



DOCUMENTO - PROPOSTA

**Verso i Centri Servizi alla Persona,
un nuovo modello a superamento delle attuali RSA.**

*I servizi domiciliari, semiresidenziali, i servizi residenziali
e le soluzioni abitative di servizio (co- housing) in un'unica soluzione gestionale*



Associazione di Promozione Sociale **RINATA** Ente del Terzo Settore APS – ETS
Verso i Centri Servizi alla persona. Un nuovo modello a superamento delle attuali RSA



Indice

I. INTRODUZIONE pag. 05

- 1.1 Lo scenario normativo
- 1.2 Il progetto dell'Associazione Rinata

II. LINEE GUIDA AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO pag. 07

- 2.1 Nuova denominazione unica delle RSA
- 2.2 Ipotesi per i processi di autorizzazione e accreditamento
- 2.3 Sintesi delle opportunità di innovazione e diversificazione dei servizi
- 2.4 Quadro delle potenzialità dei servizi interni ed esterni del Centro

III. IL PERCORSO DI APPROFONDIMENTO (*sintesi*) pag. 13

- 3.1 Glossario dei termini usati nel settore
- 3.2 Parole chiave utilizzate in questo documento
- 3.3 Etica e diritti per le persone anziane fragili (*per una carta dei diritti e della libertà*)
 - 3.3.1 *Decalogo etico dei diritti e delle libertà*
 - 3.3.2 *Carte dei diritti e delle responsabilità*
 - 3.3.3 *Etica degli oggetti d'affezione (le proprie cose)*
 - 3.3.4 *Etica per una medicina "lenta"*
 - 3.3.5 *Manifesto contro l'ageismo*
- 3.4 Modello complessivo dei nuovi Centri Servizi alla persona
 - 3.4.1 *Identità*
 - 3.4.2 *Territorio, comunità, servizi*
 - 3.4.3 *Fragilità e cura*
 - 3.4.4 *Modello organizzativo e relazionale*
- 3.5 Innovazione e tecnologie dell'era digitale
 - 3.5.1 *Cartella socio sanitaria informatizzata*
 - 3.5.2 *Telecomunicazione persona famiglia*
 - 3.5.3 *Allarme allontanamento*
 - 3.5.4 *Tecno assistenza e intelligenza artificiale*
 - 3.5.5 *Cybersecurity*
- 3.6 Valutazione multidimensionale, PAI e Progetto di Vita
- 3.7 Team management, middle management e professioni sanitarie
- 3.8 Volontariato
- 3.9 Qualità, buone prassi, risk management e sicurezza, benessere organizzativo

IV. L'ASSOCIAZIONE RINATA APS ETS pag. 41

- 4.1 Chi siamo
- 4.2 I nostri punti di riferimento
- 4.3 Logiche e strategie di lobby e advocacy

V. IL GRUPPO DI LAVORO pag. 45



Associazione di Promozione Sociale **RINATA** Ente del Terzo Settore APS – ETS
Verso i Centri Servizi alla persona. Un nuovo modello a superamento delle attuali RSA



II. INTRODUZIONE

1.1 Lo scenario normativo

Nella redazione di questo documento si è tenuto conto dell'attuale scenario normativo inerente alle tematiche della cura non autosufficienza, e in particolare:

- P.N.R.R.¹: interventi specifici inseriti sia nella Missione sanitaria, con riferimento alle progettualità che rafforzano i servizi sanitari di prossimità e l'assistenza domiciliare, che nella missione sociale, con specifico riferimento al progetto di investimento 1.1. “*Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti*” e, in particolare, le azioni finalizzate alla deistituzionalizzazione, alla riconversione delle RSA e al potenziamento dei servizi domiciliari per le dimissioni protette; altresì Missione 5, Componente 2, Riforma 2.2: Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, nella linea di attività finalizzata a finanziare la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato nonché Missione 6, relativamente alla realizzazione delle Case della comunità, alla presa in carico della persona, al potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché al rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture quali gli Ospedali di comunità.
- D.M. 77/2022²
- DDL 506/2023³. In particolare:
 - * Art. 3 (*Invecchiamento attivo, promozione dell’inclusione sociale e prevenzione della fragilità*)
 - Lett. a) con riguardo agli interventi per l’invecchiamento attivo e la promozione dell’autonomia delle persone anziane: 6) promozione ... di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (**senior co-housing**) e di coabitazione intergenerazionale, specie con i giovani in condizioni svantaggiate (*co-housing* intergenerazionale) ...
 - Lett. b) con riguardo agli interventi per la solidarietà e la coesione tra le generazioni: 2.1) per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, le esperienze significative di **volontariato**, maturate in ambito extrascolastico sia **presso le strutture residenziali o semiresidenziali sia a domicilio** ... 2.2) per gli studenti universitari, le attività svolte in **convenzione tra le università e le strutture residenziali o semiresidenziali o a domicilio** ...
 - * Art. 4 (*Assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti*)
 - Lett. h) semplificazione e integrazione delle procedure di accertamento e valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente, favorendo su tutto il territorio nazionale la riunificazione dei procedimenti in capo ad un solo soggetto ...
 - Lett. l) con riferimento alle prestazioni di assistenza domiciliare, integrazione degli istituti dell’assistenza domiciliare integrata (ADI) e del servizio di assistenza domiciliare (SAD) 1) l’unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura ... 2) la razionalizzazione dell’offerta vigente di prestazioni sociosanitarie che tenga conto delle condizioni dell’anziano; 3) l’offerta di prestazioni di assistenza e cura di durata e intensità adeguati, come determinati sulla base dei bisogni e delle capacità della persona anziana non autosufficiente;
 - Lett. m) con riferimento ai **servizi semiresidenziali**, promozione dell’offerta di interventi complementari di sostegno, con risposte diversificate in base ai profili individuali, attività di socialità e di arricchimento della vita;

¹ Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) approvato con decisione del Consiglio Ecofin del 13 luglio 2021 e notificata all'Italia dal segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021, e s.m.i.

² DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

³ DISEGNO DI LEGGE presentato dal Presidente del Consiglio dei ministri (MELONI) dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali (CALDERONE) e dal Ministro della salute (SCHILLACI). Comunicato alla presidenza il 27 gennaio 2023. Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane



- Lett. n) con riferimento ai **servizi residenziali**, previsione di misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale, anche attraverso la **rimodulazione della dotazione** di personale, nell'ambito delle vigenti facoltà assunzionali, in funzione della numerosità degli anziani residenti e delle loro specifiche esigenze, nonché della **qualità degli ambienti di vita**, con strutture con ambienti amichevoli, familiari, sicuri, che facilitino le normali relazioni di vita e garantiscano la riservatezza della vita privata e la continuità relazionale delle persone anziane residenti;
- Lett. o) **revisione dei criteri minimi di autorizzazione e di accreditamento** dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del Terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socio-assistenziali, sociosanitari e sanitari, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione.

1.2 Il progetto dell'Associazione Rinata

Le prospettive del nuovo *Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNA)*, responsabile della programmazione integrata e del monitoraggio dell'insieme degli interventi per la non autosufficienza ad ogni livello di governo (*Stato, Regioni, territorio*), nel prevedere la *rimodulazione delle valutazioni delle condizioni degli anziani* e il rafforzamento degli *Ambiti territoriali e la loro integrazione con i Distretti*, evidenziano la carenza tra l'altro, di una linea di riforma per i *Servizi semiresidenziali, i Servizi residenziali e le Soluzioni abitative di servizio (l'insieme delle misure di supporto abitativo agli anziani)*.

Sollecitata dalle proposte del *Patto per un nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*, l'Associazione Rinata si è impegnata per predisporre uno specifico contributo sul tema di un nuovo modello per le RSA che, il dibattito e la cultura attuale già prefigurano (*ed in alcune situazioni hanno già reso operativi*) come Centri Servizi alla persona.

Le RSA, nelle loro nuova condizione di Centri Servizi alla Persona, devono così essere chiamate a contribuire (*insieme agli altri attori previsti dalla normativa vigente: servizi sociali, servizi sanitari, famiglie, terzo settore, ecc.*) alla creazione di un progetto olistico personalizzato e determinato dalla persona fragile, offrendo servizi adeguati ai bisogni e ai desideri della singola persona, **con particolare attenzione e promozione dello scenario domiciliare sino a quello dell'assistenza residenziale**, e che ne colleghi direttamente il budget personale di progetto.

L'obiettivo (*oggetto, nei mesi scorsi, dell'approfondimento in gruppi di lavoro*), è quello di proporre un nuovo modello organizzativo e culturale che caratterizzi in modo appropriato l'offerta del sistema integrato dei servizi alla persona fragile, non autosufficiente. Modello come frutto della sintesi dell'esperienza, studio e ricerca multidisciplinare dei professionisti del settore, che riguarda indifferentemente gestori pubblici, privati e del terzo settore.

