contributi che hanno caratterizzato la ricerca del mondo anglosassone (principalmente concentrata sulle risorse umane aziendali) e si accennerà alla ricerca francofona (riguardo la formazione). Infine, si tratteranno gli ultimi studi promossi dall'Unione Europea, con particolare riguardo all'ultima pubblicata a Giugno 2020 dal JRC Science for Policy Report *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*.

## **Competenze *hard* e competenze *soft***

Oggigiorno si sente sempre più parlare della distinzione tra *hard skills* e *soft skills*, ovvero due tipologie di competenze considerate tra loro complementari. In particolare, le prime vengono definite “competenze professionali” e le seconde “competenze comportamentali”.

Le competenze professionali sono collegate alla dimensione lavorativa e consistono in una serie di abilità, tecniche e competenze specifiche utili a svolgere una determinata professione. Sono competenze che si ottengono grazie allo studio, la formazione e l'esperienza sul campo e che sono considerate necessarie per essere in grado di svolgere la mansione (Dal Bo', 2020). Gli stessi Spencer e Spencer nel loro saggio *Competenza nel lavoro* (1995) le definiscono competenze soglia, ovvero competenze di base che la persona deve avere per svolgere una qualsiasi

mansione in maniera efficace. Esse non rappresentano affatto ciò che distingue i *best performer* dagli *average performer*, ovvero coloro che hanno delle prestazioni eccellenti da coloro che le svolgono in maniera mediocre: non portano infatti un valore aggiunto, ma anzi rappresentano tutte le caratteristiche legate alle conoscenze necessarie per il lavoro, che si ottengono con la formazione e si migliorano con la pratica. (Dal Bo', 2020).

Boyatzis ancora prima di Spencer e Spencer (1982) aveva parlato di competenze soglia come: "*a person's generic knowledge, motive, trait, self-image, social role, or skill which is essential to performing a job, but is not causally related to superior job performance* (Boyatzis, 1982)".

Le competenze soft oppure dette comportamentali, sono quelle abilità considerate trasversali, ovvero non legate ad un contesto particolare, ma idonee ad essere utilizzate in differenti ambienti. Queste hanno acquisito negli ultimi quarant'anni sempre più importanza e in particolare negli ultimi decenni risultano essere fondamentali per la ricerca di un lavoro, nonché per svolgere diverse mansioni. Esse sono considerate complementari alle *hard skills*, ma a differenza di quelle, vengono sviluppate e rafforzate nella vita quotidiana, attraverso l'allenamento che se costante, le rende durature nel tempo (Dal Bo', 2020). Secondo gli studi di Spencer e Spencer, queste sono considerate caratteristiche distintive, che differenziano i *performer* tra *best* ed *average*, ovvero coloro che hanno un ottimo rendimento rispetto a coloro che ne hanno uno nella media. I diversi autori che si sono occupati di queste tematiche hanno individuato varie componenti delle competenze soft, tra cui motivazione, tratti e idea di sé.

# Gli studi sulle competenze: un excursus storico

## *McClelland*

Il termine competenza viene utilizzato per la prima volta nel 1973 da McClelland, che nel suo articolo *“Testing for competence rather than Intelligence”* (1973) analizza i tradizionali test attitudinali utilizzati in quegli anni notando che essi non predicavano l’attitudine al lavoro o al successo nella vita e spesso erano viziati da pregiudizi nei confronti di alcune categorie sociali come il genere femminile, le minoranze ed i ceti meno favoriti. (Spencer e Spencer, 2017; p.23 Introduzione). Quei test utilizzati per capire chi avrebbe ricoperto cariche importanti perciò non erano efficaci ed andavano ripensati. McClelland pensa dunque a delle vere e proprie regole da seguire:

1. *Usare campioni differenziati* che permettano di confrontare gruppi di persone molto produttive in ambito lavorativo o nella vita, ed altre non eccelse per poter identificare le qualità necessarie per ottenere successo;
2. *Analizzare la persona in situazioni in cui si ponga una libera scelta*, al fine di individuare gli schemi cognitivi che mette in atto, piuttosto che fornire delle opzioni preselezionate e dare dunque una scarsa varietà di scelta.

L’autore prende in esame i test a cui venivano sottoposti i candidati Fso (Foreign Service Information Officers) ovvero giovani diplomatici che rappresentavano l’America all’estero, e si accorge che i buoni o addirittura ottimi risultati raggiunti nei test non predicavano l’effettivo successo del giovane nel lavoro e anzi, poiché il punteggio per essere ammessi era davvero alto e i gruppi sociali più svantaggiati o gli stranieri non riuscivano a raggiungere delle votazioni tali, questa modalità di selezione poteva



addirittura essere illegalmente discriminatoria. La domanda che rimaneva irrisolta era dunque: se i test attitudinali non prevedono il reale successo nella mansione, come è possibile farlo?

McClelland mette in atto una grossa ricerca che coinvolge due gruppi di ragazzi, uno composto da giovani diplomatici eccellenti e uno di controllo composto da persone nella media. Entrambi i gruppi vengono intervistati sulla base della BEI (*Behavioral Event Interview*), una tipologia di intervista che richiede ai partecipanti di descrivere dettagliatamente tre grandi successi e tre grandi fallimenti avuti in abito lavorativo. Comincia così la ricerca delle caratteristiche che rendevano i giovani eccellenti. Fra quelle che distinguevano i due gruppi di persone c'erano:

1. Sensibilità interpersonale alle altre culture (sensibilità sociale);
2. Atteggiamento positivo nei confronti degli altri (anche in situazioni difficili);
3. Capacità di riconoscere velocemente i rapporti di potere (senso politico).

Il gruppo di controllo rispose alla BEI non dimostrando queste caratteristiche o perché non riportava affatto episodi di questo genere, oppure perché li descriveva ma dimostrava di averle palesemente ignorate o non utilizzate. (Spencer e Spencer, 2017; pp. 23-29)

La ricerca si conclude con la convalida del modello di competenza ovvero dimostrando che il modello era in grado di prevedere chi avrebbe ottenuto una buona performance e inoltre che non fosse discriminatorio.

A partire da questi esperimenti si verifica un vero e proprio *boom* del tema delle competenze, tanto da dare vita negli anni a venire al "movimento delle competenze". Gli psicologi del lavoro, fino ad allora impegnati a trovare la persona giusta per il ruolo più adatto, modificarono radicalmente il loro lavoro. Difatti, la psicologia organizzativa di quei tempi era solita creare test che analizzassero le mansioni richieste per il lavoro da

una parte e separatamente analizzava la persona, cercando poi di unire i risultati, una modalità utile per le mansioni più semplici, ma poco efficace per le posizioni di alto livello. La proposta di McClelland invitava invece ad esaminare il lavoratore già occupato in quella posizione tramite la BEI. Così facendo diventava chiaro quali fossero le caratteristiche necessarie per performare bene in quella posizione e per risolvere le situazioni non strutturate che si sarebbero potute presentare in quel campo lavorativo, di conseguenza permetteva di cercare delle persone che avessero esattamente le caratteristiche richieste. (Spencer e Spencer, 2017; pp. 23-29)

Il concetto di competenza a partire dagli studi di McClelland muta in maniera sostanziale l'ambiente delle Risorse Umane (*Human Resources, HR*) in cui nasce, poiché scardina il concetto di mansione e di ruolo ricoperto, facendo posto a programmi di ricerca, sviluppo e potenziamento delle competenze dei lavoratori (Benadusi, Molina, 2018, p.20).

Ma cos'è dunque una competenza? McClelland la definiva così "caratteristica intrinseca di un individuo in correlazione causale con una performance efficace o superiore nel compito (Benadusi, Molina, 2018, p.21).

### *Boyatzis*

"Competencies are characteristics that are causally related to effective and /or superior performance in a job" così Boyatzis (1982; p. 23), allievo di McClelland, definisce le competenze, ovvero caratteristiche che si trovano in relazione causale con una performance efficace o superiore. Lo stesso studioso chiarisce che tali abilità non rappresentano ciò che la persona mette in atto, ma ciò che questa *può* mettere in atto in una specifica situazione. Secondo i suoi studi le competenze sono articolate in tre livelli:

1. *Motivazione e tratti*: il livello più profondo che esprime un interesse o anche una preoccupazione della persona e che direziona i suoi comportamenti;
2. *Immagine di sé e ruolo sociale*: il livello intermedio in cui si trovano la percezione che la persona ha di sé e il suo modo di comportarsi nella società;
3. *Skills e abilità personali*: il livello che si trova più in superficie e comprende le skills che la persona è in grado di utilizzare per raggiungere gli obiettivi dati.

Questi tre livelli secondo l'autore si influenzano a vicenda in una relazione dinamica. (Boyatzis,1982)

### *Spencer e Spencer*

Due ricercatori Lyle M. Spencer e Signe M. Spencer pubblicano nel 1993 uno studio importantissimo che riassume vent'anni di ricerche nel ramo della psicologia del lavoro: *"Competenza nel Lavoro. Modelli per una performance superiore"*. Partendo dagli studi di Boyatzis e McClelland i due definiscono la competenza come: *"una caratteristica intrinseca individuale che è causalmente collegata ad una performance efficace/superiore in una mansione o in una situazione, e che è misurata sulla base di un criterio prestabilito"* (Spencer e Spencer, 2017; p.30). Con questa definizione specificano alcuni elementi della competenza: l'essere una caratteristica *intrinseca*, ovvero integrante e duratura della persona, grazie alla quale si può predire il comportamento in una ampia varietà di situazioni; il *nesso di causalità* tra competenza e performance sul lavoro, ovvero il fatto che il possesso di una specifica competenza porti ad una determinata performance; infine, la *misurabilità sulla base di un criterio stabilito a priori*, ovvero la capacità di prevedere chi performerà meglio sulla base di criteri specifici (Spencer e Spencer, 2017; p. 30).

Questo studio esamina la competenza secondo cinque tipi di caratteristiche:

1. *Motivazioni*, ovvero gli “schemi mentali, i bisogni o le spinte interiori che normalmente inducono una persona ad agire” un determinato comportamento per raggiungere degli obiettivi (Spencer e Spencer, 2017; p. 30);
2. *Tratti* ovvero caratteristiche fisiche o delle disposizioni generali ad agire o reagire in un modo specifico a determinate sollecitazioni. Ad esempio, i piloti da combattimento hanno una vista acuta nonché un tempo di reazione brevissimo. O ancora, coloro che fanno più del dovuto, hanno un buon autocontrollo e spirito d’iniziativa hanno i tratti dei manager di successo (Spencer e Spencer, 2017; p. 31);
3. *Immagine di sé*. Atteggiamenti e valori riguardo la propria persona. Ad esempio, la fiducia di poter riuscire in quasi ogni situazione;
4. *Conoscenza di discipline o argomenti specifici* esaminate secondo le skills che verranno effettivamente utilizzate in futuro, in particolare la capacità di reperire informazioni anziché la memoria meccanica;
5. *Skill* ovvero la “capacità di eseguire un determinato compito intellettuale o fisico” (Spencer e Spencer, 2017; p. 32). Ad esempio, la skill fisica di un dentista è usare gli attrezzi del mestiere senza fare male al paziente. Tra le skill intellettive, invece, ci sono la capacità di elaborare informazioni e conoscenze e di stabilire relazioni di causa-effetto (pensiero analitico) ed il pensiero concettuale.

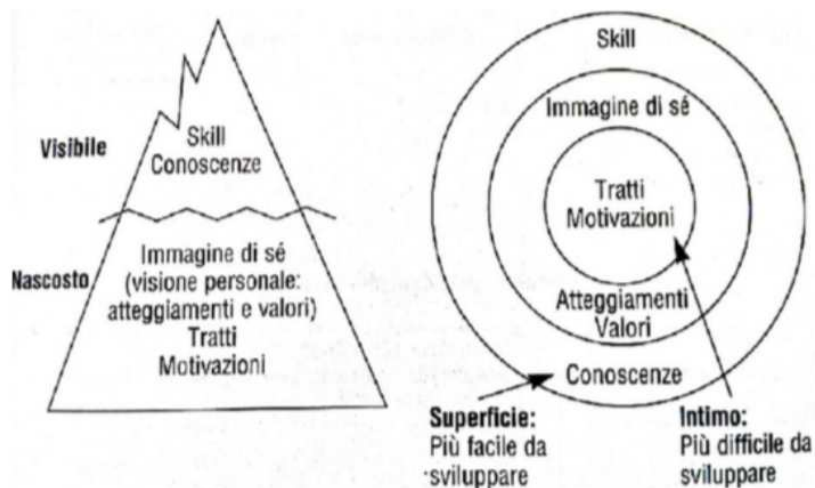


Figura 1 Il Modello Iceberg (FONTE: Spencer e Spencer, 2017; pag. 33)

I due realizzano un modello esplicativo dei concetti teorizzati: il *Modello Iceberg*, che evidenzia come alcune caratteristiche delle persone siano facili da notare, nonché da sviluppare tramite formazione professionale: le skills e le conoscenze specifiche. Le caratteristiche nascoste e dunque meno visibili sono invece l'immagine di sé, i tratti e le motivazioni, ovvero la parte sommersa dell'iceberg, che rappresenta anche le caratteristiche più difficili da acquisire. Gli atteggiamenti, l'immagine di sé e i valori possono essere modificati solo con del training specifico, della psicoterapia o tramite esperienze particolarmente positive. Questo è il motivo per cui durante la selezione del personale non si dovrebbero valutare le conoscenze di superficie, ma anzi i tratti più profondi della personalità che sono più difficili, nonché più costosi e lunghi da modificare (Spencer e Spencer, 2017; pp. 30-33). In forza di questo gli studiosi sostengono che sia meglio coinvolgere in un team o un'azienda persone che siano motivate a raggiungere i nostri stessi obiettivi (ovvero che possano condividere la nostra mission), piuttosto che abbiano solamente i titoli per farlo, ma non condividano i nostri valori, perché "è possibile insegnare ad un tacchino ad arrampicarsi sugli alberi, ma è meglio assumere uno scoiattolo" (Spencer e Spencer, 2017; p. 33).

Infine, sulla scia del pensiero di Boyatzis, Spencer e Spencer suddividono le competenze in due grandi gruppi: competenze *soglia* e competenze *distintive*. Le prime sono le caratteristiche essenziali, ovvero le competenze elementari come leggere e scrivere, richieste per essere minimamente efficaci, ma che non distinguono le performance nella media da quelle ottime. Per un venditore ad esempio, una competenza soglia è conoscere i prodotti che vende. Sono invece considerate distintive quelle caratteristiche che appunto, distinguono le persone con performance superiori dagli *average performer*.

### *La nascita del concetto di Intelligenza Emotiva*

Il tema dell'Intelligenza Emotiva è da sempre molto discusso, ed anche oggi si trova al centro di un dibattito scientifico molto vivace, che da una parte è proprio la caratteristica che rende questo tema affascinante, ma dall'altro crea qualche preoccupazione epistemologica (De Caro, D'amico, 2008).

Il primo ad individuare alcuni aspetti riconducibili all'Intelligenza Emotiva e ad attribuirne un significato è stato Thorndike nel 1920, che illustra tre diverse tipologie di intelligenza: astratta, meccanica e sociale definendo quest'ultima come: "l'abilità di comprendere uomini e donne, ragazzi e ragazze- di agire in maniera saggia nelle relazioni umane" (Cortellazzo, 2013).

La definizione è piuttosto generica, ma si intravede la trasversalità di questa competenza all'interno delle relazioni umane e sociali. Secondo l'analisi di Cherniss e Goleman (2001), Thorndike già nel 1937 in un lavoro a quattro mani con Stern teorizza l'Intelligenza Sociale come un insieme di abilità diverse tra loro oppure un vasto numero di abitudini ed attitudini (Cortellazzo, 2013).

Nel corso degli anni successivi la ricerca si sviluppa in altri campi, in particolare quello dell'Intelligenza Cognitiva e del QI (Quoziente Intellettivo), e il tema dell'Intelligenza Emotiva rimane in disparte. Sempre più però le due intelligenze vengono contrapposte secondo il punto di vista tradizionale che vede le emozioni come qualcosa di molto lontano dall'intelletto, tanto che qualcuno ritiene il termine "*Emotional Intelligence*" un vero e proprio ossimoro. Grazie agli studi di Gardner nel 1983 si torna a parlare di EI; egli elabora un concetto nuovo di intelligenza che chiama *intelligenza multipla*, andando oltre il concetto standard di QI come singolo fattore immutabile e dando alle emozioni per la prima volta lo status di espressioni dell'intelligenza (De Caro, D'amico, 2008). Egli, infatti, sosteneva che i test somministrati ai ragazzi degli anni '60 e '70 concepissero un'unica tipologia di intelligenza che non trova riscontro nella reale gamma di capacità e competenze molto importanti per la vita. (Goleman, 1997). Gardner identifica dunque sette diverse tipologie di intelligenza riscontrabili nella vita quotidiana: linguistica; logica; musicale; cinestetica; visivo-spaziale; interpersonale; intrapersonale. Notabili sono le ultime due tipologie, che segnalano di un'intelligenza inter- personale grazie alla quale si ha la capacità di comprendere l'altro nei suoi stati d'animo e nei suoi comportamenti riuscendo a gestire l'interazione in maniera idonea. L'intelligenza intra- personale è invece la capacità di riconoscere i propri sentimenti e usarli per guidare il proprio comportamento. (Cortellazzo, 2013). L'apertura di Gardner verso le intelligenze personali sembra da una parte legittimare il pensiero e le ricerche di Thorndike e dall'altra pone delle buone basi per la letteratura successiva riguardo i temi dell'intelligenza Emotiva e Sociale.

Il dibattito sull'EI riprende anche nel 1990 grazie a Salovey a Mayer che promuovono una definizione che la descrive come l'abilità di percepire, valutare ed esprimere le emozioni e di adattare i propri comportamenti, nonché di gestire le proprie emozioni e quelle che emergono nel rapporto

con le altre persone (Salovey e Mayer, 1990). I due colgono la necessità di considerare il ruolo delle emozioni all'interno del contesto socio-relazionale di riferimento elaborando le premesse poste da Gardner. Per la prima volta le emozioni sono contemplate come vere e proprie risposte organizzate parte del comportamento intelligente (De Caro, D'amico, 2008). La ricerca continua ed anzi, raggiunge il grande pubblico grazie a Goleman che nel 1995 pubblica "*Emotional Intelligence*" il testo che più di tutti avvicina questa tematica ai non esperti. Egli dà un'ulteriore definizione dell'EI "la capacità di riconoscere i propri sentimenti e quelli degli altri, di motivare sé stessi e di gestire positivamente le proprie emozioni e quelle nelle relazioni sociali" (Dal Bo', 2020; p.15) L'EI secondo Goleman è composta di 5 dimensioni: consapevolezza, padronanza di sé, motivazione, empatia, abilità nelle relazioni interpersonali. La trattazione di Goleman non si ferma qui, egli infatti elabora anche il termine *Emotional Competence*, che differisce dall'EI di cui si è appena parlato, ma è ad essa legato. La competenza emotiva è la capacità appresa dell'individuo, basata sull'EI e ad essa connessa, che conduce ad una performance superiore e comprende la capacità di auto-motivarsi, di essere empatici, di controllare i propri impulsi, la padronanza emotiva e la capacità di perseverare nelle avversità (Goleman, 2000).

La teorizzazione anche nel corso degli anni '90 continua a non essere univoca e a dare vita a diverse teorie e modelli di misurazione dell'EI.



## **BECOME 360**

*Become 360*, acronimo di *Behavioral Competencies Multi-rater Evaluation 360°*, è uno degli ultimi strumenti di valutazione delle competenze trasversali ideati dalla ricerca. Questo modello è un'eccellenza italo-spagnola nata dalla collaborazione tra il Ca' Foscari Competency Centre di Venezia e l'ESADE Leadership Development Research Centre di Barcellona. Gli autori, Bonesso, Cortellazzo, Gerli e Serra, lo descrivono come uno strumento che permette di valutare 31 competenze trasversali riguardo 6 sfere che comprendono la consapevolezza emotiva e la comprensione degli altri (Consapevolezza), la capacità di gestione di sé (azione), la relazione con gli altri (relazione), le abilità cognitive (pensiero), il comportamento innovativo (esplorazione) e la capacità di azione all'interno di un'organizzazione (azione organizzativa). Ogni abilità è valutata sulla base di un'autovalutazione e di una eterovalutazione, fornita da valutatori esterni. Il metodo è stato validato scientificamente e permette di predisporre un report individualizzato che mette in luce le competenze più utilizzate dalla persona e quelle meno messe in atto. Ecco le competenze oggetto di analisi suddivise in cluster.