La ricaduta ha avuto luogo nel convegno tenutosi a Cinisello Balsamo mercoledì 1. Febbraio 2023 (*in presenza e videoconferenza*) in cui i referenti degli otto gruppi di lavoro hanno presentato e discusso con i partecipanti le tesi più rilevanti sul tema: Verso i Centri Servizi alla Persona, un nuovo modello a superamento delle attuali RSA; i servizi semiresidenziali, i servizi residenziali e le soluzioni abitative di servizio (*co e senior housing*) in un'unica soluzione gestionale.

Dal convegno è nato questo documento – proposta che definisce e fornisce all'attenzione del *Patto per un nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*, nonché, a seguire, agli altri soggetti attori della rete dei servizi socio sanitari e ai competenti assessorati regionali, una prima serie di indicatori, sintetici e pratici, dei livelli essenziali del nuovo modello, correlati da una breve relazione esplicativa.

Sarà poi cura dell'Associazione Rinata, **anche in collegamento con le altre associazioni del settore, estendere la riflessione**, raccogliendo, sulle tematiche che sono state assunte in evidenza, contributi culturali e tecnici, nella forma di redazione di articoli che andranno a comporre la pubblicazione che *“racconterà”* il percorso e l'esperienza fatta, da comunicare, **promuovere e discutere a tutti i livelli**, attraverso un programma di eventi e convegni. A ciò si unirà una **ricerca sulle buone pratiche** già operative nella realizzazione e operatività di centri multiservizi alla persona.

In ogni caso, per ogni attuale gestione, **l'invito è a promuovere il cambiamento “dal basso”**, armonizzando le normative esistenti con l'esistente patrimonio di idee e le progettualità innovative.



II. LINEE GUIDA AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

2.1 Nuova denominazione unica delle RSA



Premesse

Diversi sono i nomi oggi utilizzati per le RSA, anche tra loro contraddittori su cosa in realtà rappresentano. È necessario sottolineare l'importanza dell'accoglienza e della vita in comunità, ma anche che si tratta non solo di anziani ma anche di persone con disabilità o in trattamento oncologico. L'obiettivo è puntare a divenire una vera e propria geriatria assistenziale, ma con le caratteristiche accoglienti della propria casa.

Proposta

Chiamare le strutture per anziani e disabili con una denominazione univoca sul territorio nazionale, a partire da **“Centri Servizi alla persona”** intesi come *“Case di Accoglienza e Cura”* o *“Residenze Socio Sanitarie Integrate (RSSI)”*, per comunicare chiaramente la loro identità. Attraverso la loro gestione, attuare la libera scelta dei servizi **promuovendo e garantendo la domiciliarità**.

2.2 Ipotesi per i processi di autorizzazione e accreditamento

Autorizzazione (fatto salve le normative regionali e nazionali in vigore)

- Dimensione ottimale residenziale:
 - 120 posti letto, suddivisi in nuclei funzionali specializzati da 30 posti
- Natura giuridica del gestore (*di un servizio che rimane pubblico*):
 - Partendo dal principio di sussidiarietà⁴, indifferentemente pubblica, profit e non profit, non può essere modulata o vincolata per legge
- Procedure:
 - Allineamento e armonizzazione (*es. sicurezza, HACCP, etc.*) all'ospitalità alberghiera

Accreditamento (fatto salve le normative regionali e nazionali in vigore)

- Accreditamento:
 - nuove modalità omogenee a livello nazionale, basate su modelli di pratiche e/o istituzionali riconosciuti nell'ambito della LTC
- Locali e spazi:
 - adeguati periodicamente al progetto di vita dei residenti
 - modello di residence domestico e confortevole
 - nuclei intesi come comunità di persone, residenti con caratteristiche mediamente omogenee e professionisti formati a dare risposte coordinate a bisogni e desideri, specializzati, dedicati, appropriati, specifici in relazione alle patologie (*es. demenze*)
 - pensati, progettati e/o ristrutturati (assieme agli arredi) per comfort e privacy
 - presenza di luoghi di incontro interni e aperti all'esterno
 - protesici ed ergonomici
- Requisiti, attraverso indicatori di:
 - adesione obbligatoria
 - ad un osservatorio regionale e/o nazionale validato del proprio settore d'attività e categoria;
 - ad un sistema Qualità validato;

⁴ **sussidiarietà** s. f. [der. di *sussidiario*]. – In generale, il fatto, la caratteristica, la situazione di essere sussidiario, di svolgere funzione di complemento, d'integrazione. Fonte: vocabolario Treccani



- gestione di due o più soluzioni e servizi (*a partire dall' assistenza domiciliare agli esempi dell'housing sociale, residenza a tutela intermedia, hospice, etc.*) e di almeno una proposta di servizi al territorio (*es impianto sportivo aperto al pubblico, eventi culturali, servizi di accoglienza a bambini, ecc.*);
- gestione informatizzata della cartella socio sanitari e dei servizi socio assistenziali delle persone, dei processi assistenziali e sanitari, nonché collegamento telematico con i servizi socio sanitari e sociali del territorio, con adeguati protocolli di sicurezza;
- presenza di indici annuali di esito, processo, rischio, struttura, risultato attraverso i quali misurare e rendicontare i servizi;
- presenza di Carta dei Servizi che, tra l'altro:
 - o attesti la presenza di uno sportello dedicato all'accoglienza e al supporto per la non autosufficienza
 - o attesti la presenza organizzata delle associazioni di volontariato, definendone ruolo, funzioni e processi di coinvolgimento progettuale
 - o contenga la Carta d'Identità del Centro
 - o definisca il contratto di servizio coerentemente integrato con la Carta dei Valori e dei Diritti;
- presenza di Carta dei Valori e dei Diritti: i diritti delle persone accolte nei servizi devono essere oggetto della Carta dei valori dell'organizzazione e trascritti nel contratto tra il gestore e la persona;
- presenza di organigramma e funzionigramma dettagliato e di protocolli che definiscano ruolo e funzioni dei professionisti dei servizi sociali, intesi quali socio-assistenziali, socio-educativi, socio-sanitari, coinvolti nell'organizzazione, compreso il modello di equipe o team adottati;
- presenza di un documento condiviso che raccolga le linee operative per la qualità dei servizi, l'adozione e la condivisione delle best practice, la gestione dei rischi e la sicurezza correlate al benessere organizzativo, ovvero un Manuale Qualità esteso;
- presenza di uno strumento e processo validati per la stesura, la condivisione e l'aggiornamento nel tempo del Progetto di Vita, comprensivo del Piano Assistenziale Individuale, del Piano educativo, del Piano riabilitativo e del connesso budget personale di progetto.

Accreditamento di eccellenza

Lo sviluppo dell'accREDITamento di eccellenza, inteso come riconoscimento internazionale dell'applicazione delle migliori pratiche organizzative e tecniche disponibili, attuate da parte delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, rimane di competenza regionale, su iniziativa dei singoli Centri Servizi alla persona rispetto anche la scelta del sistema di qualità da adottare.

2.3 Sintesi delle opportunità di innovazione e diversificazione dei servizi



Appunti sul piano dei **contenuti** che possono essere utilizzati nella **progettualità e nelle buone pratiche** di ogni gestore di Centro Servizi alla Persona, **armonizzandoli** con la normativa regionale e nazionale in vigore, per una **riforma che parta dal "basso"** (*non esaustivi, in ordine alfabetico*)

Gestione e organizzazione

- Adesione a:
 - accoglienza di tirocini professionali
 - comunità di buone pratiche
 - modello di miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati
 - osservatorio regionale e nazionale
 - processi di audit interni e esterni



- reti di osservatorio e benchmarking
- Adozione di:
 - Bilancio di sostenibilità
 - Carta d'Identità
 - Carta dei servizi
 - Carta dei valori
 - Circoli (*comunità*) di qualità per la condivisione fra utenza e professionisti
 - Codice etico
 - Contratto di servizio
 - Forme di rappresentanza democratica dell'utenza
- Indicatori (vedi sopra accreditamento)
- Indirizzi e scelte verso:
 - capacità di reticolazione
 - centralità del progetto di vita e del modello di qualità di vita
 - circolarità del modello organizzativo
 - coinvolgimento e forme di co protagonismo a diversi livelli della famiglia
 - community building
 - health population management per i servizi residenziali
 - l'attenzione e prevenzione degli eventi avversi causati da farmaci negli anziani
 - l'istituzione di uno sportello dedicato alle persone ed alle famiglie in tema di non autosufficienza
 - la “*medicina lenta*” v/so la “*medicina della fretta*”
 - percorsi di formazione continua, riqualificazione degli operatori e delle competenze, collegamento con l'università
 - piani di lavoro costruito a valle dei piani individualizzati e dei piani assistenziali di nucleo
 - un'etica degli oggetti d'affezione (le proprie cose)

Struttura

- Carta di identità della struttura (*da inserirsi nella Carta dei Servizi*)
 - definizione, promozione, diffusione
- Servizi:
 - ambienti e dotazioni protesiche (*ausili, sollevatori – tele assistenza ecc.*)
 - apertura al territorio
 - **assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale**
 - differenziati e specifici per patologie, anche ad elevata intensità di assistenza
 - diversificati (*progettazioni specifiche per aree sanitaria – assistenziale – alberghiera – front office – consulenze*) per tipologia di utenza
 - domiciliari
 - giornate a porte aperte dedicate a conoscenza e prevenzione
 - iniziative culturali promosse dall'interno unitamente agli stakeholder del territorio
 - linee guida interne della ristorazione, in armonia dei principi nutrizionali e linee guida internazionali con i gusti e le tradizioni locali
 - locali per eventi di comunità
 - locali per servizi aperti all'esterno
 - offerta di posti letto di residenzialità leggera, con accesso facilitato, a tempo determinato per le situazioni che lo richiedano
 - poliambulatoriali e riabilitativi, territoriali, di ristorazione, di trasporto, aperti anche all'esterno
 - promozione della salute attraverso interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria, cultura aperti alla cittadinanza
 - residenziali
 - scelte di sostenibilità/impatto ecologico
 - semi-residenziali
 - soluzioni abitative
 - soluzioni domotiche



- spazi esterni attrezzati
- stanze singole con bagno in % maggiore sul n° posti letto rispetto le stanze a più letti
- suddivisione in unità abitative (*housing sociale*)
- telemedicina in collegamento con i servizi sanitari
- temporanei
- terapia del dolore in accordo con gli hospice
- trattamento adeguato a non autosufficienza, demenze, parkinsonismi, stati vegetativi, disabilità gravi e gravissime, sla, terminalità

Risorse umane e professionali

- Criteri professionali e formativi
 - Distinzione dei percorsi formativi tra:
 - sicurezza
 - competenze e/o crescita professionaleI primi dovrebbero essere ricondotti a carico degli Enti Regionali
 - Formazione e aggiornamento professionali condivisi / riconosciuti a livello nazionale
- TEAM (*staff professionale e di Direzione*)
 - Dedicato agli interventi non solo interni ma anche territoriali, **al servizio della domiciliarità**
 - Delle cure dedicato alla presa in carico di ultra 75enni e fragili
 - Multidisciplinare (*medico e/o geriatra, psicologo, assistente sociale, infermiere, operatore tutor, infermiere, fisioterapista, educatore, ecc. con responsabile di nucleo con competenze antropologiche e organizzative*)
 - Staff di direzione capace di visione
 - Staff di direzione in grado di riconoscere e prevenire maltrattamenti e violenze



2.4 Quadro delle potenzialità dei servizi interni ed esterni del Centro (gestiti direttamente, ospitati dal centro o visti come opportunità di rete)







III. IL PERCORSO DI APPROFONDIMENTO (*sintesi*)

3.1 Glossario dei termini usati nel settore

ADI - Assistenza Domiciliare integrata	PDTA - percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale	PLS - Pediatra di Libera Scelta
ANA - Anagrafe Nazionale Assistiti	PNC - Piano Nazionale Cronicità
ASL - Azienda Sanitaria Locale	PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
ATS - Ambiti Territoriali Sociali ⁵	PNP 2020-2025 - Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025
CAREGIVER familiari ⁶	PRI - Piano Riabilitativo Individuale
CdC - Casa della Comunità	PUA - Punto Unico di Accesso ¹⁰
CIA - Coefficiente di Intensità Assistenziale	RLCP - Rete Locale di Cure Palliative
CO 116 117 - Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato	SAI - Specialisti Ambulatoriali Interni
COT - Centrale Operativa Territoriale	SDGs - Obiettivi di sviluppo sostenibili
CF - Consultorio Familiare	SDK -Software Developer Toolkit
CP - Cure palliative	SDO - Scheda di Dimissione Ospedaliera
DP - Dipartimento di Prevenzione	SIAD - Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
DPCM - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro
EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza - Urgenza	SNPS - Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima
FAR - Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale	SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale
FSE - Fascicolo sanitario elettronico	SSN - Servizio Sanitario Nazionale
GEA - Gornate effettive di assistenza	TERP - Tecnico della riabilitazione psichiatrica
GDC - Giornate di cura	TNPEE - Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
IFoC - Infermiere di Famiglia o Comunità	TS - sistema Tessera Sanitaria
LEA - Livelli Essenziali di Assistenza ⁷	UCA - Unità di Continuità Assistenziale
LEPS - Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali ⁸	UCCP - Unità Complessa di Cure Primarie
MMG - Medico di Medicina Generale	UCP - Unità di Cure Palliative
NEA - Numero Europeo Armonizzato	UCP - DOM - Unità di Cure Palliative Domiciliari
NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario	UVM - Unità di Valutazione Multidimensionale
OdC - Ospedale di Comunità	
PAI - Progetto di assistenza individuale integrata ⁹	

⁵ i soggetti giuridici di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328 e di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, che, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, commi da 160 a 164, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, garantiscono, per conto degli enti locali titolari, lo svolgimento omogeneo sul territorio di propria competenza di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della missione 5, componente 2, riforma 1.2 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in raccordo con quanto previsto dal regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 in attuazione della missione 6, componente 1, riforma 1 del PNRR

⁶ i soggetti di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205

⁷ livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria previsti dall'articolo 1, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017

⁸ i processi, gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura su tutto il territorio nazionale sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, lettera m) della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e con quanto previsto dall'articolo 1, comma 159 della legge 30 dicembre 2021, n. 234

⁹ i progetti individuali predisposti, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234

¹⁰ i servizi integrati di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234



3.2 Parole chiave utilizzate in questo documento

<i>accoglienza</i>	<i>luogo di vita intergenerazionale</i>
<i>accreditamento LTC</i>	<i>malattie neurodegenerative</i>
<i>ageismo</i>	<i>mancanza di informazione</i>
<i>alleanze</i>	<i>mancanza di rispetto</i>
<i>allineamento procedure</i>	<i>mancata aderenza alla terapia</i>
<i>alloggi protetti</i>	<i>medicina della fretta v/so medicina lenta</i>
<i>ambiti territoriali</i>	<i>middle management</i>
<i>apertura al territorio</i>	<i>mobilità e funzionalità</i>
<i>approccio alla persona a tutto tondo</i>	<i>modello circolare</i>
<i>appropriatezza delle cure</i>	<i>non autosufficienza</i>
<i>assessment dei bisogni</i>	<i>nuclei come comunità</i>
<i>assistenza domiciliare territoriale</i>	<i>nuclei specializzati</i>
<i>auto mutuo aiuto</i>	<i>obiettivi comuni</i>
<i>banalizzazione professionale</i>	<i>olistico</i>
<i>benchmarking</i>	<i>ospedali di comunità</i>
<i>ben-essere</i>	<i>osservatorio</i>
<i>benessere organizzativo</i>	<i>ottimizzazione attività</i>
<i>bisogni v/so desideri</i>	<i>P.A.I. (piano di assistenza individuale)</i>
<i>buone prassi</i>	<i>Parkinson e demenze</i>
<i>cambiamento</i>	<i>personal budget</i>
<i>carta dei diritti fondamentali dell'unione europea</i>	<i>persone anziane fragili</i>
<i>carta dei servizi</i>	<i>persone di riferimento</i>
<i>cartella socio-sanitaria informatizzata</i>	<i>piani di zona</i>
<i>case di accoglienza e cura</i>	<i>piccole realtà</i>
<i>centri multiservizi alla persona</i>	<i>PNRR</i>
<i>collaborazione familiari e volontari</i>	<i>potere contrattuale</i>
<i>comfort e privacy</i>	<i>pregiudizio duro da combattere</i>
<i>community building</i>	<i>presa in carico</i>
<i>competenze sociosanitarie</i>	<i>problemi legati all'impatto dei farmaci</i>
<i>comunicazione efficace e coinvolgimento</i>	<i>professioni sanitarie</i>
<i>comunità</i>	<i>progetto di vita</i>
<i>condivisione collaborativa</i>	<i>punto unico d'accesso</i>
<i>condizioni abitative e familiari</i>	<i>qualità di vita</i>
<i>condizioni patologiche indotte da trattamenti terapeutici</i>	<i>relazioni</i>
<i>convenzione delle nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità</i>	<i>residenza alberghiera</i>
<i>cura</i>	<i>residenze sanitarie assistenziali (rsa)</i>
<i>cure intermedie</i>	<i>residenze socio sanitarie integrate (rssi)</i>
<i>decadimento cognitivo</i>	<i>residenzialità per non autosufficienza</i>
<i>demenze</i>	<i>responsabilità</i>
<i>denominazione univoca</i>	<i>rete dei servizi territoriali</i>
<i>desideri v/so bisogni</i>	<i>reti sociali</i>
<i>dialogo intergenerazionale</i>	<i>riconoscimento sociale</i>
<i>dignità e salute</i>	<i>riforma NNA</i>
<i>dimensione ottimale</i>	<i>rigenerazione</i>
<i>dipendenza vitale</i>	<i>risk management e sicurezza</i>
<i>diritti delle persone</i>	<i>rsa v/so centri servizi alla persona</i>
<i>disabilità</i>	<i>ruolo sistema pubblico</i>
<i>discriminazione e diffusione stigma ageismo</i>	<i>salute</i>
<i>disomogeneità</i>	<i>semiresidenziale</i>
<i>disturbi comportamentali</i>	<i>servizi socio sanitari</i>
	<i>sistema di tutela dei diritti</i>
	<i>sistema frammentato</i>