Figura 2 Cluster e competenze del modello BECOME360. (FONTE: CFCC e ESADE Business School)

## Dal Job Requirement al Life Requirement: il punto di vista europeo

Come abbiamo visto il tema delle competenze nasce all'interno del mondo aziendale e più specificamente nelle realtà di consulenza per l'assunzione del personale, ma da questo ambiente ben presto comincia a interessare anche quello delle politiche del lavoro nonché della formazione professionale fino ad arrivare alle raccomandazioni delle istituzioni europee e internazionali (Benadusi, Molina, 2018).

Si comincia infatti a parlare di competenze anche nel campo dell'apprendimento permanente con le *Recommendation of the European Parliament and of the Council on Key competences for Lifelong Learning* del 2006 che promuovevano un insegnamento basato sulle competenze. L'obiettivo di questi documenti era quello di pensare a degli strumenti di riferimento per i paesi appartenenti all'Unione che potessero garantire l'uniformazione sul piano delle competenze in tutti i campi educativi. Nel

Maggio del 2018 il Consiglio Europeo aggiorna le Raccomandazioni così da promuovere ulteriormente lo sviluppo delle competenze all'interno dell'Unione definendole come essenziali per lo sviluppo personale, la cittadinanza attiva, l'inclusione sociale e l'occupazione nel mondo rapido ed interconnesso in cui viviamo. Sottolinea inoltre, la necessità di partire dal sistema scolastico inteso come luogo in cui si formano conoscenze e competenze che poi proseguono nel corso della vita con il Lifelong Learning. Per raggiungere questo obiettivo il sistema educativo deve offrire un'educazione di livello alto e duratura per la vita. Il Quadro evidenzia 8 competenze chiave poste tutte sullo stesso piano, senza gerarchizzazione (Benadusi, Molina, 2018; p.25):

- Literacy
- Multilingual
- Mathematical, science technology and engineering
- Technology and engineering
- Digital
- Personal Social and Learning to Learn Citizenship
- Entrepreneurship
- Cultural Awareness and expression

## *Le ultime frontiere della ricerca: Lifecomp*

*LifeComp*, ovvero le competenze di vita sono l'ultimo passo compiuto dalla ricerca in tema di soft skills. Grazie ad uno studio promosso dalla commissione Europea e dal Joint Reserch Centre JRC, nel Giugno 2020 è stato pubblicato un report che analizza il framework delle competenze personali, sociali e relative all'imparare ad imparare.

Il documento si basa sulle Raccomandazioni revisionate nel 2018 e analizza le competenze che riguardano l'ambito della *Personal, Social and Learning to Learn Citizenship*. Esse vengono analizzate secondo tre aree differenziate, che a loro volta comprendono tre competenze: La prima area è *Personal* e comprende la capacità di autoregolarsi, la flessibilità e il wellbeing; la seconda area, quella *Social* comprende: empatia, comunicazione e collaborazione; la terza area, ovvero *quella Learning to Learn*, comprende: mentalità di crescita (*growth mindset*), pensiero critico e la capacità di gestire l'apprendimento. A sua volta ognuna delle nove competenze ha tre descrittori che corrispondono al modello di "consapevolezza, comprensione e azione" (Sala, Punie, Garkov, Cabrera, 2020; p. 8). Esse non sono organizzate secondo una gerarchia, ma talvolta gli uni sono prerequisiti degli altri e in ogni caso sono tutte necessarie e complementari tra loro. Secondo il modello queste competenze sono applicabili a tutti i contesti della vita e dell'educazione: formale, informale e non formale, infatti sono state progettate e pensate proprio per essere insegnate (Sala et al, 2020).

Le competenze descritte sono molto legate al contesto e per questo sono considerate flessibili e adattabili ad esso, come anche alle persone per cui si pensano delle attività come quelle con bisogni educativi speciali, appartenenti a minoranze etniche, oppure studenti economicamente svantaggiati. *LifeComp* non vuole essere un manuale prescrittivo, anzi mira

a mostrare il bisogno di possedere determinate competenze per poi cominciare ad immaginare come padroneggiarle. (Sala et al., 2020; p. 75)

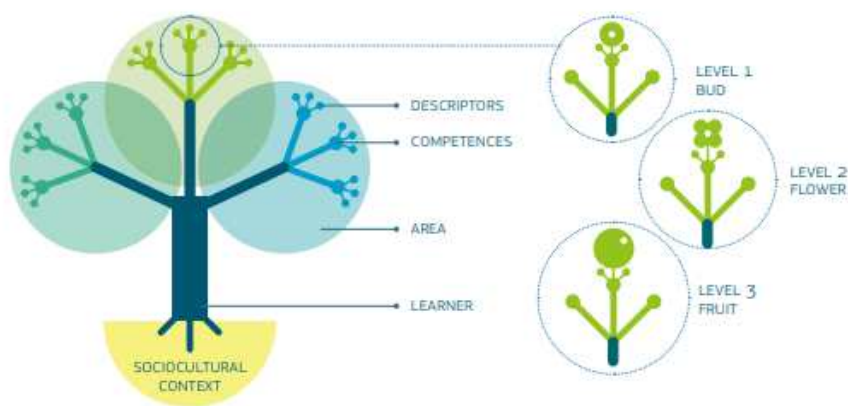


Figura 3 La metafora visiva delle LifeComp (FONTE: Sala et al., 2020, p. 21)

Le *LifeComp* vengono rappresentate in maniera originale tramite una metafora visiva: un albero, che sottolinea l'interdipendenza tra tutte le sue parti e rappresenta esso stesso un modello di crescita. Ogni parte dell'albero è necessaria per la sua evoluzione: le radici affondano nel contesto socio-culturale di appartenenza, crescono insieme alla corona dell'albero e sono necessarie alla sua sopravvivenza e fioritura in quanto essere vivente. La metafora raffigura delle gemme, dei fiori e dei frutti allo stesso momento proprio a significare che tutte le competenze coesistono, ma si trovano a stadi di crescita differenti. Ogni individuo, qui rappresentato dall'albero, è immerso in un sistema di relazioni con altri, siano essi la famiglia, o i pari, o ancora gli insegnanti: queste sono relazioni considerate a livello micro; accanto ad esse coesistono delle relazioni a livello macro, dunque a livello comunitario, sociale-culturale, economico e storico, che allo stesso modo sono luoghi di pratica e miglioramento delle competenze (Sala et al., 2020; pp. 21-23).

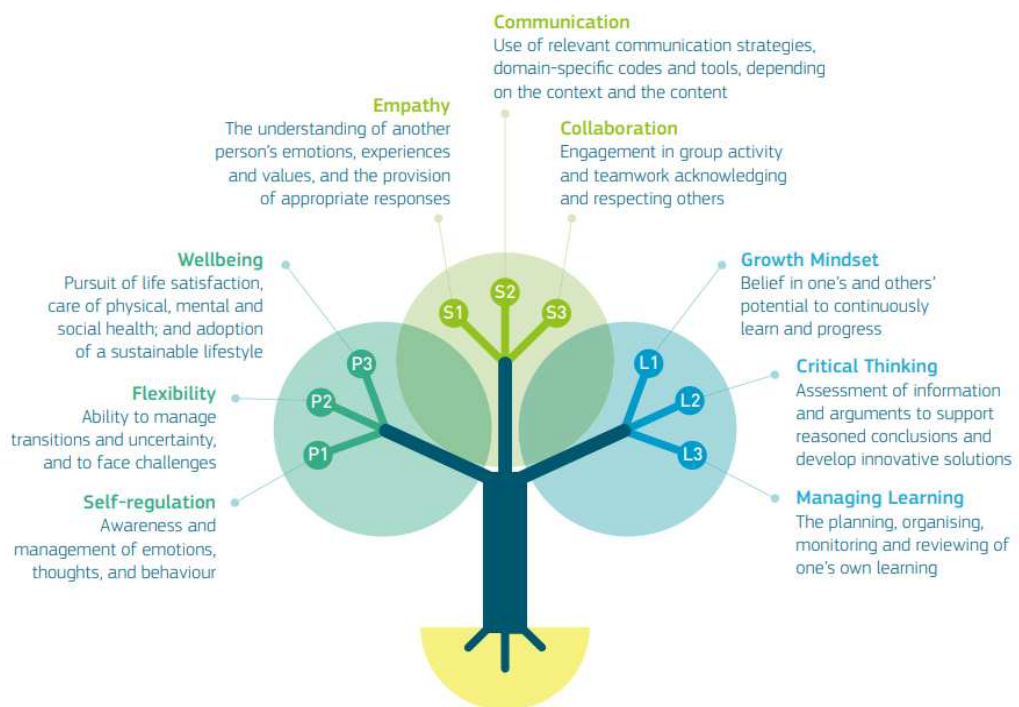


Figura 4 LifeComp schema di sintesi (FONTE: LifeComp, Sala et al., 2020, pag. 9)

Come dimostrato nella figura 4 ad ogni area è affidato un colore, che viene rispettato nel corso di tutto il report: l'area personale è di colore verde scuro, quella sociale verde acido e quella dell'imparare ad imparare azzurra.

È interessante anche notare come gli autori motivino la scelta dell'analisi delle tre aree. In particolare:

- *L'area personale* insegna ad “essere” (*learning to be*), su indicazione delle Raccomandazioni europee del 2018:

“Learning to be” implies to be knowledgeable about a healthy mind, body, and lifestyle; being skilled on how to cope with complexity, uncertainty, and stress, seek support when needed, and stay resilient, as well as to develop the ability to work autonomously and manage one's career. It also entails having attitudes of assertiveness, integrity, self-motivation, problem-solving to deal with changes, and a generally positive disposition towards the promotion of one's personal, social, and physical wellbeing.” (Sala et al., 2020; p. 25)

- *L'area sociale* si occupa delle skills richieste per vivere insieme, nonché della presa di consapevolezza della natura sociale dell'essere umano, che ha l'abilità e il desiderio di interagire con gli altri, di comunicare e collaborare. Empatia, comunicazione e collaborazione sono fondamentali per essere *socially competent* e sapere come comportarsi e comunicare in ambienti differenti, sapere negoziare e lavorare in gruppo, collaborare, rispettare la differenza umana, superare il pregiudizio (Sala et al., 2020; p. 40).
- *Imparare ad imparare* di questi tempi è l'insieme di skills più importante, che permetterà ai bambini che accedono al mondo della scuola in questi anni, di essere in grado di compiere lavori che ora non esistono e di usare tecnologie non ancora inventate. Imparare ad imparare è un'area di competenza molto complessa, che racchiude, volendo alcune competenze già discusse e che si esercita nel corso di tutta la vita. Essa comprende la capacità di sviluppo personale, una dimensione cognitiva e metacognitiva, una emozionale e di motivazione, ma anche una certa disposizione all'imparare. Si tratta di essere in grado di identificare le proprie capacità, di fare riflessioni, prendere decisioni, organizzare e perseverare ed infine avere la fiducia nelle proprie abilità. A lungo andare, nella vita adulta essa diventa addirittura un vero motore per il cambiamento, aumenta l'occupabilità e la competitività della persona (Sala et al., 2020; p. 57).

L'obiettivo di LifeComp è proprio quello di definire le competenze di vita, ovvero delle competenze necessarie alla vita e trasversali a tutta la popolazione. Lo studio si propone di fornire:

“A common understanding and shared language at European level [...] as to as to support initiatives to ensures that these life skills are acquired as much as possible by all individuals in Europe through education,

including non-formal and informal education, and different levels of formal education from primary school to university” (Sala et al., 2020; p. 74).

Di seguito l’elenco completo delle competenze esaminate nel LifeComp (2020).



AREA	COMPETENCES	DESCRIPTORS
PERSONAL	<b>P1 Self-regulation</b> Awareness and management of emotions, thoughts and behaviour	<b>P1.1</b> Awareness and expression of personal emotions, thoughts, values, and behaviour
		<b>P1.2</b> Understanding and regulating personal emotions, thoughts, and behaviour, including stress responses
		<b>P1.3</b> Nurturing optimism, hope, resilience, self-efficacy and a sense of purpose to support learning and action
	<b>P2 Flexibility</b> Ability to manage transitions and uncertainty, and to face challenges	<b>P2.1</b> Readiness to review opinions and courses of action in the face of new evidence
		<b>P2.2</b> Understanding and adopting new ideas, approaches, tools, and actions in response to changing contexts
		<b>P2.3</b> Managing transitions in personal life, social participation, work and learning pathways, while making conscious choices and setting goals
	<b>P3 Wellbeing</b> Pursuit of life satisfaction, care of physical, mental and social health; and adoption of a sustainable lifestyle	<b>P3.1</b> Awareness that individual behaviour, personal characteristics and social and environmental factors influence health and wellbeing
		<b>P3.2</b> Understanding potential risks for wellbeing, and using reliable information and services for health and social protection
		<b>P3.3</b> Adoption of a sustainable lifestyle that respects the environment, and the physical and mental wellbeing of self and others, while seeking and offering social support
SOCIAL	<b>S1 Empathy</b> The understanding of another person's emotions, experiences and values, and the provision of appropriate responses	<b>S1.1</b> Awareness of another person's emotions, experiences and values
		<b>S1.2</b> Understanding another person's emotions and experiences, and the ability to proactively take their perspective
		<b>S1.3</b> Responsiveness to another person's emotions and experiences, being conscious that group belonging influences one's attitude
	<b>S2 Communication</b> Use of relevant communication strategies, domain-specific codes and tools, depending on the context and content	<b>S2.1</b> Awareness of the need for a variety of communication strategies, language registers, and tools that are adapted to context and content
		<b>S2.2</b> Understanding and managing interactions and conversations in different socio-cultural contexts and domain-specific situations
		<b>S2.3</b> Listening to others and engaging in conversations with confidence, assertiveness, clarity and reciprocity, both in personal and social contexts
	<b>S3 Collaboration</b> Engagement in group activity and teamwork acknowledging and respecting others	<b>S3.1</b> Intention to contribute to the common good and awareness that others may have different cultural affiliations, backgrounds, beliefs, values, opinions or personal circumstances
		<b>S3.2</b> Understanding the importance of trust, respect for human dignity and equality, coping with conflicts and negotiating disagreements to build and sustain fair and respectful relationships
		<b>S3.3</b> Fair sharing of tasks, resources and responsibility within a group taking into account its specific aim; eliciting the expression of different views and adopting a systemic approach
LEARNING TO LEARN	<b>L1 Growth mindset</b> Belief in one's and others' potential to continuously learn and progress	<b>L1.1</b> Awareness of and confidence in one's own and others' abilities to learn, improve and achieve with work and dedication
		<b>L1.2</b> Understanding that learning is a lifelong process that requires openness, curiosity and determination
		<b>L1.3</b> Reflecting on other people's feedback as well as on successful and unsuccessful experiences to continue developing one's potential
	<b>L2 Critical thinking</b> Assessment of information and arguments to support reasoned conclusions and develop innovative solutions	<b>L2.1</b> Awareness of potential biases in the data and one's personal limitations, while collecting valid and reliable information and ideas from diverse and reputable sources
		<b>L2.2</b> Comparing, analysing, assessing, and synthesising data, information, ideas, and media messages in order to draw logical conclusions
		<b>L2.3</b> Developing creative ideas, synthesising and combining concepts and information from different sources in view of solving problems
	<b>L3 Managing learning</b> The planning, organising, monitoring and reviewing of one's own learning	<b>L3.1</b> Awareness of one's own learning interests, processes and preferred strategies, including learning needs and required support
		<b>L3.2</b> Planning and implementing learning goals, strategies, resources and processes
		<b>L3.3</b> Reflecting on and assessing purposes, processes and outcomes of learning and knowledge construction, establishing relationships across domains

Figura 5 Il Framework delle LifeComp (FONTE: LifeComp, Sala et al., 2020; p. 20)

## **Cap. 2 PROGETTARE INSIEME AL PAZIENTE**

Nel capitolo precedente sono stati analizzati diversi studi scientifici riguardo il tema delle cosiddette “competenze trasversali” dimostrando come la ricerca nel corso degli anni si sia ampliata ed abbia investito diverse discipline tra cui l’organizzazione delle risorse umane, l’economia, la sociologia, la psicologia e la filosofia. Grazie a Goleman gli studi sulle soft skills hanno raggiunto il grande pubblico e da quel momento si è verificato un vero e proprio *boom* che ha portato tutte le aziende a ricercare persone che le possedessero. Questa esplosione ha creato un bisogno sociale: la necessità di possedere le competenze socio-emotive per accedere al mondo del lavoro.

La stessa Unione Europea analizzando il bisogno che si era venuto a creare nei paesi aderenti, percepisce il rilievo di improntare la formazione in virtù dell’ottenimento delle competenze del XXI secolo pubblicando diverse Raccomandazioni al riguardo. L’inserimento dell’Unione all’interno del dibattito amplia il bacino di discipline coinvolte nella ricerca e negli studi. L’ago della bilancia si sposta quindi anche sulle discipline formative, tanto da dare vita a degli schemi di valutazione delle competenze utilizzati nelle scuole e nelle Università, che mirano a uniformare il sistema educativo di tutti i paesi aderenti all’Unione.

L’ultima frontiera della ricerca è *LifeComp* (2020), il Framework pubblicato dalla Commissione Europea che esamina le competenze personali, sociali e riguardanti l’imparare ad imparare già elencate nelle Raccomandazioni precedenti. Lo scopo del documento è definire le competenze soft come competenze di vita, ed in quanto tali non solo necessarie a intraprendere la carriera lavorativa, ma utili a vivere la vita per tutti gli abitanti dei paesi europei.

## *Competenze in ambito sanitario*

Gli studi esposti finora sono dunque la base della ricerca oggetto di questa tesi, che tratta l'influenza delle soft skills all'interno di progetti riabilitativi di persone che hanno subito traumi fisici importanti. Tra le ricerche si può osservare un gap poiché mentre gli uni analizzano le abilità trasversali definendole come competenze da possedere per essere selezionati a ricoprire posizioni lavorative specifiche e in seconda battuta per vivere al meglio la propria vita, l'altra mostra i punti di forza del loro utilizzo in quanto a performance, che non consta in un miglior guadagno (come si potrebbe verificare in un'azienda), ma consiste nella realizzazione di un progetto cucito su una persona. Il tema dell'analisi di questo studio pone insomma un cambio di prospettiva: mostra come l'utilizzo delle competenze trasversali nella presa in carico di un paziente del reparto di Medicina Riabilitativa sia fondamentale per la riuscita del progetto e per il benessere del paziente stesso.

Le ricerche che si occupano di analizzare il rapporto medico-paziente, o più in generale operatore sanitario-paziente, dal punto di vista della relazione sono davvero poche, anche se paradossalmente l'ambiente sanitario è luogo di continue situazioni di urgenza ed emergenza, nonché di lavoro in gruppo e dunque è uno spazio in cui le competenze soft sono necessarie.

Ciò che questo studio vuole dimostrare è quanto la buona riuscita di un progetto sia la risultante di un intreccio di competenze tecniche e relazionali, che uniscono la pratica del fare al senso dei gesti e delle attenzioni tipiche della relazione tra persone (Cunti, Lo Presti, Sabatano, 2010). Si vuole sottolineare l'importanza del rendere il paziente protagonista del suo percorso di cura e di rinascita, che però non esclude il lavoro d'équipe, anzi valorizza le sue capacità di adattarsi al paziente.

Certo, l'ambiente di cura è luogo in cui si entra in contatto con le persone in situazioni di difficoltà, con le loro famiglie e con la malattia, per questo agli operatori è richiesto necessariamente di entrare in relazione *con* la persona, ovvero di avere la capacità di comprenderla, di porsi in atteggiamento di ascolto e di adeguare il proprio linguaggio al livello socio-culturale dell'interlocutore per assicurarsi di essere capiti (Tatarelli, De Pisa, Girardi, 1998). Questa realtà permette di fare esperienza di relazione e di comunicazione verbale e non verbale, ricordando che entrambe creano la connessione tra operatore e paziente. Non va dimenticato anche che in situazioni di forte cambiamento, come quelle che si vivono in un reparto di Medicina Riabilitativa si possono verificare meccanismi di risposta alla diagnosi quali: regressione, negazione, reazioni aggressive e persecutorie e isolamento (Tatarelli et al., 1998).