<p>domiciliarità innovativa effetti di farmaci sulla salute mentale effetto collaterale vs evento avverso equilibrio teoria e pratica equipe multidisciplinare era digitale etica eventi avversi causati da farmaci eventi culturali familiari felicità figure professionali filiera di servizi formazione continua fragilità fulcro nella comunità geriatria assistenziale gestori accreditati governance health population management hobby e oggetti personali e di affezione housing sociale indicatori di esito, processo, rischio, struttura indici infelicità innovazione e tecnologie integrazione intelligenza artificiale interfaccia per anziani isolamento e solitudine</p>	<p>sostegno sovrapposizione di sintomi cognitivi e comportamentali sovrapposizioni sintomatiche SSN staff direzione stakeholder stati vegetativi sussidiarietà tavoli di lavoro nazionali e regionali team management team multiprofessionale tecnologia digitale tecnologie telemedicina terapie farmacologiche trasformazione della struttura familiare trasparenza tutela dei diritti valori valutazione multidimensionale variabilità e complessità in età avanzata variazioni farmacocinetiche negli anziani visibilità e peso politico visione sociale a 360° vita vita in comunità volontariato welfare innovativo</p>
---	---

3.3 Etica e diritti per le persone anziane fragili (per una carta dei diritti e della libertà)

(Riflessione aperta sui diritti delle persone accolte nei servizi, che devono essere oggetto della Carta dei valori dell'organizzazione e trascritti nel contratto tra il gestore e la persona. Per garantirne l'esigibilità reale è necessaria una crescita culturale che ampli la sfera dei diritti e sia estesa alla professionalità di chi opera nei servizi, anche attraverso una trasformazione profonda dell'immagine delle ex Rsa. Per questo è necessario inserire come primo punto del nuovo modello, organizzativo e culturale, delle RSA, i diritti della persona e soprattutto il diritto al rispetto della sua centralità.



Etica e diritti → persone anziane oggi
Fragilità → trasformazione della struttura familiare

Si crea fragilità – isolamento – solitudine – mancanza del rispetto della persona

La mancanza di rispetto

Il signor Mario, 91 anni, deve essere accolto in una RSA, la gentile operatrice lo accoglie e gli dice: Mario, benvenuto, vedrai, starai bene qui con noi.

Il signor Mario è un professore, erano molti decenni che nessuno si rivolgeva a lui dandogli del tu, senza averlo mai conosciuto prima...



Etica e diritto

Etica e diritto sono un binomio assoluto in campo sociale; in una comunità evoluta questo parallelismo determina il raggiungimento di forme di giustizia sociale, obiettivo espresso dalla maggioranza delle persone anche se, attualmente, non è riscontrabile nella realtà di tutti i giorni.

Uguaglianza e diritto

L'uguaglianza di qualunque persona si connette alla non discriminazione di chi per qualunque motivo presenti profili di bisogno ovvero di disagio. Ogni cittadino ha diritto alla propria personale autonomia, all'inclusione e all'inserimento nei contesti di vita sociali, alla non discriminazione a dispetto dei propri limiti personali.

Sistema di tutela dei diritti

- Costituzione

Il principio di uguaglianza a prescindere dalle condizioni che possano determinarne una sua limitazione unito al diritto all'autonomia hanno avuto un seguito costituzionale applicativo

- Carta dei diritti fondamentali dell'unione europea

L'uguaglianza di qualunque persona si connette alla non discriminazione di chi per qualunque motivo presenti profili di bisogno ovvero di disagio

- Convenzione delle nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità

Open-ended working group on ageing– OEWG on ageing

- Giurisprudenza

Sentenze della corte costituzionale ed in particolare la n.2 del 2016, che ha introdotto per la persona fragile ovvero disabile la garanzia della realizzazione di un progetto di vita autonoma

Regionalizzazione

- Regioni: potestà legislativa primaria
- Differenze fra regioni: tutela dei diritti parziale sul territorio nazionale
- Amministratore di sostegno: parziale miglioramento della situazione
- Stato: livelli essenziali di assistenza

Esigibilità



Centralità della persona

Presa in carico

Sistema del diritto funziona in linea teorica, ma nella vita pratica ...

Riforma della non autosufficienza



- Numero dei posti letto:
 - **Italia: 19,2 pl/1000 abitanti**
 - Olanda: 76,4 pl/1000 abitanti
 - **Media europea: 47,2 pl/1000 abitanti**

Rapporti



Famiglie
Caregivers
Stakeholders
Gestore dei servizi



Profili civilistici

- Tutela giurisdizionale: istituzione di uno **sportello dedicato** alle persone ed alle famiglie in tema di **non autosufficienza**¹¹ (*non solo come riferimento puramente giuridico, ma concreto punto di riferimento per i cittadini in primis*).

Gli anziani «soli»

Sarà sempre più complesso per le persone fragili anziane ricevere supporto, assistenza e vicinanza determinando in moltissimi casi solitudine e povertà ed impossibilità di una vita dignitosa.

Circolo di qualità

- Carta dei servizi e dei valori
- Contratto di servizio
- Forme di rappresentanza democratica dell'utenza
- Circoli di qualità per la condivisione fra utenza e professionisti

La costruzione di un tale sistema è processo articolato in quanto supera i ruoli consolidati e costringe le persone interessate al confronto costruttivo e non alla semplice denuncia ovvero critica.

3.3.1 Decalogo etico dei diritti e delle libertà¹²

Uno. POTER VIVERE NEL PROPRIO AMBIENTE FAMILIARE

(Energia degli affetti – Importanza dei luoghi di vita – Relazione con i propri cari – Abitudini consolidate – Autodeterminazione di tempi e modi – Pennichella pomeridiana – Pranzo con i nipoti – Accarezzare il morbido pelo del proprio gatto – Addormentarsi davanti al televisore – Bisticciare con la nuora)

Due. ESSERE CURATO, ASSISTITO DA QUALCUNO CHE SI «PRENDE CARICO»

(Rispetto, attenzione e non pietismo – Umanità – Dignità nelle azioni – Valore della persona singola – Continuità – Attenzione alla persona nella sua interezza – Saper assistere una persona e non guardiania – Presenza costante, ma discreta dell'altro – Competenza e relazione)

Tre. L'ANZIANO CHE COMUNICA

(Figli che non chiamano mai – Solitudine – Telefono che “non funziona” – Relazioni amicali che si diradano ovvero finiscono – Negozio sotto casa che ha chiuso – L'aiuto reciproco con i vicini – La briscola ed il tresette con gli amici di sempre – I racconti delle proprie esperienze ai nipoti – L'incontro in osteria o al bar)

Quattro. CAPELLI BIANCHI, SAGGEZZA, SPIRITUALITÀ, RELIGIOSITÀ

(Trasmissione di conoscenza – Vento dei ricordi – Panchina da cui dispensare sputi e consigli – Vecchi brontoloni – Verifica dei cantieri – Messa della domenica – Rassicurazioni – Paura del futuro – “Ai miei tempi...” – Credenze popolari – Valori di una volta – Speranza – Angoscia del presente)

Cinque. ESSERE PARTE DEL «SISTEMA»

(Voglia di giocare a bocce – “Chi mi porta dal dottore?” – Competenze da valorizzare – Interessi a cui rispondere – Barriere da abbattere – Integrazione – Case di riposo inserite nel tessuto sociale – Volontariato – Accesso ai trasporti – Università della Terza Età – Condivisione dei saperi e delle esperienze)

Sei. DIGNITÀ DELLA SENESCENZA

(Vecchi senza un corpo – Vecchi trasparenti – Soldi che non bastano mai – Portare a casa la spesa – Sguardi bassi – Solitudine – “Stai seduto in cucina se viene qualcuno” – Vecchi da buttar via – I muri invalicabili del silenzio – Ogni male fa più male se non ti vuole nessuno – Vecchi senza un corpo – Vecchi trasparenti – Soldi che non bastano mai – Portare a casa la spesa – Sguardi bassi – Solitudine – “Stai seduto in cucina se viene

¹¹ Proposta di Paolo Cendon

¹² A cura di Paolo Cendon



qualcuno” – Vecchi da buttar via – I muri invalicabili del silenzio – Ogni male fa più male se non ti vuole nessuno)

Sette. LA LIBERTÀ NON HA ETÀ

(“Dottore, mi spieghi in modo possa capire anch’io” – Informazione – Centralità della persona – Disponibilità della propria salute – Diritto alla scelta di come essere assistito – sottrarsi a scelte prescritte – Vertigine della libertà – Partecipazione – Libertà economica – Aspirazioni – Giustizia sociale)

Otto. FRAGILITÀ DA SUPPORTARE E PROTEGGERE

(“Signorina, sono vecchia, non scema” – Portierato sociale – Badante di condominio – Servizi che ascoltano, vedono, capiscono – Risposte tempestive – Accessibilità – Amministrazione di sostegno – Equità sociale – Prossimità – Qualcuno pensi ai caregivers – Morbidi rifugi)

Nove. INVECCHIARE BENE E QUASI (TUTTO) TORNA

(Vecchiaia come bilancio – Inventare nuovi ruoli – Ruolo sociale – Alimentazione sana – Prevenzione – Amore ristoratore – Dignità – Abusare del presente – Arte di invecchiare – Creatività – Eleganza – Dare valore – Competizione – Indignazione – Orgoglio delle rughe)

Dieci. DIRITTO DI MORIRE BENE

(Fatica del dover vivere sino alla morte – Lasciare il mondo senza dolore – Paura – Peso dell’infelicità – Insopportabilità della vita e dolce calma – Diritto alla morte, alter ego del diritto alla vita – Qualità della vita o sopravvivenza – Onorare il significato alto della vita)

3.3.2 Carte dei diritti e delle responsabilità

- **Carta europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine¹³**
 - Diritto alla dignità, al benessere fisico e mentale, alla libertà, alla sicurezza
 - Diritto all’autodeterminazione
 - Diritto alla privacy
 - Diritto a ricevere cure appropriate
 - Diritto ad informazioni personalizzate
 - Diritto a continuare a ricevere comunicazioni
 - Diritto alla libertà di espressione
 - Diritto alle cure palliative
 - Diritto al risarcimento in caso di abusi
 - Doveri della responsabilità
- **Diritti particolari della persona residente in RSA**
 - Diritto alla presa in carico
 - Diritto al non abbandono civilistico
 - Diritto alla RSA se indispensabile
 - Diritto all’inespropriabilità della sovranità
 - Diritto al rispetto delle proprie richieste
 - Diritto alla pianificazione delle cure
 - Diritto alla relazione
 - Diritto all’uscita della RSA
 - Diritto al non abbandono civilistico
 - Diritto alla protezione
 - Diritto in una RSA alla privacy
 - Diritto al progetto esistenziale in vita
 - Diritto a non subire contenzioni

¹³ https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_IT.pdf



- **Diritti classici in chiave anziano logica**
 - Diritto al non accanimento burocratico
 - Diritto alla sovranità decisionale
 - Diritto ad una corretta informazione
 - Diritto a non soffrire
 - Diritto ad un fine vita dignitoso / suicidio assistito

3.3.3 *Etica degli oggetti d'affezione (le proprie cose)*

Una delle cose principali cui pensare nel momento in cui si decide di andare in una RSA è sicuramente la preparazione della valigia. Avere infatti con sé tutte le cose necessarie è fondamentale per poter rendere gradevole e poco problematico il soggiorno. Ovviamente non esiste una valigia perfetta; ognuno infatti ha le sue necessità, il proprio gusto e le proprie abitudini. Ma quindi cosa portare con sé per un ricovero residenziale? La valigia per una RSA deve contenere abiti comodi, medicinali, oggetti personali, apparecchiature elettroniche e accessori, libri, radio, attività ricreative, cartella medica, biancheria intima, cura del corpo, oggetti sentimentali e attività ricreative. La comodità deve essere adattata alle esigenze della persona anziana, tenendo conto del loro stato di salute e mobilità. La famiglia può visitare l'anziano, quindi non è necessario portare abiti per tutte le stagioni. La valigia dovrebbe anche includere ciò che fa parte dell'anziano, come foto, coperte preferite, peluche, hobby, etc. L'obiettivo è rendere l'ingresso nella nuova casa il più accogliente possibile e portare con sé oggetti che ricordano esperienze passate ed oggetti che ricordano chi siamo rendono sicuramente meno doloroso questo passaggio. È altresì importante anche portare la cartella medica con informazioni sul proprio stato di salute e cura personale. Insomma, l'ingresso nella nuova casa deve essere il più piacevole ed accogliente possibile e portare con sé oggetti che ricordano esperienze passate ed oggetti che ricordano chi siamo rendono sicuramente meno doloroso questo passaggio.

3.3.4 *Etica per una medicina "lenta"*

*"I professionisti della salute fanno fatica a gestire umanamente la fragilità, non tenendo nel debito conto che fragilità e complessità sono spesso la norma e non l'eccezione quando si affronta ogni malattia di un anziano".*¹⁴

I professionisti della salute incontrano difficoltà nella gestione della fragilità degli anziani: la complessità e la fragilità sono spesso la norma in questo tipo di malattie. Anche i familiari delle persone affette da demenza e malattie neurodegenerative spesso hanno difficoltà nella gestione delle terapie farmacologiche prescritte e mancanza di informazione per comprendere meglio le problematiche legate alle patologie neurologiche che colpiscono gli anziani e l'impatto dei farmaci¹⁵. Ci sono molte domande angoscianti che emergono dalla carenza informativa e le notizie sono spesso veicolate da persone che non hanno la preparazione medica per comprendere la complessità della situazione.

*La "medicina lenta" v/so la "medicina della fretta"*¹⁶

L'approccio alla salute deve rispettare la dignità dei pazienti e considerare la persona nella sua totalità, non solo la malattia. Si crede nell'importanza dei farmaci ma si vuole che le terapie rispondano ai bisogni complessi della popolazione anziana, che è vulnerabile agli effetti collaterali dei farmaci. Vi sono molteplici limiti e i rischi dell'approccio frettoloso e ageista tipico della medicina odierna. Si critica la "medicina della fretta" che conduce a valutazioni errate e s'invoca la necessità di una "medicina lenta" basata su una valutazione approfondita e multidimensionale.

¹⁴ Ferdinando Schiavo in "Malati per forza"

¹⁵ Il libro "Malati per forza" del dott. Ferdinando Schiavo affronta questi problemi e fornisce informazioni sulle patologie neurologiche che colpiscono gli anziani, basate su nozioni di base e 35 casi clinici.

¹⁶ *Ibidem*



Gli eventi avversi causati da farmaci negli anziani



Vi è un'ampia platea di anziani in Italia che assumono da 5 a 9 farmaci al giorno. A causa della mancata informazione e degli effetti collaterali, l'aderenza alla terapia è carente nel 60% dei casi. Le condizioni patologiche causate da trattamenti terapeutici sono state incluse tra le sindromi geriatriche, responsabili di oltre il 10% delle ospedalizzazioni degli anziani. Gli eventi avversi causati dai farmaci sono direttamente proporzionali al numero di farmaci assunti e al livello di fragilità della persona e possono anche causare malattie invalidanti o degenerative. Le variazioni farmacocinetiche negli anziani aumentano la loro sensibilità ai farmaci, rendendoli più suscettibili agli eventi avversi. Vi è differenza tra effetti collaterali e eventi avversi, in quanto l'effetto collaterale rappresenta una conseguenza non sempre prevista ma non necessariamente nociva, mentre l'evento avverso è un effetto dannoso e non voluto legato all'azione del farmaco.

collaterale rappresenta una conseguenza non sempre prevista ma non necessariamente nociva, mentre l'evento avverso è un effetto dannoso e non voluto legato all'azione del farmaco.

Demenze, malattia di Parkinson e parkinsonismi

Vi sono molteplici aspetti clinici, psicosociali e terapeutici della malattia di Parkinson, parkinsonismi e demenze, dove va data un'attenzione particolare alle possibili sovrapposizioni tra queste patologie, in particolare la complicazione della demenza degenerativa o vascolare con disturbi motori parkinsoniani e la malattia di Parkinson che spesso porta a problemi cognitivi e comportamentali. Si riscontra il fenomeno del parkinsonismo indotto dai farmaci e l'importanza di sospendere il farmaco sospettato tempestivamente. Vanno considerate le complessità delle funzioni cognitive nelle demenze, sulla relazione tra demenza, depressione e apatia, e sulle terminologie utilizzate nella valutazione neuropsicologica, inclusi i limiti interpretativi del Mini-Mental Test.

Difficoltà già nella diagnosi
Amalia Bruni et al. Psicogeriatrica 2016

La diagnosi. E' il grande problema: **solo il 50% dei pazienti con una forma di demenza viene oggi diagnosticato (Connolly A. et al. 2011).** Gli altri sono fantasmi, nascosti nelle case o nelle RSA, non identificati o al massimo educorati sotto terminologie vergognose perché aspecifiche e che nulla hanno da invidiare alle fumose e fantasiose diagnosi degli ospedali psichiatrici di una volta che avevano dalla loro come scusante la reale mancanza di conoscenze.