Proprio in forza di questo è fondamentale creare una partnership con il paziente per renderlo soggetto attivo del processo decisionale (empowerment). Inoltre, si deve dare forte valore alla *compliance*, ovvero l'aderenza del paziente al percorso terapeutico, una vera e propria alleanza che aumenta il senso di soddisfazione di entrambe le parti.

Tatarelli ed al. (1998) indicano come elementi che influenzano la relazione di *compliance*: 1) *le caratteristiche del paziente* tra cui le sue capacità cognitive, che potrebbero essere compromesse, la cultura e i tratti della personalità; 2) *le caratteristiche del regime terapeutico* ovvero la durata del progetto, la sua complessità, nonché l'interferenza della diagnosi con lo stile di vita che la persona conduceva; 3) *le caratteristiche del setting clinico* ovvero i tempi d'attesa e la continuità nella cura, quindi il numero di persone che prendono in carico la situazione e la frequenza con cui queste cambiano oppure rimangono stabili; 4) *le caratteristiche della relazione medico-paziente* in particolare la funzione pedagogica del medico, ovvero la sua capacità di fare comprendere le informazioni e il suo calore interpersonale, la sua capacità di farsi vicino (Tatarelli ed al., 1998).

<i>Caratteristiche del paziente</i>	<i>Caratteristiche del regime terapeutico</i>	<i>Caratteristiche del setting clinico</i>	<i>Caratteristiche della relazione medico paziente</i>
Capacità cognitive	Durata	Tempo d'attesa	Funzione pedagogica
Cultura	Complessità	Continuità nella cura	Calore interpersonale
Tratti di personalità	Interferenza con lo stile di vita		

*Figura 6 Schema riassuntivo degli elementi che influenzano la compliance. FONTE: Tatarelli et al, 1998; p.98)*

Sebbene si dia ormai per consolidato che la qualità degli interventi sanitari sia fortemente condizionata dal rapporto con gli altri, gli stessi operatori sanitari denunciano che fino ad oggi durante i loro percorsi formativi accademici non hanno avuto l'opportunità di acquisire una formazione psico-pedagogica alla relazione che inevitabilmente si instaura con il paziente (Cunti, Lo Presti, Sabatano, 2010).

Nei capitoli successivi si procederà con il descrivere la ricerca sviluppata, in particolare prima descrivendo la struttura in cui è stata realizzata, sia dal punto di vista normativo, che del personale occupato al suo interno. Questa prima introduzione darà modo di comprendere il contesto in cui la ricerca è avvenuta. Nel capitolo 4 si procederà ad analizzare la ricerca vera e propria con particolare attenzione alla metodologia utilizzata e ai modelli scientifici a cui è ispirata. Verranno analizzate le interviste proposte ai professionisti e quelle rivolte ai tre pazienti coinvolti dando particolare rilievo alle storie di vita raccontate e ai diversi punti di vista. Infine, si concluderà nel capitolo 5 con un'analisi tematica delle abilità positive emerse nei racconti e delle necessità espresse sia dai pazienti che dai professionisti.

## **Cap. 3 LA CASA DI CURA VILLA MARGHERITA**

Il seguente capitolo intende presentare la Casa di Cura Villa Margherita di Arcugnano (VI), una struttura sanitaria privata convenzionata in cui ho svolto il mio tirocinio professionalizzante al lavoro di Assistente Sociale a partire da Giugno 2020 fino a Ottobre 2020.

Verrà innanzitutto descritto il quadro legislativo di riferimento per la Casa di Cura e successivamente verrà presentata l'équipe multidisciplinare che lavora presso il reparto di Medicina Riabilitativa della struttura, ovvero il team che è stato coinvolto nelle interviste qualitative che verranno riportate nel prossimo capitolo.

Durante l'esperienza di tirocinio ho affiancato l'Assistente Sociale nel suo lavoro, prima in modalità telematica, quando a causa della pandemia da Covid-19 non era possibile recarsi in struttura, e poi in presenza a partire dal 21 Settembre 2020.

Durante il tirocinio ho avuto l'occasione di conoscere il ruolo dell'Assistente Sociale in una Casa di Cura privata, nonché l'importanza della presenza della sua figura e le figure professionali con cui lavora in équipe.

## **Un inquadramento normativo**

La Casa di Cura Villa Margherita è una struttura attiva nell'ambito sanitario a partire dal 1926. Oggi è un forte punto di riferimento per tutta la regione Veneto per la cura e la riabilitazione delle malattie neurologiche e cardiovascolari. In collaborazione con l'Ospedale San Bortolo di Vicenza ha attivato un programma di stimolazione cerebrale profonda (D.B.S.) ed è ad oggi uno dei primi centri italiani attivi (S. Stefano Riabilitazione, Casa di Cura Villa Margherita, n.d.).

A partire dal 2016 è stato riconosciuto centro di riferimento per la malattia di Parkinson da parte del *Fresco Parkinson Institute* data l'elevata specializzazione e l'impegno nell'applicazione degli standard qualitativi



internazionali della Parkinson Foundation. Il centro è specializzato anche nella riabilitazione post-operatoria cardio-pneumologica e nell'assistenza di pazienti con miollesioni e gravi cerebrolesioni (S. Stefano Riabilitazione, Casa di Cura Villa Margherita, n.d.).

La struttura presenta anche un'Unità Operativa per le cure psichiatriche composta da una Comunità Terapeutica Protetta, un reparto per la Cura dei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione e un reparto per la cura dei Disturbi d'ansia e umore e disturbi di personalità.

La Casa di Cura insomma, è un luogo di incontro di molteplici figure professionali molto diverse tra loro, in particolare i direttori (Amministratore Delegato e Direttore Sanitario), i Primari di reparto, i Medici Specialisti, i Terapisti (Terapisti Occupazionali, Fisioterapisti, Logopedisti, Dietisti), Infermieri ed Operatori Socio Sanitari, nonché Psicologi e Psicoterapeuti ed una Assistente Sociale a cui fa riferimento tutta la struttura.



*Figura 7 La Casa di Cura Villa Margherita di Arcugnano - Vicenza (FONTE: CENTRO STRESS OSSIDATIVO)*

Villa Margherita è una struttura extraospedaliera accreditata convenzionata di regime intensivo regolamentata dalla LR 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" (Regione del Veneto, n.d.) e dalla DGR 751/2000

*“Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva”* (Regione del Veneto, n.d.).

La qualità dell’assistenza tecnico-professionale e scientifica elevata, nonché l’efficacia e l’efficienza della struttura e dei servizi offerti vengono garantiti dalla LR 22/2002 *"Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"* (Regione del Veneto, n.d.), che sottolinea l’importanza di fornire un servizio accessibile a tutti i cittadini ed appropriato ai reali bisogni di salute, psicologici e relazionali della persona (Regione del Veneto, n.d.).

Secondo la DGR 751/2000 *“Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva”* (Regione del Veneto, n.d.) la struttura viene definita di regime intensivo, ovvero in cui sono previste più di tre ore al giorno di riabilitazione, a differenza delle strutture di carattere estensivo in cui le ore giornaliere di riabilitazione sono inferiori a tre.

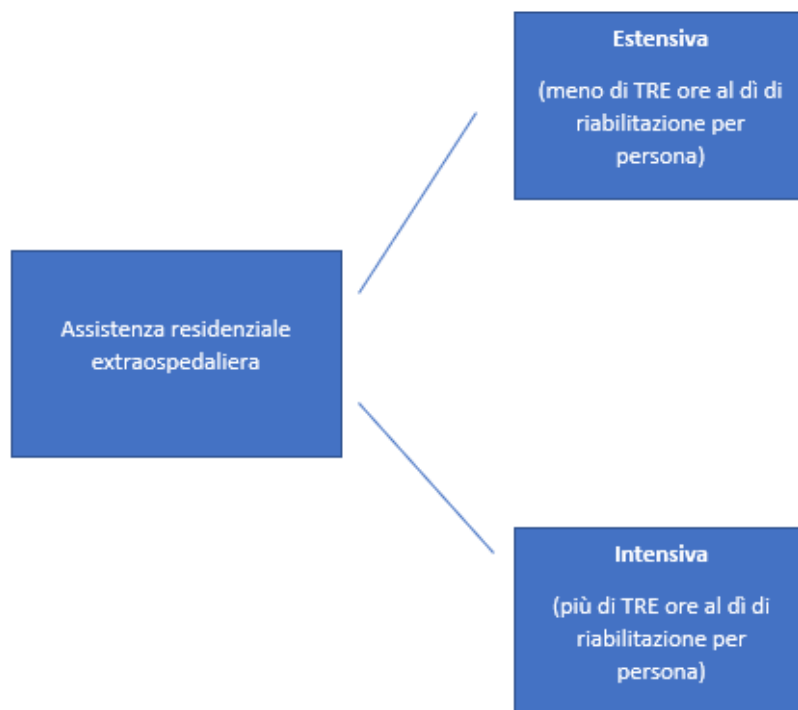


Figura 8 Schema riassuntivo dell’assistenza residenziale extraospedaliera basata sulla DGR 751/2000

La Casa di Cura si trova perfettamente in linea anche con quanto sancito dalla L. 328/2000, la cosiddetta “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”, subentrata alla Legge Crispi (L. 6972/1890). Questa legge delinea l’importanza del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari promuovendo interventi sociali, assistenziali e sociosanitari che garantiscano un concreto aiuto alle persone e alle famiglie in difficoltà. Essa sottolinea il valore della presa in carico non solo della persona, ma di tutta la sua famiglia, intendendo con questo termine gli individui che l’interessato ritiene “famiglia”, non per forza (e/o solamente) i legami di sangue (Comune di Roma, “Scheda sintetica Legge 8 novembre 2000, n.328, n.d.).

Per la prima volta grazie alla Legge quadro, la persona<sup>1</sup> viene considerata soggetto attivo e portatore di diritti e non più fruitore passivo di un intervento assistenzialistico. Si dà finalmente importanza all’empowerment dell’individuo insieme al quale si pensa, si struttura e si porta avanti un progetto di aiuto costituito di interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio psico-sociale e di marginalità.

In forza della L. 328/2000 hanno diritto a usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato i cittadini italiani e secondo gli accordi internazionali e nei limiti definiti dalle leggi regionali anche i cittadini di stati appartenenti all’ UE e i loro familiari, nonché gli stranieri (ai sensi dell’art. 41 del *Testo Unico sull’Immigrazione*, D.lgs. 286/1998). Possono usufruire delle misure di prima assistenza anche profughi, stranieri ed apolidi come definito dall’art. 129 c.1 lettera h del D.lgs. 112/1998.

La Legge quadro prevede interventi *ad hoc* per persone disabili, anziani non autosufficienti e famiglie. Essi sono composti da una valutazione iniziale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN,

---

<sup>1</sup>Così come viene definito nel nuovo Codice Deontologico dell’Assistente Sociale redatto nel 2020 dal CNOAS.

servizi alla persona gestiti dai comuni e misure economiche per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale.

Sono previste anche misure di sostegno domiciliare per anziani non autosufficienti cosicché le persone interessate possano rimanere a casa il più possibile grazie all'assistenza domiciliare.

Infine, la legge prevede altri sussidi economici per prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare in particolare per persone disabili e le loro famiglie.

Gli enti competenti per la programmazione degli interventi e delle risorse sono gli enti locali, le Regioni e lo Stato. Uno dei grandi punti di forza della Legge quadro è di certo il coinvolgimento dei soggetti pubblici e privati (autorizzati ed eventualmente accreditati) nell'erogazione dei servizi sociali. Gli enti competenti hanno compiti diversi: lo Stato indica i livelli uniformi e di base delle prestazioni, stabilisce i requisiti che le comunità e i servizi residenziali devono avere, i profili professionali nel campo del sociale e ripartisce le risorse del fondo sociale nazionale. Le Regioni programmano e coordinano gli interventi sociali, spingono verso l'integrazione socio-sanitaria degli interventi, stabiliscono criteri per l'accreditamento e vigilano sulle strutture pubbliche e private. I Comuni invece, considerati interlocutori diretti e privilegiati del cittadino, tracciano le politiche di intervento ad hoc per la propria realtà e per la situazione specifica: gestiscono e coordinano la rete dei servizi sociali e cooperano con le strutture sanitarie (Comune di Roma, n.d.).

## **L'équipe multidisciplinare**

Alla Casa di Cura Villa Margherita accedono persone adulte (a partire dai 18 anni) ed anziane che hanno subito un trauma, o comunque che hanno avuto un evento "acuto" e necessitano di riabilitazione intensiva. Vengono dunque presi in carico dall'équipe multidisciplinare, che crea un progetto riabilitativo basato sui bisogni del paziente. I tempi del ricovero differiscono sulla base del "codice" con cui il paziente viene ricoverato scelto in base alla diagnosi. Ci sono dunque persone che rimangono ricoverate una decina di giorni, altre un paio di mesi, altre ancora tre mesi. In alcune situazioni particolari valutate dai Medici Fisiatri referenti del progetto, sono previste delle proroghe che possono prolungare il tempo di permanenza in struttura per comprovate necessità. Anche il momento della dimissione varia di paziente in paziente. Alcune persone tornano al domicilio, altre vengono trasferite in strutture in cui possono proseguire con della riabilitazione estensiva (meno di tre ore al giorno), altre invece vengo trasferite in altre tipologie di strutture come quelle residenziali. È importante sottolineare che ogni scelta è presa dai professionisti sulla base del progetto riabilitativo che si sta portando a termine, nonché sulle volontà del paziente e della sua famiglia.

Come specificato precedentemente, la Casa di Cura è anche un centro di eccellenza per la ricerca, gli studi e la riabilitazione del Morbo di Parkinson. I ricoveri delle persone affette dal Morbo sono organizzati in maniera differente, spesso con cadenza definita dal Medico Neurologo di riferimento.

Il gruppo di lavoro del reparto di Medicina Riabilitativa della Casa di Cura è composto da diverse figure professionali: il Primario; le Fisiatre; il Neurologo; i Terapisti ed in particolare i Fisioterapisti, i Terapisti Occupazionali (da qui in poi detti TO), le Logopediste; la Psicologa che si occupa di aspetti neuropsicologici e la Psicologa/Psicoterapeuta che si

occupa degli aspetti psicoterapici; l'Assistente Sociale; il Personale Infermieristico ed il Personale Socio-Sanitario.<sup>2</sup>

Ogni progetto riabilitativo viene costruito *ad hoc* in base alle necessità della persona e per questo motivo non tutte le figure professionali vengono sempre "attivate" dal Medico Fisiatra di riferimento per la persona, ma vengono incluse nel lavoro di gruppo se richiesto dalla situazione ed al momento in cui è necessaria. Le figure imprescindibili in un percorso riabilitativo sono il Fisioterapista ed il Personale infermieristico con cui il Medico Fisiatra lavora quotidianamente. Il primo svolge la riabilitazione motoria necessaria per la ripresa, il secondo lavora a stretto contatto con il paziente durante la giornata in reparto.

Per chiarire nello specifico quali siano i compiti delle diverse figure riporto di seguito delle brevi descrizioni, alcune delle quali mi sono state fornite direttamente dall'équipe.

*Primario:* è il professionista responsabile del Reparto di Medicina Riabilitativa, che prende in carico i pazienti in ingresso dalle diverse strutture o dal domicilio ed ha una funzione dirigenziale di controllo.

*Medico Fisiatra:* la figura leader del progetto riabilitativo, il cui obiettivo è riuscire ad individuare delle strategie e delle attività per permettere al paziente che ha subito un trauma importante, di raggiungere il maggior grado di autonomia possibile. Nel campo della Medicina Riabilitativa la guarigione purtroppo non è un obiettivo, perciò si lavora per ottenere il maggior recupero. I Medici Fisiatri conducono una valutazione obiettiva della parte corporea, ovvero delle possibilità e potenzialità fisiche del paziente, ed una ambientale, se la dimissione è prevista al domicilio per

---

<sup>2</sup>I ruoli professionali sono declinati al maschile e al femminile sulla base del genere dei professionisti che al momento ricoprono i determinati ruoli all'interno della Casa di Cura.

esempio, nonché una analisi sociale per ciò che riguarda l'attività lavorativa e le relazioni sociali del paziente.

Una volta steso il protocollo riabilitativo, dunque il progetto completo di interventi ed obiettivi, si coinvolgono le figure professionali utili. Il Fisiatra mantiene però il ruolo di “direttore d’orchestra” e coordina il percorso per il benessere del paziente.

*Medico Neurologo:* specializzato nei disturbi del movimento, contribuisce al corretto inquadramento diagnostico e all'appropriata gestione farmacologica dei sintomi del paziente affetto da questo gruppo di patologie. Mentre i medici Fisiatri si occupano della gestione clinica dal punto di vista riabilitativo, il Neurologo contribuisce specificamente al processo di revisione diagnostica (confermare la diagnosi di invio o, qualora sussistano dubbi, prescrivere ulteriori accertamenti) e all'ottimizzazione terapeutica. La presenza del Neurologo all'interno del reparto di Medicina Riabilitativa è abbastanza originale, generalmente infatti i professionisti lavorano in reparti differenti: il Neurologo in Neurologia e il Fisiatra in Medicina Riabilitativa; lavorare fianco a fianco è di certo un *plus* per l'équipe, la struttura e i pazienti. Nello specifico, il Neurologo che ricopre il posto in questo momento si occupa anche di sviluppare e attuare di progetti di ricerca clinica in ambito neuro-riabilitativo in qualità di ricercatore.

*Fisioterapista:* specialista del movimento che si occupa di valutare insieme al Fisiatra la situazione di partenza del paziente e di stabilire gli obiettivi riabilitativi del progetto. Il fisioterapista crea il suo intervento ad hoc sulla base della patologia della persona, del suo stile di vita e delle sue necessità. Mira a “massimizzare” le capacità motorie del paziente con lo scopo di prepararlo alle difficoltà che incontrerà al momento della sua dimissione.

*Terapista Occupazionale:* il lavoro del TO opera su diversi fronti, in primis sulle ADL (Activities of Daily Living), ovvero le attività che un individuo compie in autonomia, senza necessità di essere assistito per sopravvivere e prendersi cura di sé, come per esempio la cura personale e l'igiene del corpo, l'igiene orale; la capacità di vestirsi, selezionare i vestiti e indossarli in maniera adeguata; la capacità di alimentarsi; quella di passare da una posizione ad un'altra e camminare in modo indipendente. Al Terapista Occupazionale spetta anche la valutazione delle cosiddette IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ovvero la capacità di prepararsi i pasti (pianificare, fare la spesa e preparare il cibo); fare le pulizie; gestire la somministrazione dei farmaci ed essere in grado di richiederli; la capacità di comunicare con gli altri utilizzando strumenti come il telefono; rendere la casa ospitale ed accogliente; essere capaci di gestire le proprie finanze (Università del Piemonte Orientale, n.d.).

Il Terapista Occupazionale valuta le capacità residue e dunque l'autonomia nelle ADL e nelle IADL e fornisce al paziente strumenti e tecniche per ottenere una buona performance, ovvero la riuscita del gesto o dell'azione (vestirsi o cucinare per esempio). Questa figura professionale è molto importante anche quando si parla di valutazione ambientale del luogo di rientro dopo la dimissione capendo quali modifiche andrebbero apportate per rendere l'abitazione più accessibile e proponendo delle soluzioni. In particolare, si tratta spesso di adattamenti per esempio del bagno o di qualsiasi barriera architettonica presente e per farlo può anche effettuare visite domiciliari.

L'obiettivo per cui il Terapista Occupazionale lavora insieme al gruppo è dunque la riabilitazione delle attività significative per la persona, perché possano essere compiute in sicurezza e nella maniera più autonoma possibile sulla base delle volontà del paziente. Nell'analisi della performance, ovvero della riuscita del gesto, il professionista valuta che tipo di approccio utilizzare: di *recupero* ovvero indirizzato al recupero delle



abilità perse, oppure di *compenso* dunque secondo la logica della compensazione con ausili, strategie e adattamenti. Ciò che guida il lavoro del TO è di certo la volontà del paziente, perciò in alcuni casi lavora sul reinserimento lavorativo, in altri sul ruolo familiare (nonno o papà, sorella o mamma per esempio) oppure sul ruolo socio-culturale (essere parte di una associazione o di un gruppo).