Rapporto mondiale Alzheimer 2021
Un (complicato) viaggio verso la diagnosi di demenza

I medici...

- Circa il 75% dei 55 milioni di casi nel mondo non ha una diagnosi ufficiale
- Anche nei paesi più sviluppati, un medico su tre sostiene che la diagnosi sia inutile perché ad oggi non esiste una cura per la demenza!

Ferdinando Schiavo.
Studio di supervisione di ospiti di Residenze e Ditrni per anziani. 2015.
Titolo iniziale «Uno sguardo in più sull'anziano fragile»
Titolo finale «La strage delle innocenti»
www.alzheimerudine.it e www.ferdinandoschiavo.it

3.3.5 Manifesto contro l'ageismo¹⁷

Esiste in campo medico, e nella società in cui diversi medici si rispecchiano, una passività ipocrita, superficiale, omissiva e comoda (fa lavorare di meno!), dettata dal "razzismo dell'età". Si chiama **ageismo** «è solo vecchio», possiede un tocco di nichilismo «non c'è niente da fare» e di fatalismo «rassegniamoci, accettiamo lo stato delle cose».

Il termine ageismo è stato coniato nel 1967 da Robert Butler, direttore del National Institute on Aging di Baltimora (USA), per indicare la discriminazione della persona anziana basata semplicemente sul fattore età. Assieme al sessismo e al razzismo è uno dei 3 ismi del nostro tempo, da cui tuttavia differisce perché tutti noi saremo potenzialmente vittime dell'ageismo... se vivremo sufficientemente a lungo!

Il manifesto contro l'ageismo descrive un atteggiamento superficiale, omettente e comodo verso le persone anziane nella società e nella professione medica, che porta a banalizzazione, privazione di diagnosi e cura, discriminazione e diffuso stigma; denuncia la passività ipocrita e superficiale nella società e nel mondo medico nei confronti delle persone anziane, causata dal "razzismo dell'età". L'ageismo comporta discriminazione, privazione di diagnosi e cure, danneggia la dignità e la salute degli anziani e li identifica come un gruppo omogeneo e vulnerabile. L'ageismo è una forma di pregiudizio difficile da combattere che vanifica gli sforzi

¹⁷ Copyright Dr. Ferdinando Schiavo 2022



di chi si impegna a prendersi cura delle persone anziane; questo pregiudizio basato sull'età limita altresì la comprensione della complessità e variabilità della vita in età avanzata.

3.4 Modello complessivo dei nuovi Centri Servizi alla persona

*(Riflessione aperta sugli aspetti organizzativo e gestionale pubblico e privato, sui servizi - domiciliari, semiresidenziali, residenziali, di accoglienza e supporto all'accesso, sulle strutture, su architettura e spazi residenziali adeguati e appropriati ai livelli di valutazione della non autosufficienza. Altro elemento è dato dalla necessità dell'adesione dei Centri Servizi a reti di **osservatorio e benchmarking**, al fine di perfezionare gli indicatori di bilancio, esito, performance, processo, rischio e struttura e renderli disponibili in un'ottica comparativa)*

21

Il modello generale delle nuove RSA deve prevedere la loro trasformazione in Centri Servizi alla persona dove, attraverso un unico punto d'accesso, siano garantiti attraverso il gestore l'offerta di servizi adeguati al bisogno e ai desideri delle persone stesse, **in primo luogo partendo dall'assistenza domiciliare** sino alla riabilitazione, passando alle misure di supporto abitativo per gli anziani previste dalla riforma ovvero i servizi semiresidenziali (centri diurni), i servizi residenziali e gli alloggi in co-housing.

L'apertura al territorio, sia verso l'esterno che l'interno, è fattore centrale, che deve avvenire anche attraverso occasioni culturali e artistiche. Il cittadino deve "fidarsi" dei Centri Servizi alla persona, deve poterli considerare ambiti domestici di vita "normale". Cambiandone l'immagine, il cittadino ed il sistema non potrebbero rappresentare le RSA – Centri Servizi come "istituzioni totali". Centri Servizi come "scriccino" di realizzazione del progetto di vita individuale, autonomi rispetto i Comuni titolari dei servizi sociali alla persona, auspicando però un sistema integrato dei servizi alla persona fragile, anche attraverso il punto unico di accesso.

Osservatorio settoriale e benchmarking sono due attività tra loro strettamente legate, che devono essere parte di una rete dei nuovi Centri Servizi alla persona, centrate sul miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

3.4.1 *Identità*



Ruolo e riconoscimento sociale

Premesse

Vi è la necessità di riformare le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) per trasformarle da strutture residenziali istituzionalizzanti in centri di servizi aperti e integrati nel tessuto sociale per offrire supporto e opzioni per l'età anziana e la non autosufficienza.

I nuovi Centri servizi dovranno identificare indicatori di risultato per i residenti, le famiglie, i professionisti ed i volontari attraverso i quali misurare il servizio erogato; altresì dotarsi di un progetto annuale di miglioramento organizzativo capace di trasformare le criticità interne in risorse ed opportunità di sviluppo.

Proposta

L'idea è quella di **trasformare** le RSA, a partire dalle competenze residenziali, in veri e propri **agenti di una innovativa domiciliarità**, sfruttando le loro appropriate capacità per prendersi cura delle fragilità; oggi le competenze sociosanitarie e assistenziali si ritrovano principalmente nel sistema delle RSA e del Terzo Settore. L'integrazione tra le RSA, aperte e diffuse, e il tessuto sociale in cui operano è un punto di partenza fondamentale: su questo obiettivo è necessario coinvolgere gli operatori e gli stakeholder del territorio, creare alleanze con ambiti istituzionali, privati e del Terzo Settore. Le RSA devono diventare dei punti di riferimento



non solo socio sanitario, ma anche per iniziative culturali e formative, promuovendo il dialogo intergenerazionale e la trasmissione delle conoscenze.

In pratica, le RSA devono essere **moderni e innovativi centri socio sanitari** in cui l'obiettivo primario sia la promozione di una normalità sociale in cui ogni cittadino possa trovare rispetto e risposta alle proprie necessità; punto propositivo per ricerca, approfondimento e diffusione culturale.

Carta dei Servizi

Premesse

La Carta dei Servizi non sempre ha un valore di ricaduta sulla strategia e sulla qualità; è il momento di adottare strumenti e modelli che possano tra l'altro garantire maggiore trasparenza circa indici, dati, esiti dell'offerta assistenziale; monitorando altresì fattori come cadute, LDD, contenzioni, ICA, ecc. per stabilire interventi di miglioramento continuo.

Proposta

Adottare, come parte della Carta dei Servizi, una "**Carta di identità**" per il Centro Servizi che descriva in modo chiaro e trasparente le informazioni sulla struttura stessa, come la proprietà, la direzione, la struttura, il numero di dipendenti e professionalità, i servizi offerti, i valori e principi che la struttura si impegna a seguire e gli esiti degli audit di accreditamento; accompagnata da una scheda di indici di esito annuale per monitorare e dichiarare i risultati e i fattori che influiscono sulla qualità percepita del servizio.

Allo stesso tempo definire e dichiarare le proprie politiche di cura della persona.

Condivisione e collaborazione

Premesse

Il settore socio-sanitario soffre di una carenza di collaborazione, evidenziata dalla scarsa propensione a condividere dati e fare apprendimento condiviso e collettivo. Una serie di elementi e consuetudini che negli anni hanno reso le organizzazioni del settore socio-sanitario deboli in tema di condivisione e interpretazione dei dati; sono disabitate al pensiero manageriale quando si parla di dati e informazioni, sono impegnate nella produzione di dati per la rendicontazione amministrativa e non hanno tempo per il benchmarking e la costruzione di reti che condividano dati e informazioni. Inoltre, sono disabitate alla competizione esplicita tra pari e orientate al "*mercato*" dell'accreditamento, che rende difficile la competizione in termini di dati e informazioni.

Proposta

Il **benchmarking e la condivisione** sono importanti per il futuro del settore; ogni organizzazione dovrebbe valutare quali forme adottare in base ai propri obiettivi. Esistono già iniziative significative in questo senso che hanno dato buoni risultati e che dovrebbero essere continuamente sviluppate, soprattutto in aree in cui mancano. Il futuro del settore si basa sulla condivisione collaborativa di dati e pratiche per aumentare la rappresentanza, il potere e la voce del settore, anche attraverso piattaforme di **osservatorio**.¹⁸

3.4.2 Territorio, comunità, servizi



¹⁸ In collaborazione, ad esempio, con gli osservatori settoriali RSA della LIUC Business School e/o Long Term Care (OLTC) del CERGAS – SDA Bocconi



Soggetto protagonista e punto di riferimento

Premesse

È importante promuovere il processo di integrazione delle RSA nel contesto territoriale in cui operano, sottolineando che esse dovrebbero diventare luoghi di incontro e piattaforma aperta di servizi per la cittadinanza.