*Logopediste:* in struttura sono presenti due Logopediste che si occupano della riabilitazione in caso di problemi di deglutizione, valutando che tipologia di cibo è ingeribile dal paziente (per esempio liquido, addensato, frullato o solido). Il loro lavoro comprende anche la riabilitazione cognitiva o in problemi di eloquio.

*Psicologa, psicoterapeuta:* il compito della psicologa, psicoterapeuta all'interno del reparto è sostenere il paziente ad affrontare il percorso nelle migliori condizioni emotive. Questo è utile per permettergli di proseguire il ricovero e di gestire i vissuti che inevitabilmente interferiscono, ma che non devono diventare limiti per la riabilitazione stessa. Il compito di questa figura professionale in sintesi è quello di psicologo, più che di psicoterapeuta, perché sostiene ed analizza il vissuto presente senza andare a ricercare le origini magari lontane di qualche sentire, che per mancanza di tempo non è affrontabile.

*La psicologa che si occupa di aspetti neuropsicologici:* questa figura viene chiamata nel gergo comune "neuropsicologa" sulla scia del linguaggio utilizzato negli Stati Uniti per indicare le persone specializzate nell'ambito neuropsicologico. La legislazione e l'organizzazione italiana però risultano differenti, perciò la figura del neuropsicologo formalmente non esiste, e il professionista che si occupa di valutazione neuropsicologica viene definito "psicologo/a che si occupa degli aspetti neuropsicologici".

Il compito di questo professionista è proprio quello di svolgere valutazioni neuropsicologiche. Tramite una serie di test strutturati e

standardizzati per la popolazione italiana con l'obiettivo di indagare le funzioni cognitive globali e specifiche (ad esempio, la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive, il linguaggio, l'orientamento, le funzioni prassiche e visuo-spaziali) di persone che hanno deficit neurologici acquisiti (Ictus, Traumi, ecc..) o Sindromi che prevedono anche un decadimento cognitivo (Malattia di Parkinson e Parkinsonismi); da tale valutazione, successivamente alla correzione per età e scolarità del paziente, emerge il profilo del quadro cognitivo, che può collocarsi nella norma oppure confermare un lieve o un grave decadimento cognitivo. Questa valutazione è fondamentale sia in termini diagnostici che riabilitativi: la conoscenza delle difficoltà cognitive di un paziente è utile per il trattamento multidisciplinare, in quanto permette di individuare le strategie adatte per ogni persona, in modo da stimolare le funzioni carenti e rafforzare quelle residue.

*Assistente Sociale:* il ruolo dell'A.S. è quello di supporto in una fase di grande trasformazione della vita, come quella che si verifica in concomitanza con un trauma, che crea nel paziente nuove necessità e bisogni. Il supporto è fornito sia nei confronti del paziente sia della famiglia. Si tratta di un sostegno dal punto di vista sociale, che permette di connettere la persona alla rete territoriale per agevolarla nell'accesso ai servizi dopo la dimissione anche tramite degli aiuti concreti come la compilazione di documenti specifici, la richiesta di invalidità civile, handicap e disabilità nonché un sostegno relazionale che permetta di riuscire a immaginare la propria vita fuori dalla Casa di Cura, per esempio con l'accesso a progetti e bandi specifici per la Vita Indipendente, come quelli promossi dall'Ulss 8 Berica (ULSS8 BERICA *Progetto di vita Indipendente e inclusione sociale per persone con disabilità*, n.d.).

*Personale infermieristico:* si occupa di sostenere il paziente durante la sua permanenza in reparto, di monitorare lo stato di salute, nonché di somministrare i farmaci necessari. Lavorano in team, per questo si parla di

personale infermieristico e sono divisi per reparto. A capo di ogni reparto c'è un Caposala, ovvero il referente di tutti gli infermieri ed Operatori di quel reparto. Esiste anche la figura del Coordinatore Infermieristico, ovvero colui che gestisce tutti gli infermieri e gli operatori all'interno della Casa di Cura

*Personale Socio-Sanitario:* lavora a stretto contatto con il paziente, che sostiene nei momenti di routine (lavarsi, vestirsi, mangiare) e con il personale infermieristico.

Le figure professionali appena discusse sono quelle che possono essere coinvolte all'interno dell'équipe riabilitativa presente nella Casa di Cura. Come accennavo precedentemente però, i professionisti vengono *attivati* dal Medico Fisiatra referente per il paziente nel caso in cui se ne ravveda la necessità ed al momento più opportuno. Il parere del paziente è poi fondamentale ed è da tenere in considerazione che l'attivazione di figure come la Psicologa o l'Assistente Sociale possono creare un certo imbarazzo o timore in alcune persone. In certi casi questo accade per paura, o magari perché si conosce poco il ruolo della figura, in altri casi per una questione culturale, che li spinge a pensare negativamente la possibilità di fare riferimento a questi professionisti.

## **Cap. 4 STUDI DI CASO**

## L'organizzazione della ricerca

Il seguente capitolo riporta la ricerca sviluppata in collaborazione con la Casa di Cura Villa Margherita di Arcugnano (VI) in cui ho svolto il mio tirocinio professionalizzante al lavoro di Assistente Sociale.

Ho fortemente voluto portare avanti questo progetto di studio perché durante il tirocinio ho avuto l'occasione di veder lavorare i professionisti con pazienti affetti da patologie molto diverse tra loro, che dunque avevano tempistiche di ricovero differenti. Questo mi ha permesso di notare alcune costanti del lavoro d'équipe, che analizzerò nello specifico in seguito, ed altri fattori invece variabili a seconda della durata del ricovero, dei professionisti in campo e del paziente stesso.

L'obiettivo della mia ricerca è stato capire se e quanto le *competenze socio-relazionali* siano utilizzate all'interno dei progetti riabilitativi presso la Casa di Cura, come siano usate e come siano percepite dai diversi attori del progetto (professionisti e paziente). Ai punti di vista degli operatori e dei pazienti, aggiungerò il mio di tirocinante, così da analizzare la situazione da tre differenti prospettive.

Per la ricerca ho intervistato tre pazienti: il Signor Matteo, la Signora Grazia ed il Signor Lucio, oltre ai professionisti dell'équipe riabilitativa che ha contribuito a sviluppare i tre progetti.

Le interviste qualitative sono state svolte durante i mesi di Febbraio e Marzo 2021 in maniera individuale per via telefonica o in videochiamata in base alle disponibilità dei professionisti e dei pazienti.

Quelli che ritengo siano i punti di forza delle interviste effettuate sono la flessibilità e l'adattabilità. Ho ritenuto importante infatti, servirmi di un canovaccio di domande per le interviste ai professionisti, ed uno differente per i pazienti. Ho considerato il canovaccio una semplice guida, che mi permettesse di ricordare quali fossero i punti focali da analizzare,

ma che mi desse la possibilità di seguire la voce ed il racconto dell'intervistato, nonché la sua personalità ed il suo modo di rispondere alle domande, le sue possibilità di eloquio (in particolare per i pazienti) ed infine le sue disponibilità di tempo. La durata delle (video)chiamate infatti, è stata in qualche caso significativamente differente ed ha oscillato tra i 10 e i 60 minuti per quanto riguarda i pazienti e tra i 25 ed i 45 minuti per quanto riguarda i professionisti.

Ho elaborato la struttura della ricerca e la lista di domande ispirandomi alla *Behavioral Event Interview* (BEI) teorizzata da Spencer e Spencer nel 1993, un metodo che prevede la descrizione di fatti specifici accaduti sul luogo di lavoro da cui dedurre le abilità adoperate.

A seguito dell'intervista qualitativa, da parte di alcuni professionisti è stata avanzata la volontà di autovalutarsi rispetto alle soft skills, nonché di ricevere una eterovalutazione, ovvero essere valutati dagli altri professionisti dell'équipe di lavoro sulla base delle competenze soft dimostrate durante la messa in atto dei progetti del Signor Matteo, del Signor Lucio e della Signora Grazia. Ho deciso dunque di somministrare un breve questionario a seguito dell'intervista per analizzare le *LifeComp* descritte nel report pubblicato dal Joint Research Centre della Commissione Europea a Giugno 2020. "*Lifecomp, The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*". Il questionario è stato compilato in maniera anonima con l'obiettivo di analizzarne i dati aggregati per la ricerca, dunque per un'analisi complessiva riguardo l'autovalutazione dei professionisti ed una cumulativa sull'eterovalutazione che ogni membro ha dato rispetto agli altri. All'eterovalutazione ho cercato di porre particolare attenzione, poiché sono cosciente che ricevere un feedback può non essere facile, in particolare se negativo. Per questo motivo ho ritenuto utile proporre di sviluppare un report personalizzato per ogni professionista che ha partecipato alla

ricerca, in modo da commentare i risultati, senza rischiare che questi possano avere delle ripercussioni negative.

Di seguito analizzerò brevemente la Behavioral Event Interview per delinearne i principi fondamentali che la distinguono da altre tipologie di interviste. Procederò poi con l'analisi delle domande sottoposte ai professionisti e ai pazienti, ed infine prenderò in esame i singoli casi della Signora Grazia ed i Signori Matteo e Lucio.

### *BEI Behavioral Event Interview*

La *Behavioral Event Interview* teorizzata da Spencer e Spencer nel 1993 differisce dalle interviste tradizionali e viene considerata il cuore del processo di valutazione delle competenze in ambito lavorativo.

La BEI parte dal presupposto che le persone spesso non sappiano che tipo di competenze loro dimostrino, né quali siano i propri punti di forza e debolezza, perciò porre domande dirette riguardo questi argomenti può causare risposte vaghe o non vere, dunque inefficaci per rivelare le abilità del singolo. Inoltre, il rischio di rispondere a seconda di ciò che è considerato socialmente desiderabile, o secondo ciò che si pensa l'intervistatore voglia sentirsi dire, è molto alto. Per questo motivo Spencer e Spencer sostengono l'importanza di domandare che cosa i dipendenti facciano effettivamente al lavoro chiedendo loro che tipo di comportamenti abbiano assunto in specifiche occasioni. (Spencer e Spencer, 1993).

In alcuni casi ai due studiosi viene riferito di mettere in pratica delle abilità come l'essere leader partecipativi, ma quando chiedono di riferire qualche evento in cui gli intervistati ritengano di aver messo in atti quella abilità, il comportamento risulta essere autoritario, ovvero completamente

opposto alla definizione data in precedenza. (Spencer e Spencer, 1993, pag.116)

L'obiettivo primario della BEI è quello di analizzare molto dettagliatamente la descrizione che riguarda le modalità in cui le persone svolgono il proprio lavoro, ed in particolare nel capitolo 11, gli studiosi descrivono il lavoro dell'intervistatore come:

“The interviewer’s job is to keep pushing for complete stories that describe the specific behaviors, thoughts, and actions the interviewee has shown in actual situations.” (Spencer e Spencer, 1993; pag.118)

Egli deve dunque spingere l'intervistato a raccontare il fatto in tutto e per tutto, al fine di descrivere il comportamento specifico, oltre che i pensieri e le azioni messe in atto in quella determinata situazione.

Anche la preparazione della BEI è descritta in maniera minuziosa, tanto che gli autori stilano delle linee guida per supportare l'intervistatore:

1. Innanzitutto, è fondamentale sapere con chi si parlerà, il suo nome, nonché il suo *job title*, senza informarsi però su quale sia la sua performance, perché questo potrebbe creare dei pregiudizi per l'intervista.

2. È molto importante organizzare un luogo privato, nonché un tempo che può variare tra l'ora e l'ora e mezza. Il setting acquisisce molto rilievo poiché permette all'intervistato di estraniarsi da distrazioni e concentrarsi sulle domande e le riflessioni conseguenti.

3. Ove possibile gli autori raccomandano anche di registrare il colloquio con il consenso dell'intervistato, per poi trascriverlo in un secondo momento in modo da <<*capturing the exact nuances of the interviewees' motives and thought processes*>> (Spencer e Spencer, 1993, p.118).

4. Infine, è fondamentale sapere in anticipo che cosa si dirà, in particolare memorizzare tutti gli step previsti per l'intervista.



Secondo gli autori l'intervista deve anche essere scandita in step e ne individuano cinque:

1. Introduzione e spiegazione.
2. Responsabilità lavorative.
3. Behavioral events.
4. Caratteristiche necessarie per compiere il lavoro.
5. Conclusione e riassunto.

Si comincia con una presentazione di sé ed una introduzione alla ricerca per descriverne gli obiettivi ed esporre il format dell'intervista. Si persegue poi chiedendo all'intervistato di descrivere le proprie responsabilità lavorative ed i *task* che è chiamato a svolgere. Arriva dunque il momento cruciale dell'incontro, ovvero quello in cui si chiede di descrivere nei dettagli alcune situazioni di successo ed altre di difficoltà in ambito lavorativo. Gli autori parlano qui di cinque o sei esperienze in tutto, di cui due o tre positive e due o tre negative. L'intervista prosegue chiedendo quali siano le caratteristiche che ritengono essere necessarie per svolgere il proprio lavoro in maniera efficace. Infine, gli autori sottolineano l'importanza di terminare l'incontro ringraziando per il tempo dedicato e riassumendo brevemente i punti focali. (Spencer e Spencer,1993)

### *L'intervista ai professionisti*

Qualche settimana prima degli incontri è stato chiesto in forma scritta al Primario del reparto di Medicina Riabilitativa il consenso a fare partecipare i professionisti all'intervista; dopodiché tramite mail ho provveduto a contattare singolarmente i professionisti che intendevo coinvolgere nella ricerca per chiedere loro il consenso a partecipare. In

questa occasione ho provveduto a spiegare gli obiettivi della ricerca e le modalità di svolgimento.

A tutti gli intervistati è stato chiesto di ritagliarsi un tempo (sono state date indicazioni sulla durata di circa 30/40 minuti) ed uno spazio dedicato ed il più possibile silenzioso per rispondere alle domande in tranquillità e senza paura di essere giudicati o disturbati da rumori esterni o interruzioni. L'orario delle interviste è stato programmato singolarmente, sulla base degli orari di lavoro degli operatori e degli impegni di reparto.

Tutte le interviste sono cominciate con una prima fase di accoglienza ed introduzione alla ricerca in cui ho spiegato l'organizzazione delle domande e lo scopo finale dell'indagine. Questa prima fase è stata importante per permettere all'intervistato di comprendere che tipologia di domande gli sarebbero state fatte, nonché di cominciare l'intervista in maniera serena.

L'indagine è stata suddivisa in tre parti principali:

*La prima* riguarda il lavoro del singolo professionista, in particolare ne indaga gli obiettivi, le specifiche mansioni e le figure professionali che compongono l'équipe riabilitativa. Queste prime domande sono risultate utili per entrare in contatto con il professionista e capire i diversi punti di vista. È interessante fare notare che professionisti che svolgono lo stesso ruolo hanno dato definizioni differenti, ma che nel complesso danno una visione completa dell'incarico. Successivamente ho indagato la percezione di efficacia (*self-efficacy*) in ambito lavorativo e nello specifico ho chiesto di raccontare un momento anche recente in cui hanno sentito di aver messo in atto questa competenza. A questa domanda le risposte sono state sempre differenti, in alcuni casi perché le occasioni a cui gli intervistati facevano riferimento erano diverse, in altri i momenti descritti erano gli stessi, ma i punti di vista differenti, per la sensibilità personale dell'operatore o per il ruolo ricoperto. Fare domande sulla self-efficacy

permette di avere uno spaccato della persona, della sua autostima e del suo senso di efficacia; dà informazioni sulle caratteristiche che un lavoro ben fatto debba avere secondo quel professionista e sull'obiettivo che riteneva utile raggiungere. La domanda successiva è orientata verso la metacognizione, si chiede infatti di auto-analizzare e riportare le caratteristiche che si ritiene aver utilizzato nella situazione appena descritta. Come raccomandato da Spencer e Spencer poi, ho chiesto loro quali capacità ritengono richieda il loro compito, per capire se le avessero già elencate o se ne avessero altre da descrivere. Infine, ho indagato le criticità del ruolo che ricoprono.

La *seconda* parte dell'intervista riguarda il lavoro all'interno dell'équipe riabilitativa ed in particolare esamina l'utilizzo di alcune *LifeComp* tra cui: comunicazione interna al gruppo, gestione dello stress, leadership, empatia e ascolto attivo. Le domande sono riferite a come il professionista si comporta all'interno del team per capire come queste competenze vengano applicate ed utilizzate in un'équipe performante.

La *terza* parte riguarda l'utilizzo delle abilità appena analizzate nei confronti dei pazienti. Ciò avviene tramite la descrizione di almeno un momento positivo e uno negativo per ogni caso affrontato.

### *L'intervista ai pazienti*

Tutti i pazienti oggetto della ricerca sono stati dimessi dalla Casa di Cura entro la fine del 2020, perciò non hanno più un rapporto quotidiano né con i professionisti né con me da qualche mese. L'Assistente Sociale della struttura per questo motivo nel mese di Febbraio ha ripreso i contatti telefonicamente per chiedere loro se fossero interessati a partecipare alla ricerca. Ottenuto il loro benestare, li ho contattati telefonicamente, per mail o in entrambi i modi per fornire loro tutte le informazioni riguardanti lo scopo della ricerca e le sue modalità e ottenere il loro consenso a

partecipare effettivamente. Abbiamo quindi organizzato le videochiamate e nel caso di Lucio la chiamata, con l'indicazione di dedicarsi un momento tranquillo per poter ragionare e rispondere con sincerità alle domande.

La struttura dell'intervista è organizzata in maniera pressoché simile a quella dei professionisti, ma presenta delle differenze:

La *prima* parte è dedicata al ricordo del paziente riguardo il percorso. In particolare, si parte da una prima fase di accoglienza e aggiornamento sulla loro situazione attuale, utile per capire in che modo la loro vita si sia evoluta successivamente alle dimissioni, soprattutto per quanto riguarda l'affrontare il ritorno alla vita quotidiana. Ho indagato poi il loro ricordo riguardo l'esperienza alla Casa di Cura; alcuni mi hanno raccontato il percorso diviso in fasi, altri mi hanno risposto in maniera più asciutta per poi esprimersi più approfonditamente nelle risposte successive. In seguito, abbiamo ragionato insieme sulla presenza di un momento di svolta del percorso, un evento che loro hanno ritenuto importante sia durante il ricovero, che ora a posteriori, per analizzare anche le differenze nell'analisi metacognitiva della situazione.

La *seconda* parte indaga le *competenze socio-emotive* dimostrate dagli operatori, anche singolarmente, nei confronti del paziente. Ho chiesto a Matteo, Grazia e Lucio di descrivermi come si sono sentiti in relazione con i professionisti, ragionando insieme su quali abilità loro abbiano dimostrato. Queste domande sono state utili per indagare la relazione tra il paziente ed i singoli professionisti.

La *terza* parte infine, riflette sul modo di lavorare interno all'équipe, e permette di raccontare il gruppo di lavoro dagli occhi del paziente, secondo le *LifeComp*. Si tratta dunque di uno sguardo diverso, che fornisce uno spaccato del lavoro di team che i professionisti mettono in atto e approfondisce i temi della comunicazione, leadership, lavoro in team, empatia, ascolto attivo tramite l'esposizione di fatti accaduti durante il ricovero.

## *Il questionario di auto/etero valutazione*

Dopo aver sottoposto le prime interviste qualitative, alcuni operatori hanno dimostrato interesse nell'autovalutarsi e nel ricevere una eterovalutazione dai colleghi riguardo le soft skills messe in campo sul posto di lavoro. Ho dunque creato un questionario ad hoc che prevedesse una prima parte in cui autovalutarsi secondo alcune LifeComp previste nel report pubblicato dal Joint Research Centre della Commissione Europea a Giugno 2020 "LifeComp, The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence". La seconda parte è stata dedicata invece all'eterovalutazione dei singoli componenti dei team riabilitativi.