Vi è la necessità di monitorare e studiare i "*casi urgenti*" segnalati da servizi sociali, sanitari o cittadini che non hanno rete di caregiver o familiare dopo un evento acuto o critico, per intervenire con equipe dedicate (*psicologo, educatore, fisioterapista, Oss*) che "*aggancino*" periodicamente la persona, garantendo un minimo di contatto con la rete dei servizi territoriali. È necessario, inoltre, indagare costantemente il fenomeno dell'isolamento territoriale, relazionale e sociale delle nuove "*famiglie*" italiane. Il Centro Servizi ideale è parte del territorio, rappresenta la "*nave scuola*" della cultura della cura delle persone non autosufficienti, è luogo di iniziative culturali insieme ai professionisti che ci lavorano ed alle associazioni di volontariato del territorio. Fondamentale la costituzione di una rete che coinvolga le specificità dell'apporto del Volontariato.

Proposta

Aprire le RSA – Centri Servizi **al territorio** proponendole come punto di riferimento, da struttura e servizi offerti, organizzando incontri formativi rivolti alla comunità e utilizzando le risorse interne per organizzare giornate specifiche rivolte alla prevenzione e altre attività. Farle divenire fulcro della vita cittadina, dotandole tra l'altro, ad esempio, di poliambulatori, centro diurno integrato, di bar e locale di ristoro, aperti a tutti, instaurando relazioni e collaborazioni con enti locali e medici di medicina generale. Proporsi primariamente come **gestore di servizi domiciliari** anche tramite moderne soluzioni tecnologiche; individuare le RSA come "centri di competenze" disponibili.

Adottare sul territorio di ogni ambito / distretto un Tavolo permanente di confronto e scambio sul tema della non autosufficienza e disabilità, costituito da ogni soggetto socio sanitario attivo, pubblico, privato, no profit, compresi i Centri Servizi come soggetti protagonisti di pari dignità.

Presenza e filiera di Centri multiservizi

Premesse

La RSA ad oggi rischia di costituire una sorta di contenitore omologante, pensato per una generica e "*mediocre*" condizione di non autosufficienza, finendo per essere inappropriato sia per le condizioni di elevata complessità che per situazioni di semplice vulnerabilità psico-sociale. Con questo modello per così dire unico, la RSA rischia di dare a tutti la stessa cosa, omologando le risposte e i sostegni.

Va valorizzata l'importanza dei Centri multiservizi RSA come strutture fondamentali nella rete di assistenza di prossimità. Essi devono offrire servizi territoriali 24 ore su 24, come **assistenza domiciliare**, residenziale, semiresidenziale e alloggi protetti, nonché attività di telemedicina.

Proposta

Occorre che il Centro Servizi si concepisca come una filiera di servizi, in grado di rispondere ai desideri e bisogni di ogni anziano, dalla risposta alla solitudine sino all'elevata specializzazione sanitaria, passando per la tutela di condizioni intermedie; predisponga risposte alle più varie esigenze del territorio, non solo in riferimento agli anziani, ma anche a svariate esigenze di socialità, cultura e tempo libero del territorio di appartenenza. In questo modo il Centro Servizi, oltre a costituire un luogo di vita a carattere intergenerazionale, perdendo lo stigma del luogo chiuso, può anche rinforzare il proprio modello economico di sostenibilità.

Per definirsi Centro Servizi alla persona è necessaria la gestione di due o più soluzioni e servizi per gli anziani (*es. housing sociale, residenza a tutela intermedia, assistenza domiciliare, hospice, etc.*) e la presenza di servizi aperti al territorio (*es. impianto sportivo aperto al pubblico, eventi culturali, servizi di accoglienza a bambini, ecc.*)

I Centri Servizi dovrebbero avere **nuclei specializzati per patologie specifiche** come demenze, stati vegetativi e persone in dipendenza vitale, e dovrebbero funzionare come **Ospedali di Comunità**, condividendo servizi comuni con altre strutture già presenti sul territorio. È importante la presenza di accordi tra ASL, aziende





ospedaliera, ambiti territoriali e gestori accreditati per creare una **rete di servizi continuativi** per le persone non autosufficienti e per ottimizzare le attività del SSN.

Cure intermedie

Premesse

Si ritiene importante il riequilibrio e l'integrazione dell'offerta assistenziale tra ospedale e territorio, in considerazione delle nuove esigenze di salute determinate dall'evoluzione demografica e dall'allungamento dell'aspettativa di vita. L'emergenza pandemica ha evidenziato la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio e di rivedere i percorsi clinico-socio assistenziali con particolare riferimento all'assistenza territoriale. Si evidenziano difficoltà tra la dimissione ospedaliera e il domicilio e tra l'acutizzazione delle condizioni che dal domicilio portano al ricovero ospedaliero, che possono causare inappropriata clinica e assistenziale, rischi di scompenso, patologie concomitanti, ricoveri ripetuti e spreco di risorse e costi finanziari. Il Recovery Plan descrive come priorità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza la progettazione e lo sviluppo di strutture e funzioni come le "Cure Intermedie" (Ospedale di Comunità, Moduli all'interno di H pubblici e privati, RSA) e l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale con l'ausilio di strumenti tecnologici.

Proposta

I Centri Servizi dovrebbero **gestire il complesso delle Cure Intermedie (CI)**, una forma di assistenza sanitaria per pazienti che non hanno più bisogno di cure ospedaliere ma che non sono ancora in grado di tornare a casa in sicurezza. Le CI si svolgono in posti letto e in assistenza domiciliare in ambienti protetti e offrono un'assistenza costante con una minore medicalizzazione delle prestazioni e maggiore attenzione agli aspetti socio-assistenziali e di vita di relazione. Queste cure sono principalmente rivolte a pazienti anziani e sono erogate sulla base delle caratteristiche dei pazienti e di un piano di assistenza individuale. La durata è limitata e l'obiettivo è il recupero dell'indipendenza e dell'autonomia per consentire il rientro a casa dove può essere attivata l'assistenza domiciliare sanitaria. Si sottolinea anche l'importanza dell'utilizzo della Telemedicina per migliorare i servizi sanitari e la necessità di investire in soluzioni digitali per piani di presa in carico multidisciplinari e multi professionali, tenendo conto delle condizioni e opportunità presenti nel territorio.

Residenzialità leggera

Premesse

Anche la residenzialità c.d. "*leggera*" può essere garantita solo tanto quanto vi sia un presidio sanitario e assistenziale completo (*di qui la necessità di una presenza costante del medico di struttura*) che possa assicurare piena sicurezza e affidabilità. Questa "*frontiera*", unitamente ad altre progettualità (*co-housing, appartamenti sociali, ecc.*) può essere maggiormente nelle "*corde*" dei Centri Servizi e immediatamente applicabile.

Proposta

Offerta di posti letto a tempo determinato per le varie situazioni che lo possano richiedere (*sollievi, convalescenze, urgenze, ecc.*). La stessa residenzialità leggera rappresentata da **cohousing, alloggi protetti ed altre forme di housing sociale** è una delle tante risposte che implica forme dell'abitare che divengono esse stesse prevenzione.

Punto Unico di accesso

Premesse

La costituzione di un Punto (unico) di Accesso non è un compito proprio dei Centri Servizi. Ben venga, come prospettata dalla Legge delega di riforma della Non Autosufficienza, l'uniformità a livello nazionale della valutazione multidimensionale che vi dovrebbe essere accompagnata.



Proposta

La normativa ha ritagliato e **affidato all'ambito pubblico il Punto Unico d'Accesso e tale dovrebbe rimanere**. I Centri Servizi vi si dovrebbero *“affacciare”* e collaborare, al pari di altri soggetti, fornendo una risposta magari anche preventiva al bisogno di anziani e fragili.

3.4.3 Fragilità e cura



Fragilità di vita e di sistema

Premesse

È importante il processo di potenziamento della prevenzione e delle azioni positive messe in campo per la non autosufficienza e la qualità della vita delle persone fragili; vi è altresì il bisogno di ripensare, aggiornare e sostenere le reti di servizi. Sostanziale il valore della partecipazione *“dal basso”* nella costruzione di servizi per individuare correttamente i desideri - bisogni della comunità, unitamente all'importanza della sussidiarietà orizzontale e circolare per reperire altre forme di risorse attraverso la solidarietà. Nella programmazione dei servizi vanno evidenziati l'interdisciplinarietà e il dialogo tra le diverse aree del sistema socio sanitario. I Piani di Zona sono diventati strumenti burocratici che non svolgono più la loro funzione originaria di programmazione dal basso.

È necessario incrementare i servizi socio-sanitari attraverso progetti integrati che evitino frammentazioni e garantiscano copertura di risorse umane e finanziarie, con l'utilizzo di strumenti come la diagnosi di precisione, la personalizzazione dei percorsi, la costruzione di comunità e l'utilizzo di tecnologie come la telemedicina per garantire assistenza domiciliare e un accesso unico ai servizi.