Le competenze analizzate sono: flessibilità, empatia, comunicazione, collaborazione/lavoro in team, pensiero critico e growth mindset, ovvero la capacità di ricevere feedback dagli altri, di riflettere sui propri successi e insuccessi, nonché di imparare da questi. (Sala et al., 2020)

Agli operatori viene chiesto di valutarsi con un punteggio da 1 a 5, dove con 1 si considera "poco" e con 5 "molto".

## AUTOVALUTAZIONE

Quanto ritieni di aver dimostrato queste abilità nello svolgimento dei casi?  
Considera 1=poco e 5=molto \*

	1	2	3	4	5
Flessibilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborazione/Lavoro in team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensiero critico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quanto ti senti aperto ai feedback positivi e negativi? Quanto rifletti su successi ed insuccessi e tendi ad imparare da questi? (Growth Mindset) 1=poco; 5=molto \*

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

Figura 9 Questionario di Autovalutazione

Le stesse modalità vengono utilizzate anche per la valutazione dei colleghi, con l'aggiunta dell'opzione "NO" da selezionare di fianco al proprio nome, così da non fuorviare l'analisi e confondere l'auto e l'etero valutazione. L'immagine riportata è a solo scopo dimostrativo del fatto che per indicare il professionista veniva fatto riferimento al ruolo ricoperto, nonché al suo nome, qui cancellato per motivi di privacy.

## ETEROVALUTAZIONE

In questa parte rispondi NO alle domande che riguardano te. Rispondi invece alle domande riguardanti gli altri professionisti selezionando i punteggi da 1 a 5 dove 1=poco e 5=molto.

\*Per GROWTH MINDSET si intende la capacità di essere aperti ai feedback, riflettere sui successi e sugli insuccessi per imparare e crescere da questi.

Che abilità ha dimostrato la Fisiatra Dottoressa	1	2	3	4	5	NO
Flessibilità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaborazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Growth Mindset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensiero critico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 10 Questionario di Eterovalutazione

## Storie di vita

A questo punto procedo con l'analisi delle interviste effettuate partendo dal raccontare chi sono Matteo, Grazia e Lucio, descrivendo il loro punto di vista e quello dei professionisti che hanno lavorato per loro.

### *Matteo*

Matteo è un giovane ragazzo di 28 anni. È sposato e ha una bambina piccola. Vive in una casa in campagna, che ama tenere in ordine e curare. Insieme a sua moglie ne ha costruito i mobili, il caminetto e la panchina dove si siede per giocare con la sua famiglia. Lui e sua moglie si occupano anche di un grandissimo orto collinare che dà loro molti frutti. La sua vita si divide tra il lavoro nei campi e il lavoro in un piccolo ristorante della zona in cui abita, che però a causa della pandemia da Covid-19 sta subendo una grave crisi e non ha più bisogno di molti collaboratori. Matteo si trova quindi a casa dal lavoro in disoccupazione. Si dedica all'orto, passione che non voleva per nulla abbandonare e nel frattempo rispolvera un grande sogno nel cassetto, che aveva messo da parte quando aveva deciso di formare una famiglia subito dopo la laurea: l'insegnamento alle scuole superiori. Comincia quindi a riprendere in mano i libri che non guardava più da qualche anno in vista dei concorsi indetti per l'autunno 2020.

È primavera e Matteo sta lavorando nel frutteto, quando cade violentemente da una scala. La parte inferiore del suo corpo rimane istantaneamente paralizzato. Viene portato d'urgenza in ospedale dove viene operato e ricoverato. Ha subito una grave lesione midollare. Rimane in ospedale per circa 30 giorni; qui inizia a fare fisioterapia e a conoscere la vita all'interno del reparto. Durante quel periodo le visite erano consentite, perciò anche se in orari scanditi e limitati Matteo riusciva a vedere la sua famiglia. Non appena possibile viene trasferito a Villa Margherita per la



riabilitazione intensiva, dove purtroppo le visite non sono consentite, per tutelare i pazienti fragili dal Covid-19, che causerebbe davvero grossi problemi in persone debilitate come quelle che sono ospiti in struttura. L'Assistente Sociale e le Psicologhe si occupano di mantenere i contatti con le famiglie tramite delle videochiamate, in particolare per i pazienti che non riescono ad utilizzare uno smartphone in autonomia. Matteo in questo è assolutamente autonomo, data la sua giovane età, ma fin dall'inizio del ricovero parla del concorso che sta preparando, chiedendo di poter utilizzare un WI-FI per studiare. Gli viene quindi concesso di utilizzare il modem portatile con il WI-FI che durante il giorno l'A.S. e la Psicologa usano per le videochiamate con il tablet della struttura. Tutte le sere quindi l'Assistente Sociale si occupa di portargli il modem a conclusione del suo turno di lavoro. Sarà proprio questo il momento che darà l'occasione a Matteo di conoscerla e di cominciare a costruire un rapporto con lei, che nel corso del ricovero si dimostrerà proficuo.

### *Il racconto di Matteo*

La prima domanda che ho fatto a Matteo è stata "che ricordo hai di Villa Margherita?" e la sua risposta "Un ricordo misto". Matteo mi racconta di aver apprezzato in particolare alcune figure del team: l'Assistente Sociale e la Psicologa, che hanno sempre captato i suoi stati d'animo e dedicato del tempo per ascoltarlo.

A causa della pandemia da Covid-19 la struttura è stata costretta a rimodulare la programmazione riabilitativa per limitare i contatti tra pazienti che appartenevano a diverse stanze, piani e a volte reparti: la piscina appena costruita non è utilizzabile e l'organizzazione delle palestre è differente. Matteo viene seguito da un Fisioterapista in sessioni 1:1 per circa un'ora e mezza o due al giorno. Questa nuova organizzazione permette di essere seguiti più da vicino e di lavorare in maniera più intensa, ma lui vuole davvero raggiungere le tre ore di riabilitazione al giorno, perciò chiede di utilizzare qualche macchina sotto supervisione più

lassa, o in autonomia, e prosegue con qualche esercizio in camera o in reparto. Ecco, Matteo è proprio così, un ragazzo che non si ferma mai, che vuole sempre di più e che di certo voleva tornare a camminare con le sue gambe. Già in ospedale aveva provato a farlo con l'aiuto di macchinari e dei terapisti durante alcune sedute di fisioterapia, ma arriva a Villa Margherita in sedia a rotelle e proprio da quella riparte la riabilitazione.

Il suo ricovero dura a lungo, circa 90 giorni in cui conosce diversi compagni di stanza e vari professionisti che lavorano con lui. Mi racconta di ricordare quel periodo come fosse un po' diviso in fasi, una prima parte molto positiva, una seconda invece più difficile. Nella prima parte infatti, dall'utilizzare la sedia a rotelle è riuscito ad utilizzare il deambulatore e mi racconta: "I primi mesi sono stati positivi, da una situazione brutta, anche emotivamente, passare al deambulatore faceva bene". Dal suo punto di vista, a partire dal momento in cui ha cominciato ad utilizzare il deambulatore, le cose sono rallentate e quando gli operatori gli dicevano che progressivamente avrebbe cominciato ad utilizzare le stampelle lui pensava che tutti i giorni si sarebbe aumentato l'arco temporale di utilizzo di un numero consistente di minuti, ma i passaggi sono invece avvenuti più lentamente.

Alla domanda cosa ricordi positivamente di Villa Margherita, Matteo mi parla degli incontri con l'Assistente Sociale, la tirocinante A.S. e la Psicologa:

"Da parte loro ho sentito empatia e ascolto. Capivano il mio punto di vista e mi aiutavano cercando strategie per venire fuori dai problemi. Sono state figure molto presenti durante il ricovero con le quali ha avuto uno scambio frequente, anche se non sono riuscite a cambiare il fattore scatenante che creava disagio. Anche il team infermieristico e sociosanitario è stato di supporto: sempre disponibile, premuroso e presente".

Ha apprezzato particolarmente coloro che si adoperavano per il benessere del paziente e per le sue esigenze. Infine, si è affezionato molto alla Fisioterapista che l'ha seguito nella fase finale del percorso di cui dice:

“Mi è sembrata eccellente dal punto di vista professionale ed umano; andava oltre il suo lavoro, aveva occhio critico ed era molto scrupolosa”.

Verso la fine del percorso riabilitativo l'équipe ha organizzato una videochiamata con i familiari di Matteo per riferire come stesse andando la riabilitazione e decidere insieme come pensare ed organizzare la dimissione. Rimaneva ancora aperto il dilemma: vita nella natura continuando a coltivare gli orti o vita da insegnante? Proprio nel momento della videochiamata, quando tutta l'équipe era riunita insieme a Matteo davanti ai suoi familiari, a lui è stato chiaro che il progetto riabilitativo fosse stato pensato da tutti gli operatori insieme. Prima lo vedeva in maniera più frammentata:

“Anche se mi era chiaro il rapporto continuo tra il Fisioterapista e la Fisiatra, non ho sentito il lavoro in team fin da subito, se non quando qualcuno mi diceva di aver parlato con un altro operatore. In particolare, parlando con la Psicologa, nella parte finale del ricovero, mi sono reso conto che ciò che io le segnalavo veniva poi discusso in équipe, lei cercava di tradurre il mio disagio a tutto il gruppo di lavoro”.

Matteo mi ha raccontato di quanto apprezzasse il fatto di essere seguito costantemente dalle diverse figure professionali, e anche di avere degli appuntamenti fissi che scandissero la settimana, nonché di averli programmati almeno con un po' di anticipo e non proprio all'ultimo minuto. Ha apprezzato particolarmente le figure che lo hanno seguito costantemente dal momento della presa in carico, fino alla dimissione. Matteo aveva bisogno di essere incoraggiato e mi racconta di quanto alcune situazioni gli abbiano fatto tornare la “paura e tutte le cose negative

del caso” come per esempio sentire parlare di sport paralimpici. “Se una persona è convinta di guarire affronta la fisioterapia in un certo modo” mi riferisce. Ha descritto anche la necessità del confronto e del coordinamento del Terapista Occupazionale e del Fisiatra con il Tecnico Ortopedico dell’Ulss di residenza per quanto riguarda gli ausili da dare in dotazione dopo il ricovero per coloro che hanno una disabilità acquisita. Fattore che secondo lui è parzialmente mancato nel suo progetto, forse a causa del Covid-19.

### *Il racconto degli operatori*

Il team che ha seguito Matteo era composto da Fisiatra, Fisioterapista, Assistente Sociale, Psicologa, Terapista Occupazionale, Infermieri ed Operatori Socio Sanitari. Durante il percorso hanno ritenuto importante fare ragionare il giovane sul suo futuro desiderato: la vita da insegnante o quella del lavoro nei campi della casa in campagna di cui si occupava? Esse prevedevano infatti due stili di vita molto differenti, nonché degli ausili diversi. Avevano dunque necessità di comprendere dove il ragazzo volesse indirizzare la sua vita, per poi spiegargli come adattare le attività e i movimenti.

Dai racconti degli operatori capisco come loro abbiano voluto cercare di rispettare le volontà e le necessità del paziente, ma come avessero paura che lui stesse sottovalutando il suo stato. “È importante fare capire i limiti dovuti alla nuova situazione, che si faticano ad accettare, in particolare in un paziente così giovane” ma che lo proteggono da rischi che potrebbe correre essendo incauto o poco prudente e che metterebbero a rischio la sua salute. Si trattava dunque di “lasciare passare un po’ di tempo prima di tornare a lavorare la terra in pendenza o di modificare il suo modo di lavorarla, ma lui voleva fare come prima e non riuscivo a fargli capire i pericoli in cui si metteva” dice il Fisioterapista.

A metà percorso si è tenuta una riunione con tutte l'équipe e il paziente per decidere come orientare la parte finale della riabilitazione. Questo è stato un momento positivo in cui Matteo ha capito che il gruppo stava lavorando per lui, ma nella parte finale del ricovero i rapporti si sono fatti più difficili e le visioni si sono allontanate. Uno dei professionisti mi riporta:

“Con lui ho avuto delle difficoltà. Aveva cominciato a camminare con le stampelle, ma voleva sempre di più e fai fatica anche tu come professionista ad essere contento degli obiettivi raggiunti, perché passa anche a te l'idea che non basti mai, anche se hai già ottenuto dei grossi risultati.”

L'équipe si è riunita un'altra volta insieme al paziente per la videochiamata con la famiglia di Matteo. Anche questo è stato un momento importante per comunicare i risultati ottenuti nel percorso e per mettersi in ascolto della famiglia. Quell'incontro è stato utile per creare consapevolezza della situazione nei familiari.

Ciò che Matteo riporta essere stato il problema è la differenza di aspettative tra lui ed il team, e come accennavo precedentemente, ciò che per lui è stato di supporto è stata la presenza delle figure dedicate all'ascolto e al sostegno della persona.

L'Assistente Sociale mi racconta che per Matteo ha:

“Attivato i servizi territoriali dedicati alla disabilità acquisita, così da alleggerirlo non solo emotivamente, in questo passaggio. Ho compilato documenti insieme a lui, offerto un sorriso, una parola, un caffè e anche dei momenti di quotidianità ed ho ascoltato. In certi momenti ho raccontato anche di cose più leggere per alleggerire il carico emotivo che lui stava portando.”

Mi racconta di quando verso la fine del percorso ha visto Matteo più spento ed ha compreso che qualcosa non andava:

“Mi sono introdotta in punta di piedi in quel momento in cui lui aveva deciso che non voleva più parlare perché non si sentiva capito. Ho offerto uno spazio di ascolto, siamo andati in un ufficio al piano terra, così da non dover prendere l’ascensore per salire nel mio; abbiamo chiuso la porta ed ho offerto a Matteo uno spazio in cui potesse sentirsi sicuro e libero di parlare, lontano da possibili ascoltatori. È stato un momento in cui ho applicato l’ascolto attivo”.

Con lui aveva costruito un ottimo rapporto poiché:

“Dal momento dell’ingresso in struttura tutte le sere gli lasciavo il modem per studiare in vista del concorso che stava preparando. Quel gesto molto semplice è stato uno spazio quotidiano di presenza, una routine che mi permetteva di farmi vedere tutti i giorni e di monitorare come stava, nonché di chiedergli come stesse. Una volta l’ho visto particolarmente e giù ed è stato il suo compagno di stanza a spronarlo a venire a parlare con me dicendogli <<Vai, che ti fa bene!>>.”

## *Grazia*

Grazia è una signora sulla settantina, molto attiva ed indipendente. Vive da sola, guida la macchina e lavora per diversi progetti di volontariato. È un'insegnante di scuola primaria in pensione, ma nella sua vita mi racconta di aver fatto moltissime cose: ha coordinato progetti interculturali tra cui alcuni di educazione alla pace, è stata per molti anni una volontaria in Kosovo, ed infine tutor di tirocinio e Docente di un breve corso di Didattica interculturale e Pedagogia interculturale all'Università di Padova. Durante l'estate si reca presso l'ospedale dove aveva in programma una visita e viene ricoverata d'urgenza per un melanoma. Grazia è ovviamente spaventatissima, e mi racconta che quel giorno era uscita di casa pensando di fare una semplice visita e invece a casa non è più tornata per mesi. I suoi amici, ovvero le persone che lei considera la sua famiglia, l'hanno aiutata moltissimo fin dal primo momento, portandole tutto il necessario e supportandola per come era loro possibile. Dopo poco Grazia viene trasferita a Villa Margherita per la riabilitazione intensiva. Era molto spaventata e questo suo sentire ha caratterizzato tutta la prima parte del ricovero.

### *Il racconto di Grazia*

Grazia fin dall'inizio dell'intervista mi racconta di quella che lei definisce "la terribile esperienza", riferendosi al modo in cui era entrata in ospedale per la visita che poi era diventata un'operazione d'urgenza, ed infine un ricovero in riabilitazione intensiva. "Un inizio terribile" dice, soprattutto perché i ricordi delle esperienze di familiari in struttura non erano positivi. Per lei era "una tragedia essere lì. Ero negativa al 5000%". Ora Grazia invece ha un'impressione positiva della struttura da cui è rimasta piacevolmente sorpresa. Mi racconta che l'équipe ha capito come trattarla e lei ha capito la loro metodologia di lavoro.

Durante l'intervista mi riporta diversi momenti in cui ha sentito delle vere e proprie iniezioni di fiducia da parte dell'équipe, ed in particolare dalla Fisiatra di riferimento e dal Fisioterapista.

“Quando la Dottoressa è tornata dalle ferie l'ho incontrata in corridoio. Lei stava parlando con altri membri dell'équipe, ed ho avuto la sensazione che stessero parlando di me. Mi ha guardata e mi ha strizzato l'occhio. Quella per me è stata una chiave di volta. [...] Chiedevo alla Dottoressa e al Fisioterapista che cosa mi fosse concesso fare e dove potessi andare e la Fisiatra un giorno mi ha risposto: “Grazia, vada dove vuole e quando vuole perché sappiamo che può farlo”. E' stata una vera e propria iniezione di fiducia per me, che ne avevo tanto bisogno, così sono andata al bar della struttura e ho comprato una brioche che ho portato in palestra”.

E riferendosi al Fisioterapista:

“Se potessi farlo d'oro lo farei d'oro perché mi ha accompagnata in questo percorso spingendomi sempre e mai rassegnandosi. Quando io crollavo, lui non mollava, teneva duro, ma in maniera comprensiva”.

Grazia ha apprezzato davvero l'empatia dei professionisti, e dice: “ho sentito che ci tenevano a me”. Mi riporta anche che al termine del ricovero ha chiesto al Fisioterapista “secondo te dove potrò arrivare?” e lui le ha risposto in maniera cristallina: “arriverai a fare qualche passo da un mobile all'altro”. “Questa può essere una cosa pesante da sentirsi dire” riflette lei, “ma a me ha dato un senso di realtà, ho apprezzato che mi abbia detto la verità. [...] Mi fa male sentirmi dire che tornerò come prima perché non è vero e mi fa male che gli altri non accettino che io sia cambiata e proiettino le loro illusioni su di me. È qualcosa che devo accettare io e che devono accettare le persone attorno a me”.

Grazia riferisce di tanti piccoli eventi che le hanno garantito il raggiungimento di una piccola autonomia alla volta: girarsi nel letto, scegliere i vestiti la sera prima, in modo da sapere già che cosa indossare il



giorno dopo, così da non chiedere agli operatori di cercare i capi all'interno del suo cassetto. "Ho imparato l'economia dei passaggi e sto ancora utilizzando alcune tecniche che ho appreso lì a Villa Margherita. Sono riuscita a lavare i calzini, a rifare il letto" racconta Grazia. In particolare, mi parla anche di quando insieme alla Terapista Occupazionale, durante il ricovero, si è avvicinata alla cucina, dato che uno dei suoi desideri era essere autonoma nel preparare i pasti. Insieme cucinano l'insalata di riso, dispongono gli ingredienti e la TO le fornisce delle tecniche e delle strategie, che Grazia chiama "stratagemmi" per compiere il lavoro. La mangiano insieme e alla professionista piace. Grazia mi dice "sai, quando all'altro piace quello che hai cucinato, tu stai meglio" e inoltre si ricorda che la TO le aveva detto che avrebbero chiesto in reparto di tenerle la pietanza che avevano cucinato per la cena, e questo per Grazia è stato un momento importantissimo, che l'ha resa molto felice: poteva cenare con qualcosa che aveva preparato con le sue mani; stava riacquistando un po' delle sue autonomie, una passo alla volta, come piaceva a lei, e come la faceva sentire sicura, perché "quando vedi che il lavoro è graduale e costante, è chiaro che ti fidi!".

Il modo di approcciarsi alle sfide che le venivano proposte cambia notevolmente durante il corso del ricovero, dalla signora impaurita che era, Grazia comincia a fidarsi e ad accettare le proposte che le vengono fatte dai professionisti, di cui ormai ha fiducia.

"Mi sono accorta che la comunicazione dell'équipe era concorde, lo stile e le informazioni passavano da tutti i membri nello stesso modo."

All'inizio non aveva chiari i compiti delle singole figure, era disorientata e anche se probabilmente le erano stati spiegati, non era riuscita a memorizzare ciò che le era stato riferito. "Quando sono entrata la dottoressa mi ha detto molte cose, ma io ne ricordo solo alcune, so che ho

chiesto subito un sostegno psicologico perché da sola non ce l'avrei mai potuta fare”.

Grazia racconta di essersi sentita spaesata quando i professionisti le hanno proposto di proseguire la riabilitazione in una struttura estensiva, e di rimandare il rientro a casa. Dice che non capiva perché alcuni professionisti lavorassero per il rientro a casa, se poi l'intenzione sarebbe stata quella di mandarla in un'altra struttura riabilitativa. “A pensarci bene loro stavano vedendo a lunga gittata che dato il periodo estivo e la concomitanza di alcune ferie dei professionisti fosse utile un ulteriore periodo riabilitativo, prima del mio ritorno a casa”.

### *Il racconto degli operatori*

“Ci è voluto un po' di tempo per comprendere come comportarsi con Grazia, dopo i primi 20 giorni circa, ho preso le misure e ci siamo trovate meglio, ci siamo capite di più. Ho compreso che la signora voleva essere molto protagonista del suo caso e necessitava di una comunicazione cristallina per comprendere perfettamente che cosa le veniva detto e quali fossero i passaggi successivi da compiere. Grazia aveva delle risorse sul territorio, in particolare un'amica Medico di cui si fidava molto e con cui mi sono confrontata più volte per capire come proporre alla paziente alcune risorse, in particolare l'inserimento dell'Assistente Sociale in équipe e la proposta di un periodo riabilitativo estensivo successivo a quello a Villa Margherita.”

Inserire l'Assistente Sociale all'interno dell'équipe per Grazia è stato impegnativo perché a lei non era chiaro quali fossero i compiti di questa professionista, oltre al fatto che fosse una figura interna alla struttura e non un servizio esterno, che lei categorizzava come “i servizi sociali”, nella accezione negativa che culturalmente si ha degli stessi. L'Assistente Sociale racconta:

“Ho gradualmente comunicato alla signora l'utilità del mio intervento con lei ed in generale, il fatto che la mia figura è normalmente inserita all'interno dell'équipe

riabilitativa della struttura e non è parte di un servizio esterno; poi ho aspettato che fosse pronta a sentire parlare di richiesta di invalidità, contrassegno invalidi e di come organizzare il rientro a casa. Mi sono confrontata molto con il team e ho cercato di essere delicata e di mostrare alla paziente le sue risorse. Ho sempre informato Grazia di ogni passaggio che ritenevo fosse utile fare per ottenere il suo consenso prima di procedere.”

Dopo le prime difficoltà iniziali, la paziente comincia a instaurare un rapporto positivo con l’Assistente Sociale dalla quale si fa supportare nella compilazione di alcuni documenti, nell’organizzazione per il rientro a casa e nella comunicazione con l’équipe. La stessa professionista mi racconta di un momento in cui si è sentita molto in empatia con Grazia: avevano procurato insieme i documenti richiesti per recuperare la cartella clinica della signora e

“Un giorno la incontro felicissima in giardino: aveva ricevuto la risposta dall’ufficio a cui aveva richiesto la cartella clinica. Mi sono fermata ad ascoltarla, si è aperta e mi ha raccontato un po’ di sé esprimendomi la felicità per aver ottenuto quel traguardo per lei grande. Aveva bisogno di parlare e di essere ascoltata. È bello e anche giusto non stare solo nella sofferenza... Si pensa di dover essere professionali solo in ufficio, ma si può esserlo molto anche fuori, soprattutto in una struttura come questa in cui i pazienti rimangono ricoverati a lungo, e in un periodo come questo in cui a causa del Covid-19 non possono vedere i propri familiari.”

Con il passare dei giorni e procedendo per piccoli tentativi si è costruito un rapporto di fiducia tra Grazia e gli operatori, che ha permesso a lei di gestire le sue preoccupazioni e sentirsi supportata, e all’équipe di lavorare al meglio secondo le modalità più adatte alla signora. Grazia non ha accettato di prolungare la riabilitazione in una struttura estensiva, ma ha organizzato al meglio le dimissioni prevedendo di trasferirsi in una casa al piano terra per un primo periodo prima di rientrare nella sua casa senza ascensore. I professionisti perciò hanno lavorato tutti in maniera concorde

sul rientro a casa, mentre quando è stata fatta la proposta alla signora, alcuni lavoravano per il rientro, come la TO, dato che la terapia occupazionale non sarebbe stata presente nella struttura successiva, ed altri invece prevedevano un ulteriore periodo di ricovero.

## *Lucio*

Lucio è un gentilissimo signore di una sessantina d'anni, sposato con Marzia e padre di Giovanni, a sua volta sposato con Anna, con cui ha un bambino di nome Andrea. Possiede un ristorante molto in voga, che si trova nel pieno centro della città in cui vive e che gestisce insieme alla sua famiglia. Lui ama il suo lavoro, vive per questo. Ama il contatto con i clienti, gestire il personale e la cucina.

Dopo aver subito un intervento, Lucio comincia a stare male e viene ricoverato; gli viene diagnosticata la sindrome di Guillain-Barrè, una malattia che causa debolezza muscolare agli arti e si può aggravare molto velocemente, perciò richiede il ricovero ospedaliero. (Msd Manual, *Sindrome di Guillain-Barré (SGB)*, n.d.) Dopo un primo periodo in ospedale viene trasferito in una struttura riabilitativa dove comincia un percorso che durerà mesi e che poi lo porterà a Villa Margherita per il programma riabilitativo intensivo multidisciplinare. La lontananza da casa e le chiusure ai visitatori a causa del Covid-19 non gli permettono di incontrare i suoi familiari, che lui contatta però tramite chiamate e videochiamate.

Lucio è un signore cognitivamente lucido, che sa come risolvere i problemi grazie alla sua intraprendenza. Quando l'ho incontrato per la prima volta, all'inizio del ricovero, era seduto sulla sua carrozzina, non riusciva a muovere né mani, né gambe, ma riusciva ad intrattenere una conversazione in maniera eccellente, nonché a ricordare molte cose. Durante il periodo di riabilitazione intensiva aveva cominciato a recuperare l'utilizzo delle dita delle mani e a puntare i piedi a terra nei trasferimenti

(dal letto alla carrozzina per esempio). In forza del fatto che fosse cognitivamente lucido, il team aveva anche organizzato una prova della carrozzina elettrica, strumento che si fornisce alle persone che hanno difficoltà motorie, ma non deficit delle funzioni cognitive. Ho avuto prova della sua lucidità e prontezza anche durante un colloquio in cui avevamo deciso di contattare dei professionisti a cui Lucio si era già affidato per questioni burocratiche relative alla sua attività, ma di cui non riuscivamo a reperire il numero di telefono. Lui in un batter d'occhio ha attivato il comando vocale del suo cellulare per cercare il numero in rubrica e non trovandolo ha chiamato il suo ristorante (di cui sapeva il numero a memoria) poiché ricordava perfettamente dove quel numero fosse scritto, pur non mettendoci piede ormai da un anno. Alla chiamata rispose una dipendente neoassunta e lui si presentò così: "Sono il tuo titolare, ma non ci conosciamo perché tu lavori qui da poco, vero?" Mi ha sorpreso il tono molto deciso con cui ha pronunciato quella frase, nonché la sicurezza che ha dimostrato nel dare alla ragazza le indicazioni su dove cercare il numero di cui aveva bisogno.

### *Il racconto di Lucio*

Lucio mi saluta molto calorosamente dicendomi che aspettava la mia chiamata e che è molto felice di parlarmi. Si ricorda perfettamente chi sono stati i professionisti che lo hanno seguito e me li elenca menzionando i nomi. Ciò mi ha stupito poiché la sua situazione clinica al momento è peggiorata e anche le sue possibilità di eloquio si sono ridotte di molto. Tra domanda e risposta si creano dei silenzi causati dalla lentezza dell'eloquio di Lucio, una caratteristica emersa nell'ultimo periodo, che non gli impedisce però di esprimersi e farsi comprendere bene. Fin dall'inizio Lucio mi dice:

"Faccio un po' fatica a parlare, non so come mai, ma sono molto contento di sentire voi di Villa Margherita".

Gli chiedo che cosa gli sia piaciuto della struttura e lui mi parla della compagnia di persone con cui si trovava a chiacchierare in giardino, i compagni di avventura, ricoverati nella struttura nel suo stesso periodo, con cui condivideva gioie e dolori, nonché i piccoli progressi quotidiani. Anche gli operatori mi hanno parlato di quella compagnia così unita: si trovavano in giardino, data la bella stagione e si supportavano a vicenda. Era bello vederli tutti insieme fuori. Contento mi riferisce anche:

“Ricordo di aver provato l’esoscheletro ed altri macchinari che non avevo mai utilizzato prima, né sto utilizzando nella struttura dove sono ora. Ero sempre entusiasta di testarli.”

E poi mi racconta degli operatori che l’hanno sostenuto nel comunicare con la sua famiglia:

“Mi sentivo accompagnato nel parlare con mia moglie, che è una persona un po’ difficile; grazie a voi sono riuscito a parlarle.

La comunicazione con sua moglie è stata uno dei punti focali del percorso di empowerment che ha coinvolto Lucio a Villa Margherita. Sentiva il bisogno di essere supportato nel parlarle e nell’esporgli le novità che emergevano di giorno in giorno dalla riabilitazione; in particolare andava trovato un accordo tra i due coniugi, poiché Lucio era stanco di essere ricoverato e aveva il desiderio di tornare a casa il prima possibile, mentre sua moglie voleva che lui tornasse a casa una volta “guarito”. L’abitazione aveva grosse barriere architettoniche che richiedevano un intervento massiccio, perciò insieme all’Assistente Sociale e al Terapista Occupazionale sono state pensate diverse opzioni: eliminare le barriere, trasferirsi in un appartamento al piano terra in affitto con la moglie oppure con una persona che potesse supportarlo.

Un momento di comunicazione tra l’équipe, Lucio e la famiglia è stato sicuramente quello della videochiamata di aggiornamento sul

percorso riabilitativo e l'organizzazione delle dimissioni, che anche Lucio mi descrive:

“Quando abbiamo fatto la videochiamata con mio figlio, mia moglie e mia nuora, c'erano i dottori e abbiamo parlato. È stato interessante. All'inizio ero agitato, ma dopo aver sentito la mia famiglia mi sono ripreso”.

E a conclusione dell'intervista mi saluta dicendo:

“Mi manca tanto Villa Margherita perché lì ero assistito bene, tutte le infermiere e gli operatori erano molto gentili e capivano le mie esigenze. Ho chiamato il reparto qualche settimana fa perché ho il numero memorizzato sul telefono; ha risposto un'infermiera e mi ha salutato tutti”.

### *Il racconto degli operatori*

Quando la famiglia e il paziente non sono allineati sulle proprie volontà diventa difficile procedere. È stato questo il caso del signor Lucio, che voleva con tutte le sue forze tornare a casa dalla sua famiglia, che però non se la sentiva di accoglierlo, se non nel momento in cui lui sarebbe guarito.

Il punto focale del progetto d'équipe pensato per Lucio è stato proprio spiegare ai familiari che le sue condizioni sanitarie gli permettevano di essere seguito in maniera ambulatoriale e che Lucio stava facendo ogni giorno dei piccoli progressi. È stato importante per l'équipe fare valere la volontà del paziente, in forza della DGR 464/2006 (regione del Veneto, n.d.), che promuove il benessere della persona e sostiene la scelta di rimanere al proprio domicilio. È importante fare notare anche che Lucio è un paziente che appartiene all'età adulta, in quanto non ha ancora compiuto 65 anni, considerati il limite d'ingresso nell'età anziana. Pensare dunque di assecondare la volontà familiare di inserirlo in una struttura residenziale definitiva contro il volere del paziente era davvero fuori luogo.

Allo stesso tempo andavano considerate le ragioni della famiglia e soprattutto andava distinta la paura di non riuscire a gestire la nuova situazione, dal potenziale disinteresse nei confronti della cura del familiare. Infine, andavano considerate le barriere architettoniche della casa di proprietà.

La Fisiatra riporta:

“Lucio è sempre stato un paziente impegnato, collaborativo, costante e partecipe al progetto riabilitativo. Il trend era in lento miglioramento, ed erano comparsi i primi movimenti alle dita delle mani.”

Il Fisioterapista racconta:

“È entrato a Villa Margherita utilizzando una carrozzina Bascula, ed è uscito usando una Leggera in autospinta, con grosse difficoltà, ma questo è stato un grosso recupero. Il cambio carrozzina è stato un momento di svolta per lui”.



Figura 11 Carrozzina Bascula

La *Bascula* è una carrozzina molto possente, che permette di reclinare lo schienale a diverse altezze, così da permettere alla persona che la utilizza di riposare quasi sdraiandosi, o di essere disteso in caso di cali pressori. Questa tipologia di carrozzina ha le ruote molto piccole e non è pensata per le persone che riescono a spingersi in autonomia,



come invece la carrozzina *Leggera*, adatta per pazienti che hanno un ridotto utilizzo degli arti inferiori, ma riescono a muovere quelli superiori.



*Figura 12 Carrozzina Leggera*

La *carrozzina elettrica*, pensata per i tragitti lunghi o medio-lunghi di Lucio, è adatta a persone che utilizzano in maniera ridotta gli arti, ma sono cognitivamente integre, ovvero non hanno deficit a livello cognitivo.



*Figura 13 Carrozzina Elettrica*

Il terapeuta occupazionale:

“Ho organizzato momenti di confronto con Lucio e sua moglie, sono stati dei momenti di condivisione in cui sia io, che tutta l'équipe, abbiamo lavorato per aumentare la consapevolezza dei familiari. Io e Lucio inoltre abbiamo lavorato su altri obiettivi: l'individuazione della carrozzina elettrica più consona alle sue esigenze; le ADL, in particolare abbiamo lavorato sul mangiare da

solo con l'utilizzo di specifici ausili, ed infine abbiamo lavorato sul rientro al lavoro. Ci siamo esercitati nell'utilizzo del computer e nelle relazioni interpersonali perché lui potesse occuparsi dell'accoglienza dei clienti e della gestione del personale del suo ristorante. Molte sono state anche le occasioni di ascolto in cui lui mi esprimeva la volontà di rientrare a casa, ricongiungersi alla sua famiglia e tornare al ristorante.”

L'Assistente Sociale parla del lavoro di ascolto attivo e di coinvolgimento svolto con la famiglia. È stata svolta l'analisi della domanda, sono state comprese le necessità e si è cercato di fare ordine tra le richieste, a volte confuse, della famiglia. Fin dall'inizio del ricovero era chiaro che la moglie Marzia ed il figlio Giovanni volessero che Lucio dopo la dimissione da Villa Margherita venisse trasferito in una struttura nella loro zona di residenza. La loro idea era che lui tornasse a casa solo una volta guarito, ma questa situazione si sarebbe anche potuta non presentare mai. Il paziente acconsentiva ad un ulteriore periodo in struttura con la speranza poi di poter tornare a casa. Il lavoro dell'Assistente Sociale è stato quindi quello di attivare un complesso lavoro di rete con le strutture sanitarie riabilitative della zona di residenza della famiglia per permettere a Lucio di avvicinarsi. Contattare i servizi non è stato semplice, poiché trattandosi di una regione diversa, ed essendo la sanità gestita a livello regionale, l'organizzazione e la suddivisione dei compiti inerenti i servizi era sostanzialmente differente.

A circa un mese dalla data prevista per le dimissioni viene programmata una videochiamata tra équipe, paziente e famiglia. Questo è stato un momento di svolta per il caso. La Psicologa riporta:

“Avevamo discusso gli obiettivi di quella videochiamata a lungo e noi dell'équipe eravamo allineati con il paziente. Lucio aveva bisogno di sentirsi sostenuto davanti alla famiglia.”

I familiari purtroppo non si rivolgono a lui in maniera garbata, ma fanno delle osservazioni sul suo aspetto fisico, naturalmente provato dal lungo periodo di ospedalizzazione. Nel corso della riunione Marzia e Giovanni sembrano preoccupati del fatto di dover “mettere a posto la casa in un mese”, così dicono, ma quando gli viene spiegato che le tempistiche sono più lunghe contando l’ulteriore ricovero nella struttura vicino casa sembrano considerare le ragioni di Lucio.

Tra lui e l’équipe si è creato un rapporto di fiducia tale per cui Lucio ha chiamato in struttura anche dopo le dimissioni per farsi supportare dai professionisti, che sono diventati un riferimento per lui.

## **Cap. 5 ANALISI TEMATICA**

Nel seguente capitolo si intende fare un'analisi tematica delle storie di vita descritte precedentemente per fornire un'ulteriore chiave di lettura. In particolare, coglierò l'occasione per descrivere il mio punto di vista di tirocinante.

Nella prima parte verranno analizzati gli elementi emersi nella relazione tra l'équipe riabilitativa e il paziente; nella seconda invece le capacità dimostrate e descritte dagli operatori all'interno delle relazioni tra pari (all'interno del gruppo di lavoro).

## **La relazione paziente-équipe**

### *Empatia*

“Il paziente è un animale che ha paura. Il più delle volte fino al giorno prima stava bene e in un attimo la sua vita viene stravolta, viene stravolto il suo ruolo nella società, la sua visione del corpo. Se comprendi questo, capisci che tale paura può comportare nel paziente diverse reazioni: dal completo abbandono, alla disperazione, oppure l'irritabilità o la voglia di tornare come prima”.

Queste parole sono le parole che la Dottoressa B. mi ha riferito quando le ho porto questa domanda: “Pensi che l'utilizzo delle soft skills da parte degli operatori faccia la differenza in un percorso riabilitativo?” La sua risposta è stata:

“Assolutamente sì, servono per la presa in carico del paziente, ma servono anche a noi operatori per gestire il lavoro insieme. Ogni volta che si aggiunge una persona nuova al team si devono ristabilire gli equilibri all'interno dell'équipe, ma anche nella relazione con il paziente, e in quelle occasioni ricordo sempre le parole del mio Professore dell'Università: <<Il paziente è un animale che ha paura>>.”

Questa frase aiuta a rimembrare l'importanza di vedere le paure del paziente ed accettarle, mettendoci al suo fianco e offrendo supporto.

Con queste parole la Dottoressa ha descritto la capacità degli operatori di immedesimarsi nel paziente, l'empatia, che il JRC Science for Policy Report il "LifeComp" definisce:

"The understanding of another person's emotions, experiences and values, and the provision of appropriate responses" (Sala et al., 2020; p.44).

Ovvero la capacità di comprendere le emozioni di un'altra persona, le sue esperienze ed i valori, e quella di fornire una risposta appropriata.

Una competenza davvero chiave nel reparto di Medicina Riabilitativa in cui si incontrano le vite di molte persone che in un determinato momento, a volte improvviso hanno deciso di cambiare rotta e orientarsi verso "altri luoghi".

Empatia deriva dal termine tedesco *Einfühlung* che significa immedesimazione, un termine usato in filosofia e storia dell'arte per descrivere l'immedesimazione tra uomo e arte ad indicare una vicinanza profonda. (Treccani, Empatia, n.d). Il significato viene successivamente preso in prestito per descrivere le relazioni umane, da cui poi l'accezione del termine che diamo oggi. L'empatia dunque è l'abilità di immedesimarsi nell'altro, di "sentire dentro l'altro" e di farsi prossimi.

Gli stessi pazienti hanno descritto l'importanza di sentire gli operatori vicini. Grazia diceva: "Ci tenevano a me"; Matteo: "Hanno sempre captato i miei stati d'animo e dedicato tempo per ascoltarmi". E pure gli operatori riportano momenti di empatia avuti nei confronti dei tre.

Io stessa ho vissuto un momento di forte empatia nei confronti di Lucio, durante un colloquio in cui mi sono sentita davvero al suo fianco e mi sono commossa. La gestione di alcune emozioni molto forti risulta difficile, soprattutto all'inizio della propria esperienza, quando bisogna imparare a dosare la vicinanza emotiva e far emergere il giusto distacco che permette di essere lucidi nell'orientare la persona e nel supportarla.

### *Spazio e tempo della relazione*

Nei racconti di Matteo, Grazia e Lucio del capitolo precedente, sono stati descritti alcuni ambienti, in cui sono avvenuti degli scambi tra i professionisti ed i pazienti. In particolare, l'Assistente Sociale ha riportato i dettagli dell'ambiente in cui ha ricevuto Matteo nella fase finale del ricovero, in un momento in cui lui era particolarmente giù di tono. Anche la signora Grazia mi riporta il momento in cui la Dottoressa le ha "strizzato l'occhio" mentre erano in corridoio. Questi esempi sottolineano l'importanza dello spazio della relazione, nonché del tempo dedicato ad essa.

Dello spazio del colloquio si parla molto in Servizio Sociale, ne discutono anche Allegri, Palmieri e Zucca ne "Il colloquio nel servizio sociale" un manuale che elabora gli elementi chiave di questo strumento (Allegri, Palmieri, Zucca, 2010). Lo spazio ha il valore di un messaggio, descrivono, aiuta la persona ad entrare nel colloquio. Niente di più vero emerge anche dalla descrizione riportatami dall'Assistente Sociale":

"Mi sono introdotta in punta di piedi in quel momento in cui lui aveva deciso che non voleva più parlare perché non si sentiva capito. Ho offerto uno spazio di ascolto, siamo andati in un ufficio al piano terra, così da non dover prendere l'ascensore per salire nel mio; abbiamo chiuso la porta ed ho offerto a Matteo uno spazio in cui potesse sentirsi sicuro e libero di parlare, lontano da possibili ascoltatori. È stato un momento in cui ho applicato l'ascolto attivo".

L'Assistente Sociale racconta piuttosto accuratamente la scelta dell'ufficio in cui condurre il colloquio di ascolto e le motivazioni che l'hanno portata a quella decisione: l'ufficio al piano terra era più vicino e le permetteva di cogliere il momento di fragilità di Matteo, senza rischiare che durante il tragitto in ascensore egli potesse cambiare idea e per esempio non fosse più disponibile ad aprirsi con lei. Inoltre, descrive l'azione del chiudere la porta, un gesto che dà avvio alle prime battute del

colloquio, come indicato anche da Allegri (Allegri et al., 2010). Un indicatore importante questo, che permette al paziente di sentirsi sicuro e protetto, distante da possibili ascoltatori.

C'è da sottolineare anche il fatto che a Villa Margherita l'équipe non utilizza solo i luoghi "tradizionali" per svolgere i colloqui, ma usufruisce anche del magnifico giardino per condurre l'anamnesi iniziale o vivere alcuni momenti che si creano spontaneamente con i pazienti.

In particolare, i Medici durante la bella stagione, accolgono i pazienti in ingresso e le loro famiglie in giardino su una panchina un po' isolata che permette loro di rispettare la privacy, ma di andare oltre la relazione standard un po' "ingessata" medico-paziente. Utilizzare spazi che scardinino il *setting* usuale che vede il medico dietro una scrivania che gli conferisce "potere", permette di sperimentare nuove gestioni dello spazio, come quello a semicerchio o circolare che favorisce la partecipazione di tutti tramite la comunicazione verbale e non verbale (Allegri et al., 2010; p 27).



*Figura 14 Il giardino del reparto di Medicina Riabilitativa della Casa di Cura*

In una struttura riabilitativa intensiva come Villa Margherita c'è anche da tenere conto che i pazienti rimangono ricoverati a lungo e mentre prima della pandemia ogni giorno i familiari potevano fare visita alle



persone ricoverate, da ormai un anno a questa parte ciò non è più possibile. La mancata relazione fisica con i familiari ha inevitabilmente modificato anche il rapporto tra i pazienti e i professionisti, che è diventato più intenso e stretto. I pazienti fanno maggior affidamento sui professionisti, non solo per ciò che è strettamente legato alla riabilitazione, ma anche per un supporto sociale e psicologico. Basti pensare che per mesi le uniche persone che vedono in carne ed ossa sono gli operatori e i compagni di avventura. Viene da sé quindi immaginare e comprendere che i pazienti si trovino a gestire momenti di *up* ed altri di *down* proprio a Villa Margherita e che magari questi accadano sotto gli occhi degli operatori. È davvero rilevante perciò che loro sappiano gestirli e sappiano accompagnarli nell'attraversarli. Ciò accade soprattutto per i professionisti della relazione, come l'Assistente Sociale e le Psicologhe presenti in struttura, che proprio della relazione fanno il proprio lavoro, anche se in realtà si verifica con tutti gli specialisti con cui la persona si sente più affine e più in sintonia.

Riguardo la condivisione di momenti di gioia, riporto un passaggio dell'intervista dell'Assistente Sociale che racconta di quando ha incontrato la Signora Grazia in giardino in un momento di gioia:

“Un giorno la incontro felicissima in giardino: aveva ricevuto la risposta dall'ufficio a cui aveva richiesto la cartella clinica. Mi sono fermata ad ascoltarla, si è aperta e mi ha raccontato un po' di sé esprimendomi la felicità per aver ottenuto quel traguardo per lei grande. Aveva bisogno di parlare e di essere ascoltata. È bello e anche giusto non stare solo nella sofferenza... Si pensa di dover essere professionali solo in ufficio, ma si può esserlo molto anche fuori, soprattutto in una struttura come questa in cui i pazienti rimangono ricoverati a lungo, e in un periodo come questo in cui a causa del Covid-19 non possono vedere i propri familiari.”

Non è da sottovalutare nemmeno il momento in cui si accompagna il paziente in ufficio per il colloquio e poi lo si riaccompagna in stanza. Mi è

successo di trovarmi in ascensore con il paziente da sola, prima o dopo un colloquio oppure una videochiamata, per esempio. Quello spazio chiuso è stato luogo di relazione tra me ed il paziente, occasione per parlare di cose più leggere e vincere i possibili silenzi imbarazzanti. Questo è capitato in particolare con Matteo, poiché con lui ho avuto la possibilità di sperimentarmi nella conduzione di alcuni colloqui al termine del mio tirocinio. Inoltre, come descriveva anche la mia tutor precedentemente, con lui, così giovane e anche con i suoi compagni di stanza non sono mancati i momenti più liberi in cui si condivideva un caffè o una chiacchiera. La compagnia che lui aveva creato attorno a sé, infatti, era solita fare la pausa di metà mattina alla macchinetta del caffè che dà sul giardino e ci è capitato di incontrarli in quel momento e di condividere con loro quell'occasione.

Oltre allo spazio, sicuramente anche i limiti temporali sono importanti, e mi rendo conto di quanto sia fondamentale chiarirli fin dall'inizio ripensando a qualche paziente che durante la sua prima videochiamata gestita dall'A. S. e da me, dopo aver conversato un paio di minuti ci chiedeva se avesse ancora tempo a disposizione, così noi chiarivamo la lunghezza dello slot orario. Allegri mette in luce l'importanza di esplicitare il tempo che si ha a disposizione per il colloquio e aggiungo, più in generale per tutte le opportunità di comunicazione, come nella fattispecie, per le videochiamate, in modo da permettere al paziente cognitivamente lucido di fare buon uso della risorsa tempo. (Allegri et al., 2010; p.29)

### *Relazione sistemica: équipe-paziente-famiglia*

In forza delle tematiche discusse precedentemente si può affermare che la relazione tra équipe, famiglia e paziente sia di estrema importanza e per questo vada curata nei dettagli. Durante questo momento di pandemia è stato complesso conoscere, costruire una relazione di fiducia e mantenere i contatti con i familiari che non erano mai potuti venire in

struttura, per questo motivo ogni membro dell'équipe ha cercato di contattarli singolarmente per concordare alcuni passaggi legati al progetto riabilitativo o anche solo per presentarsi e offrire la propria disponibilità e professionalità. L'Assistente Sociale tendeva a dedicare la prima telefonata alla presentazione del suo ruolo e alla conoscenza della famiglia, in particolare quando i contatti avvenivano solamente per chiamata poiché il paziente era autonomo nel gestire le videochiamate. Altri professionisti che erano soliti contattare la famiglia sono di certo le Fisiatre che erano disponibili anche su appuntamento per colloqui più lunghi e i Terapisti Occupazionali che indagavano sulle abitudini della persona e sulla disposizione dell'abitazione per elaborare il piano ausili utile al rientro a domicilio.

Per ogni paziente inoltre l'équipe si è adoperata in modo da presentarsi come gruppo di lavoro alla famiglia insieme al paziente grazie ad una videochiamata. Questo momento, spesso carico di emozione per il paziente e la famiglia, ma a volte anche per l'équipe, si è rivelato essere estremamente rilevante e in alcuni casi è stato identificato come un vero e proprio momento di svolta nel percorso riabilitativo dagli stessi pazienti. Queste occasioni hanno dato l'opportunità di creare un filo rosso tra i tre soggetti e dare vita ad una vera e propria relazione sistemica.

Lo stesso Lucio riporta:

“Quando abbiamo fatto la videochiamata con mio figlio, mia moglie e mia nuora, c'erano i dottori e abbiamo parlato. È stato interessante. All'inizio ero agitato, ma dopo aver sentito la mia famiglia mi sono ripreso”.

Per l'équipe quello è stato un episodio di comprensione della famiglia, ma anche un momento utile per chiarire la situazione sanitaria di Lucio e la sua possibilità di tornare a casa, grazie alla fisioterapia a domicilio.

Anche Matteo mi ha riportato di aver compreso proprio nel momento della videochiamata il lavoro che il team stava facendo per lui. Nel suo caso in quell'occasione l'equipe ha descritto l'andamento del progetto ai familiari, perché fossero consci che c'erano dei pericoli da evitare di correre.

### *Trasmettere il lavoro in team al paziente*

Durante le interviste è emerso che non tutti i pazienti hanno percepito allo stesso modo che il percorso riabilitativo fosse predisposto e pensato da un intero team. Ritengo che questa sia una delle caratteristiche migliori di Villa Margherita e perciò che vada promossa fin dall'inizio. Nello specifico si potrebbe organizzare una riunione iniziale, alla presenza di tutti i professionisti coinvolti e del paziente, quando cosciente e lucido, che chiarisca proprio questo elemento mettendo in luce il fatto che il lavoro in team presuppone di avere scambi continui tra i partecipanti e dunque una comunicazione molto veloce e scandita, ma dà la possibilità di raggiungere un risultato a tutto tondo. In alternativa, i singoli professionisti nella loro pratica quotidiana potrebbero esplicitarlo al paziente spiegando brevemente i punti di forza di questa modalità di lavoro. Dal punto di vista della persona fragile, questa presa in carico a 360 gradi potrebbe portare un beneficio innanzitutto per il sentirsi pensati, supportati e guidati ed infine aumenterebbe la velocità dell'instaurarsi della relazione di fiducia. Grazia diceva:

“Ho sentito che ci tenevano a me”

Poche parole che dicono di un bisogno di essere visti e considerati in particolare in una fase così incerta delle vite che si incontrano in questo reparto.

### *Comunicazione assertiva e non giudicante*

“The use of relevant communication strategies, domain-specific codes and tools, depending on the context and content” (Sala et al., 2020; p. 48)

La riabilitazione è una branca della medicina in cui risulta difficile all’inizio di un percorso, prevederne l’arrivo. Difficile è infatti definire all’ingresso del paziente in struttura quanto egli potrà recuperare, poiché sono moltissimi i fattori che entrano in gioco, non ultima la sua risposta alle cure. Le persone che arrivano nel reparto al primo piano di Villa Margherita hanno subito dei traumi gravi che cambiano la loro vita in un attimo, e per questo è necessario utilizzare una comunicazione assertiva che espliciti in maniera limpida la situazione, tenendo conto però dell’emotività del paziente.

Una delle domande che attanaglia le persone che vengono ricoverate è sicuramente “tornerò come prima?” ma la stessa Dottoressa nel descrivermi l’obiettivo del suo lavoro all’inizio della nostra conversazione diceva:

“Lo scopo del mio lavoro come Fisiatra è rendere autonome delle persone che hanno subito trauma importante. Nella nostra pratica purtroppo la guarigione non è un obiettivo.”

Parole dure da sentirsi dire, che sanciscono la fine della vita precedente di queste persone e l’inizio della loro nuova vita.

Si tratta quindi di dare “*bad news*”, come vengono definite nello studio di Felici, Lenti, Occhini e Pulera del 2017 “*Le parole per dirlo: la comunicazione al paziente, ai familiari e al caregiver*”, ovvero le cattive notizie che spesso i professionisti sanitari di reparti come quello di Villa Margherita, o altri che si occupano del fine vita, si trovano a dare.

Comunicare queste notizie risulta davvero difficile, soprattutto perché la maggior parte dei medici e dei professionisti sanitari non ha ricevuto una formazione adeguata durante il percorso universitario o post-

laurea e si trova a sperimentarsi direttamente sul campo, afferma lo studio (Felici et al., 2017). Sono considerate *bad news* tutte le notizie che riguardano il peggioramento temporaneo o permanente della vita della persona o addirittura la sua morte. Come è possibile comunicare nella maniera più accurata queste notizie? Sicuramente sono necessarie delle abilità comunicative importanti, come sottolinea anche lo studio di Felici (2017) che parla di “*advanced communication skills*”, ovvero le abilità di comunicazione avanzate che non si ottengono con lo studio, ma si acquisiscono grazie alla contaminazione dei saperi e con la comprensione della profondità dei cambiamenti che esse comportano, non solo per la persona, ma anche per la sua famiglia e tutta la rete sociale attorno. Informazioni di questo tipo stravolgono i progetti di vita nel breve e spesso nel lungo periodo; causano sovente un’alterazione dello stato emotivo e cognitivo della persona e non escludono la comparsa di sintomi depressivi o ansiosi. Non è per tutti così, infatti si ritiene che queste reazioni dipendano in ogni caso dalla prognosi, dalle caratteristiche e predisposizioni individuali oltre che dalla rete sociale e familiare presente nella vita del paziente prima dell’evento (Felici et al., 2017). Dare e ricevere questa tipologia di notizie è grande fonte di stress sia per il paziente e la sua famiglia, che per l’operatore. I soggetti fanno esperienza di questa risposta psicofisica in momenti diversi: negli uni sale velocemente nel momento centrale del colloquio in cui viene data la cattiva notizia, raggiunge il picco a conclusione del colloquio e rimane pressoché stabile nei giorni successivi in cui si tenta di processare la novità. Il paziente fa esperienza di una alterazione dello stato emotivo che può portare a escalation di rabbia, reazioni disforiche ed episodi di negazione, dando quindi luogo a difficoltà di ricezione del messaggio che può essere mal compreso o addirittura ignorato. L’operatore invece percepisce il maggior livello di stress prima del colloquio, ovvero prima del momento in cui deve dare la cattiva notizia (Felici et al., 2017; p. 49-52).

Dare brutte notizie purtroppo non è evitabile nelle professioni sanitarie in cui si ha a che fare con la vita, ma anche con le sofferenze che essa comporta: fa parte di queste professioni, tanto quanto le altre attività di cura più faticose. Anche questa è una forma di intervento in aiuto dell'altro, che richiede l'acquisizione delle *advanced communication skills* ovvero le abilità comunicative che s' imparano sul campo grazie all'attività *peer to peer* da parte dei professionisti della relazione, nonché la capacità di essere operatori insieme ai pazienti secondo l'approccio *patient oriented* (Felici et al., 2017; p. 50).

È necessario conoscersi ed avere una buona consapevolezza di sé, oltre ad una capacità di gestire le proprie emozioni, prima di essere in grado di affrontare quelle altrui. Questa conoscenza permette al professionista di operare in maniera equilibrata, senza essere troppo freddo e risultare disinteressato (approccio *disease oriented*) né troppo empatico e coinvolto (*emotion centered*), poiché questi eccessi possono portare effetti negativi sulla comunicazione che rischia di non essere efficace (Felici et al., 2017; p.50).

Il distacco in particolare nell'approccio *patient-centered* permette all'operatore di intervenire con lucidità rispettando le caratteristiche ed i bisogni del paziente. È importante che egli verifichi la comprensione dei messaggi dati facendosi vicino alla persona, dimostrandosi collaborante e comprensivo al fine di rassicurare colui che vive il cambiamento. Per questo nel corso del colloquio è utile chiedere un feedback ai presenti, al fine di verificare la corretta comprensione delle informazioni date.

Gli stessi Matteo, Grazia e Lucio hanno raccontato durante i nostri incontri di come queste notizie abbiano intaccato le loro vite e quelle delle persone a loro vicine.

Ecco che Grazia diceva:

“Mi fa male sentirmi dire che tornerò come prima perché non è vero e mi fa male che gli altri non accettino che io sia cambiata e proiettino le loro illusioni su di me. È qualcosa che devo accettare io e che devono accettare le persone attorno a me”.

Dalle sue parole si comprende il rilievo che l'opinione della rete sociale di Grazia ha su di lei e sul suo percorso di accettazione del cambiamento. È da tenere in considerazione che anche la narrazione culturale di determinate patologie influisce su come il soggetto che ne è affetto e le persone a lui vicine la percepiscono e ne parlano.

La presenza di un intero team a disposizione del paziente a Villa Margherita permette di comunicare le *bad news* su più fronti, non per essere ridondanti, ma anzi per utilizzare al meglio le *skills* comunicative di tutti gli operatori che riescono a raccontare la realtà in modi differenti a seconda della propria sensibilità e del proprio modo di approcciarsi. Questa è un'ottima chance per la famiglia ed il paziente di comprendere a pieno la diagnosi, chiarirsi i dubbi e cercare di analizzare le implicazioni che essa ha nella propria vita grazie ai punti di vista differenti che i professionisti sono in grado di offrire, in quanto esperti del proprio settore specifico. Parlare “linguaggi diversi” in base al proprio campo di specializzazione è dunque un modo per approcciarsi al paziente, per fare sentire che il team è unito ed accorpato nelle decisioni, ma che è formato da diversi professionisti che mettono a disposizione il proprio sapere per sostenere il paziente su più fronti. Più volte è successo che le persone ricoverate a colloquio ci facessero le stesse domande che avevano già fatto a dei colleghi, per capire se la risposta fosse coerente con quella già ricevuta oppure diversa. È una modalità forse da cui bisogna passare per realizzare che la verità sia quella che è stata riportata e cominciare il percorso di accettazione. Una realtà dolorosa, ma che per i pazienti è necessario ed importante sapere.



Grazia durante la nostra chiacchierata mi ha descritto molto lucidamente il momento in cui ha chiesto al suo Fisioterapista, che per lui era un punto di riferimento all'interno dell'équipe, a che punto lei sarebbe potuta arrivare con la riabilitazione. Le valutazioni erano già state fatte e la fisioterapia intensiva era in fase conclusiva, perciò era più facile prevedere quanto lei sarebbe riuscita a recuperare. Lui le risponde in maniera cristallina:

“Arriverai a fare qualche passo da un mobile all'altro”

E lei riflette:

“Questa può essere una cosa pesante da sentirsi dire, ma a me ha dato un senso di realtà, ho apprezzato che mi abbia detto la verità”.

Una verità di certo cruda per una signora così attiva come Grazia, che però le ha permesso di cominciare ad elaborare l'accaduto. Perché alla fine sapere la verità rassicura un po' e fa capire fino a dove si può arrivare, senza però porsi limiti oltre i quali non sforzarsi di andare.

## Relazioni interne all'équipe

“Teamwork is the fuel that allows common people to attain uncommon results” (Andrew Carnegie)

Stando alle parole di Carnegie il lavoro in team è molto più che una semplice somma dei lavori dei singoli. Questa è proprio la sensazione che ho avuto nel vedere realizzare i progetti all'interno del reparto.

Parlare con il personale ha fatto emergere alcune abilità del gruppo che facilitano il lavorare insieme e che descriverò di seguito.

### *Lavoro in team*

Lavorare in team è un'azione complessa che richiede la capacità di avere fiducia nel lavoro altrui, di condividere il proprio sapere, di mettersi in discussione per giungere a decisioni partecipate. Ovviamente è anche necessario essere ben consci di quali siano i propri compiti, nonché quali quelli che spettano ad altri professionisti per riuscire a canalizzare il lavoro e renderlo efficace. Proprio questo è ciò che ho visto a Villa Margherita, dove tutti gli esperti conoscono le caratteristiche del lavoro altrui e sanno indirizzare il paziente quando necessario, nonché chiedere aiuto ai colleghi quando si pongono alcune questioni che non sono di propria competenza. Si tratta quindi anche di sapere con chi parlare quando si ha necessità di ottenere un'informazione, come spiega la psicologa:

“Dopo il mio colloquio con la persona, nel rispetto del segreto professionale, riporto i fattori problematici ai miei colleghi per decidere insieme come scioglierli. Ogni operatore vede il paziente in momenti diversi e può quindi conoscere caratteristiche o modi di fare differenti. In base alla difficoltà che riscontro decido come intervenire: se per esempio il paziente è poco collaborante nelle sue attività parlo con il Fisioterapista per capire come procedere bene, se ci sono invece dei problemi sociali, parlo con l'Assistente Sociale, se le

difficoltà riguardano l'autonomia, parlo con i Terapisti Occupazionali.”

Essere un team vuol dire valorizzare le competenze dei membri attraverso un lavoro partecipato che mira a qualcosa di più grande del portare a termine la propria mansione, considerando come obiettivo il benessere del paziente a tutto tondo. Certo è che un team si costruisce con il tempo e con la cura. Si creano le relazioni per farlo fiorire e spesso ciò avviene fuori dal lavoro in occasioni conviviali che permettono di condividere con gli altri membri qualcosa in più sulla propria vita. Sono occasioni queste che creano l'identità di gruppo e legano i partecipanti uniti dalla stessa *mission*.

### *Empatia all'interno dell'équipe*

All'interno di un qualsiasi gruppo coesistono diverse personalità interdipendenti, ovvero persone che hanno caratteristiche peculiari che altri non hanno, ma che giovano poi all'intero gruppo. Questo succede anche all'interno del team riabilitativo di Villa Margherita in cui:

“Alcuni professionisti sono molto empatici e portano questa loro abilità a giovamento del gruppo.”

Dichiara uno degli operatori.

L'empatia è una caratteristica personale quindi, che permette ai professionisti di leggere i vissuti delle persone, fare da filtro e riportare all'équipe ciò che si è compreso, per permettere all'intero gruppo di mettersi al fianco del paziente. Per fare ciò è necessario anche l'ascolto attivo tra i membri, dunque la capacità di ascoltare e comprendere i messaggi verbali e non verbali mandati dal mittente. Queste abilità peculiari di alcuni componenti permettono all'intero gruppo di trarne giovamento con l'obiettivo finale di pensare al benessere del paziente.

### *Leadership del gruppo*

Il medico è colui che per mandato detiene la leadership del progetto. È a lui infatti che compete il controllo di tutte le decisioni prese,

la comunicazione con la famiglia ed è il riferimento (almeno formale) per il paziente. Alcuni professionisti però indicano anche l'Assistente Sociale, il Fisioterapista e la Psicologa come leader perché aiutano nell'indirizzare l'intervento e perché promotori di idee creative per la soluzione del caso.

Un operatore riferisce:

“Il Leader è il riferimento che il paziente conosce: a volte è il medico, altre volte un'altra figura.”

Certo è che tutti hanno indicato la necessità di avere un leader forte che faccia da collante per il team e che sappia ascoltare tutti i componenti del gruppo per trovare una strada condivisa per procedere con il progetto.

### *Comunicazione interna al team*

Una delle prime cose che mi ha colpita appena ho cominciato il tirocinio è stata la modalità di comunicazione del team. Ogni passaggio veniva condiviso, anche i più piccoli, per fare sì che tutti fossero sempre aggiornati e perciò in grado di fare al meglio il proprio lavoro, nonché di rispondere alle domande trasversali dei familiari. Passaggi che all'inizio mi sembravano superflui, sono risultati essere invece molto efficaci e trasparenti. I professionisti riferiscono di avere diverse modalità di comunicazione:

- Riunioni di progetto standardizzate (iniziale, intermedia e finale)
- Momenti di segnalazione del caso, ovvero di attivazione del professionista da parte del Medico che ha in carico il paziente
- Restituzioni dopo i passaggi compiuti

In alcuni casi, quando ci sono “nodi da sciogliere” vengono anche organizzate riunioni estemporanee che coinvolgono l'intero gruppo e che hanno l'obiettivo di trovare una strategia di risoluzione comune. È molto

importante infatti mostrarsi compatti davanti al paziente per evitare di creare confusione.

Altri strumenti sono per esempio:

- Le indicazioni di reparto, ovvero uno strumento cartaceo utilizzato dai TO per comunicare con Infermieri e Operatori Socio Sanitari
- Le consegne infermieristiche da parte di Medici
- Le relazioni stilate dopo i colloqui
- La richiesta di supporto ai colleghi per quanto riguarda le modalità di relazionarsi con il paziente, soprattutto quando non si riesce a raggiungere l'alleanza terapeutica.

“Usiamo il telefono per chiamarci ed aggiornarci, ma personalmente preferisco il contatto vis a vis”

Riferisce una Fisiatra.

### *Gestione dello stress tra colleghi*

Il carico emotivo che i professionisti sanitari portano è sicuramente ingombrante: lavorare con le persone è molto gratificante, ma può diventare pesante se non gestito in maniera accurata. Per questo momenti di ascolto, sdrammatizzazione e a volte anche sfogo possono essere molto utili. La psicologa racconta:

“Una volta organizzavamo dei gruppi Balint per i terapeuti. Erano momenti strutturati e calendarizzati con scadenza settimanale, in cui si indagavano gli effetti del lavoro sulla propria vita. Ora purtroppo non si riesce più a proporli con questa frequenza ed in maniera strutturata, anche a causa dei limiti Covid.”

I gruppi Balint prendono il nome dal loro padre fondatore e costituiscono una metodologia di formazione alla relazione con il paziente indirizzata ai professionisti sanitari (Martellucci, Rosselli, 2017; p. 31).

Questi momenti erano sicuramente utili per la valutazione dell'operato personale e della propria self-efficacy, nonché come momenti di riflessività. Come il Servizio Sociale insegna infatti, la riflessività è parte integrante del lavoro con le persone, poiché permette di valutare il proprio operato durante e dopo il percorso per adeguare il proprio agire professionale. (Campanini, 2006; p. 59)

### *Riflessioni finali*

In conclusione, dai racconti raccolti emerge che i fattori che hanno caratterizzato il percorso riabilitativo agli occhi dei pazienti e dei professionisti non sono stati quelli strettamente legati alla riabilitazione, ovvero alle competenze rigorosamente sanitarie, ma che siano stati i fattori che più in generale riguardano la presa in carico della persona in quanto tale, portatrice di un'esperienza di vita e di emozioni. È risultato importante guadagnarsi la fiducia del paziente, per ottenere l'alleanza terapeutica e portare il progetto al termine nel migliore dei modi; la capacità di farsi vicini, di comprendere i bisogni e gli stati d'animo delle persone in un momento di fragilità.

## Conclusione

L'obiettivo della ricerca è stato quello di dimostrare quanto l'utilizzo delle *soft skills* sia importante nella presa in carico del paziente ricoverato in un Reparto di Medicina Riabilitativa.

Le persone che vivono l'esperienza di reparto infatti si trovano in un momento di fragilità e cambiamento; la maggior parte delle volte la loro vita ha deciso improvvisamente di "cambiare rotta" e a causa di un incidente, una caduta o un intervento non andato a buon fine, si trovano a dover ricostruire le abilità che prima davano per scontate. Lavarsi, riuscire a mangiare in autonomia e soprattutto camminare diventano obiettivi per cui lavorare ogni giorno.

Questa ricerca ha voluto dimostrare quanto la buona riuscita di un progetto sia il risultato di un intreccio di competenze tecniche e relazionali, che uniscono i gesti legati al fare al senso dell'instaurare una relazione (Cunti et al. 2010).

Le interviste a pazienti e professionisti hanno dimostrato come i momenti che vengono ricordati positivamente o negativamente siano legati alle competenze emotive e sociali utilizzate dai soggetti della relazione (operatori e pazienti).

Dopo aver analizzato la letteratura di riferimento in tema di competenze trasversali si è precisato quanto le ricerche abbiano coinvolto differenti materie di studio tra cui psicologia, sociologia, organizzazione aziendale ed economia. Si è evidenziato il cambio di passo promosso dall'Unione Europea che con le Raccomandazioni introdotte negli ultimi anni ha portato il tema delle competenze in ambito scolastico, cogliendo la necessità dei cittadini di essere formati in ambito emotivo e sociale per avere successo nella vita personale e nel lavoro. A partire dal secondo capitolo è stato promosso un ulteriore cambio di prospettiva, quello che

verrà utilizzato in questo studio, che prende in considerazione l'utilizzo delle competenze trasversali all'interno della relazione operatore-paziente descrivendone i benefici per entrambe le parti.

Nel successivo capitolo è stato proposto un excursus dell'ordinamento legislativo a cui la Casa di Cura Villa Margherita fa riferimento, oltre a un'analisi delle figure professionali implicate in reparto.

Il quarto capitolo è dedicato alla descrizione di gran parte della ricerca effettuata, partendo dalla metodologia, fino al racconto delle storie di vita di Matteo, Grazia e Lucio.

Infine, nel quinto ed ultimo capitolo attraverso un'analisi tematica sono state fatte emergere le caratteristiche che hanno differenziato i progetti presi in esame sia per quanto riguarda la relazione operatore-paziente, che le relazioni interne all'équipe di lavoro. Per quanto riguarda la relazione operatori-pazienti gli elementi emersi sono stati: l'utilizzo dell'empatia, il tempo e lo spazio dedicati al rapporto, la relazione sistemica tra équipe-paziente e famiglia, la capacità di trasmettere il lavoro d'équipe al paziente e di renderlo parte attiva del progetto ed infine l'utilizzo di una comunicazione assertiva e non giudicante. Dall'analisi delle relazioni interne all'équipe è emerso che le caratteristiche sono state: il lavoro in team, l'utilizzo dell'empatia all'interno del gruppo, la capacità di leadership, la comunicazione e la gestione dello stress tra colleghi.



## BIBLIOGRAFIA

- ALLEGRI, E., PALMIERI, P., ZUCCA, F., (2010). *Il colloquio nel servizio sociale*. Roma:Carocci Faber.
- BENADUSI, L., MOLINA, S., (2018).*Le competenze. Una mappa per orientarsi*.Bologna, Il Mulino(Fondazione Agnelli).
- BONESSO, S., GERLI, F., ZAMPIERI R., BOYATZIS R., (2020).Updating the Debate on Behavioral Competency Development: State of the Art and Future Challenges. *Frontiers in Psychology Organizational Psychology*.Disponibile da: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01267>.
- BOYATZIS R., (1982).*The competent manager: A Model for Effective Performance*, John Wiley & Sons.
- BOYATZIS, R. (2009). A behavioral approach to emotional intelligence. *Journal of Management Development*.Doi: 28. 749-770. 10.1108/02621710910987647.
- BOYATZIS, R. E., SMITH, M. L., VAN OOSTEN, E., & WOOLFORD, L. (2013). Developing resonant leaders through emotional intelligence, vision and coaching. *Organizational Dynamics*, 42(1), 17-24.
- CA' FOSCARI COMPETENCY CENTRE. [BONESSO, S., CORTELLAZZO, L., GERLI, F., SERRA, R. S.,] Strumenti. Disponibile da: <https://www.unive.it/pag/33947/>.
- CAENA, F., & PUNIE, Y. (2019). Developing a European Framework for the Personal, Social & Learning to Learn Key Competence (LifeComp). *Literature Review & Analysis of Frameworks. EUR*, 29855.
- CAMPANINI, A., (2006).*La valutazione nel servizio sociale*, Roma: Carocci Faber.
- CARLOTTO, G. (2017). *Soft skills: con-vincere con le competenze trasversali e raggiungere i propri obiettivi*. Milano: FrancoAngeli.
- CHERNISS, C., & GOLEMAN, D. (2001). *The emotionally intelligence workplace. How to select for measure and improve emotional intelligence in individuals, groups and organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CIAPPEI, C., & CINQUE, M. (2014). *Soft skills per il governo dell'agire*. Milano: Franco Angeli.
- CIGLIA, C., MANTINI, L., (2016). L'educazione terapeutica in ambito cardiovascolare. "Curare con il paziente" L'alleanza terapeutica in cardiologia. *Monardi Archives for ChestDisease*. Disponibile da: <https://doaj.org/article/0adbee5e142b4cbfb20b4753e2499b66>.

CNOAS (2020). *Codice deontologico dell'Assistente Sociale*. Disponibile da: <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>.

COCCO, G., TIBERIO, A. (2005). *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito sociosanitario. Comunicazione, lavoro di gruppo e team building*. Milano: Franco Angeli.

COMUNE DI ROMA (n.d.). *Legge quadro 328/2000*. Disponibile da: [https://www.comune.roma.it/resources/cms/documents/Scheda\\_sintetica\\_I328-2000.pdf](https://www.comune.roma.it/resources/cms/documents/Scheda_sintetica_I328-2000.pdf).

CORTELLAZZO L. (2013). *Il processo di Cambiamento Intenzionale: approcci teorici e applicazioni in ambito accademico* (Tesi di Laurea Magistrale, Università Ca' Foscari, Venezia, Italia) Disponibile da: <http://hdl.handle.net/10579/3949>.

CUNTI, LO PRESTI, SABATANO (2010). *Le competenze relazionali in ambito sanitario. Per una formazione all'agire riflessivo*. Roma: Carocci.

DE CARO T., D'AMICO A., *L'intelligenza emotiva: rassegna dei principali modelli teorici, degli strumenti di valutazione e dei primi risultati di ricerca*, in "Giornale italiano di psicologia, Rivista trimestrale" 4/2008, pp. 857-884, doi: 10.1421/28421.

FARGION, S., (2016). *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*. Roma: Carocci Faber.

FAZZI, L., (2015). *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli assistenti sociali*. Milano: Franco Angeli.

DAL BO' I. (2020). *Competenze trasversali: valutazione empirica di un nuovo modello del Ca' Foscari Competency Center* (Tesi di Laurea Magistrale, Università Ca' Foscari Venezia, Italia) Disponibile da: <http://hdl.handle.net/10579/16361>.

EMPATIA, (n.d.). In Treccani dizionario online. Disponibile da: <https://www.treccani.it/vocabolario/einfuhlung/>.

FELICI, M., LENTI, S., OCCHINI, L., PULERA', A. (2017). *Le parole per dirlo: comunicazione al paziente, ai familiari e al caregiver*. Quaderni-Italian Journal of Medicine; volume 5(5): 49-54. Disponibile da: <https://www.italjmed.org/index.php/ijm/article/view/itjm.q.2017.5/959>

GOLEMAN, D. (1997). *Intelligenza emotiva*. Bergamo: Rizzoli.

GOLEMAN, D. (2000). *Lavorare con intelligenza emotiva. Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro*. Milano: Bur.

GOLEMAN, D., BOYATZIS, R., MCKEE, A., (2002). *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*. Boston: Harvard Business School Press.

GOLEMAN, D., BOYATZIS, R. E., & MCKEE, A. (2013). *Primal leadership: Unleashing the power of emotional intelligence*. Harvard Business Press.

GRUPPO DI LAVORO INTERSOCIETARIO "COMUNICOVID", ANIARTI, SIMEU, SICIP. (2020). Comunicare con i familiari dei pazienti in completo isolamento durante la pandemia da SARS-CoV-2. *Recenti progressi in Medicina*. Doi: 10.1701/3394.33757.

HOWE, D. (2008). *The emotionally intelligent social worker*. Londra: Macmillan International Higher Education.

LERMA, M., (1992). *Metodi e tecniche del processo di aiuto. Approccio sistemico-relazionale alla teoria e alla pratica del servizio sociale*. Roma: Astrolabio.

MARTELLUCCI, P.M., ROSSELLI M., (2017). Gruppi I gruppi Balint nei contesti sanitari. *La medicina della persona. Salute e territorio*, 212, 31-34. Disponibile da: [http://www.formazionepsicosomaticafirenze.it/wp-content/uploads/2020/09/Martellucci-Rosselli-Gruppi\\_Balint-1.pdf](http://www.formazionepsicosomaticafirenze.it/wp-content/uploads/2020/09/Martellucci-Rosselli-Gruppi_Balint-1.pdf).

MCCLELLAND, D. C., (1973). Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 28, p.1-14.

MISTRALETTI, G., ANDRIGHI, E., DI CARLO, A., MORONI, B., ASTORI, M., IACHIPINO, G. (2014). Verità è assicurazione: il progetto [www.intensiva.it](http://www.intensiva.it). *Scenario*, 31 (1), 48-50. Disponibile da: <http://scenario.aniarti.it/index.php/scenario/article/view/88/75>.

MSD MANUAL. (n.d.). *Sindrome di GuillainBarrè*. Disponibile da: <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-cervello,-midollo-spinale-e-nervi/malattie-dei-nervi-periferici/sindrome-di-guillain-barr%C3%A9-sgb>.

PELLEREY, M. (Ed.). (2017). *Soft skill e orientamento professionale*. CNOS-FAP.

REGIONE DEL VENETO. (n.d.). *Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali*. Disponibile da: <https://www.regione.veneto.it/web/sociale/autorizzazione-e-accreditamento>.

REGIONE DEL VENETO. (n.d.). Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale, DGR 1133/2008. Disponibile da: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=206020>.

REGIONE DEL VENETO. (n.d.). L'assistenza alle persone non autosufficienti, DGR 464/2000. Disponibile da: [http://repository.regione.veneto.it/banca%20dati/atti%20e%20normativa%20regionale/dgr\\_2006-464.pdf](http://repository.regione.veneto.it/banca%20dati/atti%20e%20normativa%20regionale/dgr_2006-464.pdf).

SALA, A., PUNIE, Y., GARKOV, V., & CABRERA, M. (2020). LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence (No. JRC120911). Joint Research Centre (Seville site).

SANTO STEFANO RIABILITAZIONE. (n.d.). *Casa Di Cura Villa Margherita*. Disponibile da: <https://sstefano.it/casa-di-cura-villa-margherita>.

SPENCER, M.L. AND SPENCER, M.S., (1993). *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., New York, p. 114-134.

SPENCER, L. M., & SPENCER, S. M. (2017). *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore* (Vol. 2). Milano: FrancoAngeli.

TATARELLI, R., DE PISA, E., & GIRARDI, P. (1998). *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*. Milano: FrancoAngeli.

TESSARO, F. (2012). Lo sviluppo della competenza. Indicatori e processi per un modello di valutazione. *FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, 10(1), 105-120.

UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE UPO. (n.d.). *Activities of Daily Living (ADL) e Instrumental ADL (IADL)*. Disponibile da: <https://www.agingproject.uniupo.it/glossario/activities-of-daily-living-adl-e-instrumental-adl-iadl/>.

ULSS 8 BERICA (n.d.). *Progetto di vita Indipendente e inclusione sociale per persone con disabilità - Distretto Est e Distretto Ovest*. Disponibile da: <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/3275>

VITERITTI, A., (2018). Titolo capitolo. In L. Benadusi, S. Molina, *Le competenze. Una mappa per orientarsi*. (pp 11-44) Bologna: Il Mulino (Fondazione Agnelli).

LE IMMAGINI ALL'INTERNO DELL'ELABORATO SONO TRATTE DA:

AB MEDICAL, (n.d.). Disponibile da:  
<https://www.abmedicalortopedia.it/prodotto/carrozzina-pieghevole-leggera-unix2-sunrise-medical/>.

CENTRO STRESS OSSIDATIVO- VILLA MARGHERITA, (n.d.). Disponibile da:  
<https://www.centrostressossidativo.it/chi-siamo/casa-di-cura-villa-margherita/>.

LA BOTTEGA DELLA LONGEVITA, (n.d.). Disponibile da:  
<https://www.labottegadelalongevita.it/seggionone-polifunzionale-basculante-wimed.html>.

REGIONE DEL VENETO, Disturbi del comportamento alimentare (n.d.). Disponibile da: <https://disturbialimentariveneto.it/la-cura-dei-dca-in-veneto/centri-convenzionati/villa-margherita/>.

SALA, A., PUNIE, Y., GARKOV, V., & CABRERA, M. (2020). LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence (No. JRC120911). Joint Research Centre (Seville site), pp. 9; 20-21.

SPENCER, L. M., & SPENCER, S. M. (2017). *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore* (Vol. 2). Milano: Franco Angeli, p. 33.

TATARELLI, R., DE PISA, E., & GIRARDI, P. (1998). *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*. Milano: Franco Angeli, p.98.

VITA FACILE (n.d.). Disponibile da: <https://www.vita-facile.it/carrozzina-elettrica-versatile-per-anziani-e-disabili-mediland-mod-line.html>.