Proposta

Le reti necessarie per fornire tutela e protezione ai più fragili necessitano di una regia pubblica che si avverte sempre più debole; **è necessaria una riflessione sulla fragilità di sistema**.

I Centri Servizi devono assumersi l'impegno di **attivare ogni anno progetti di cura stimolanti ed innovativi** capaci di attrarre il personale e capaci di rivelare al territorio, alla politica locale e nazionale la bellezza della cura delle persone fragili.

Anche il P.N.R.R. può rappresentare un'opportunità per la deistituzionalizzazione e la riconversione delle RSA in Centri servizi alla persona.

Adozione del Progetto di Vita, attraverso l'approccio ai desideri, più che ai bisogni

Premesse

Il tradizionale modo di pianificare l'assistenza consiste nel P.A.I. Esso, organizzato per lo più in aree cliniche e funzionali, struttura un'impostazione di lavoro che segue la logica problema soluzione il compito dei professionisti è rintracciare i problemi della persona (*clinici e funzionali*) e pianificare interventi finendo per trascurare o addirittura non considerare affatto la dimensione dei bisogni esistenziali.

Questa logica, ammissibile in contesto ospedaliero, è da considerarsi incompleta, a volte persino inappropriata, nell'ambito della cronicità, dove il faro di riferimento è non la guarigione, ma la qualità di vita. Infatti, nelle residenze la persona è accolta non in primo luogo per essere curata né per essere riabilitata ma per trascorrere al meglio la propria vita, dovendo trovare gli opportuni sostegni perché l'esistenza abbia un significato, nonostante la fragilità, attraverso la priorità dei propri desideri, piuttosto che dei soli bisogni.



Proposta

Ogni residenza adotta un **modello di Qualità di Vita** inteso sia come approccio di progettazione che come valutazione di esito. Nei domini di Qualità di Vita compresa la salute, da intendersi dunque come uno dei criteri e misure di esito, al pari di altri, con i quali entra in interazione dialettica. Indicatori ne sono la presenza nella cartella personale di uno strumento di assessment dei bisogni esistenziali e la presenza di progetto personalizzato articolato nei domini di qualità di vita, secondo un modello validato (*es Kane quality via, ecc.*). Altresì nella qualità erogata dal centro servizi il cibo e la nutrizione vanno considerati elementi imprescindibili del processo di cura e per questo si seguono linee guida interne che garantiscano i principi nutrizionali secondo le linee guida internazionali e secondo i gusti e le consuetudini locali. Il cibo è vita e quindi la residenza studia ogni intervento in grado di garantire questo aspetto nella vita del residente fino all'ultimo respiro attraverso la scelta dei prodotti, la scelta dei menù, la stagionalità, i km a prodotto zero.

Team delle Cure

Premesse

Come Centro Servizi è importante avere un **TEAM (staff)** di cure per anziani e fragili che si occupi in modo olistico dei residenti, garantendo loro cure sanitarie appropriate e curando anche la loro vita emotiva, psicologica e relazionale, oltre a quella dei loro familiari. Si può prevedere che siano gli ultra 75enni ad essere presi in carico dall'intera equipe, in cui ciascuno agisce per la parte di competenza ma integrandosi per l'obiettivo comune del progetto di vita, inclusa l'utilizzo di telemedicina. In ogni RSA va creato un gruppo di esperti composto da diverse figure professionali (*medico, infermiere, fisioterapista, educatore, psicologo, logopedista, OSS, terapeuta occupazionale e assistente sociale*) supportati da personale amministrativo e tecnico; questo gruppo deve essere costantemente presente per accogliere le richieste, i desideri e i bisogni delle persone e deve condividere informazioni e decisioni attraverso un portale dedicato. Il gruppo propone interventi residenziali, riabilitativi e domiciliari e si occupa di tutto il processo di presa in carico, analisi del bisogno e monitoraggio. Allo stesso tempo il Centro Servizi ha uno STAFF di direzione in grado di riconoscere ogni micro segnale di violenza tra le sue mura.

Proposta

Vi è la necessità di costituire, ricostituire o consolidare in ogni Centro Servizi un **TEAM multidisciplinare**, per interventi non solo nell'ambito interno, ma anche degli anziani e fragili del territorio, **in supporto alla domiciliarità**, come presa in carico formale. Standard definito e obbligatorio dovrebbe essere la presenza di medici di struttura (*con competenza geriatrica*) e psicologi, assistenti sociali, educatori per una presa in carico olistica sia clinica - sanitaria che relazionale - sociale. Lo **Staff** di direzione del Centro Servizi deve essere capace di visione del Futuro, pianificazione e progettazione in linea con le moderne ricerche delle neuroscienze, capace di lavorare per l'eliminazione della contenzione fisica e farmacologica, della riduzione dei lassativi, di attività di vita per i residenti che non infantilizzano mai le persone residenti; capace di vivere il ciclo delle consegne socio sanitarie con maestria e precisione, così come capace di vivere il progetto di assistenza individualizzata come un elemento cardine del processo di cura. Altresì il Centro Servizi ha **cura delle parole** che sceglie per raccontare la vecchiaia, la demenza attraverso il suo sito, le pagine social, i documenti interni. Ha un vocabolario interno costruito con tutti nel quale il *"timbro"* della sua voce è riconoscibile e riconosciuto.

Competenze e formazione

Premesse

Vi sono delle competenze specifiche, necessarie per lavorare nei servizi sociosanitari territoriali, mentre il sistema formativo attuale non è adeguato alle esigenze attuali. Molte funzioni vengono svolte grazie all'esperienza acquisita nel lavoro quotidiano e alla motivazione personale, come per i coordinatori di servizi, gli operatori con competenze tecnologiche, i responsabili di nucleo, i professionisti in grado di coniugare la qualificazione dei servizi all'acquisizione di risorse e i fundraiser sociali, educatori e animatori culturali. I



Centri Servizi hanno attivato processi organizzativi e formativi per accogliere le persone con demenza e garantire loro una giornata di vita alla massima qualità.

Proposta

Vi è la necessità di una **profonda riflessione sui programmi formativi e le modalità didattiche** nel campo socio sanitario, per garantire un equilibrio tra teoria e pratica. Va sottolineata l'importanza del collegamento tra università e il sistema formativo in generale, ovvero con chi opera giornalmente nella gestione dei servizi. C'è la necessità di acquisire **nuove competenze**, adeguate alla realtà attuale, per operare nel campo socio sanitarie e di pensare a percorsi di formazione continua per gli operatori esistenti. Per chi dirige i Centri Servizi è necessaria una **corretta e coerente multiprofessionalità**, al fine di garantire competenze gestionali, etiche e capacità di programmazione e promozione dell'innovazione culturale.

3.4.4 Modello organizzativo e relazionale



Gestione, dimensionamento, accreditamento

Premesse

Gli attuali requisiti previsti dalle normative regionali in materia di autorizzazione e accreditamento per le RSA sono oggi eterogenee, diversificate e poco attinenti alla vera qualità del servizio. Su questo il modello del marchio Qualità e Benessere¹⁹ potrebbe dire molto ma, per assurdo, anche se prendessimo le Linee Guida Joint Commission sulla LTC²⁰ sarebbero ben più attinenti e “di valore” rispetto ai sistemi di accreditamento regionale in essere.

Proposta

Confermare, ribadire, come da normativa nazionale, il “*tetto*” dei 120 posti letto²¹ come **dimensione ottimale**. Prevedere spazi nei quali le persone possano vivere una vita degna di essere chiamata tale (*nessuno in famiglia vive in dimensioni di una sala da pranzo con 40 persone*). I nuclei non devono essere spazi fisici, ma **vere e proprie comunità** di persone con caratteristiche mediamente omogenee e con professionisti formati a dare risposte emozionali e fisiche a tali bisogni e desideri. La **natura giuridica** dei soggetti gestori (*pubblici, profit, no profit con pari dignità*), non può essere modulata e/o vincolata per legge, andrebbero invece valorizzate in modo più serio le **modalità di accreditamento istituzionale**; quindi nuove modalità basate su modelli derivanti da comunità di pratiche e/o istituzionali riconosciuti nell'ambito della LTC.

Organizzazione circolare, residenzialità alberghiera e domestica

Premesse

Attualmente in genere il modello organizzativo attuale è di tipo gerarchico, dove la figura del medico è in posizione di autorità e le altre figure come l'educatore, l'animatore, il fisioterapista lo psicologo, etc. agiscono in modo marginale, contribuendo a un piano assistenziale frammentato. Vi è per lo più, tranne casi già perfezionati, la necessità di cambiamenti significativi nell'architettura, nell'arredamento e nelle procedure delle residenze per anziani, perché molti di questi spazi presentano caratteristiche poco accoglienti e poco simili a una casa.

¹⁹ <https://qualita-benessere.it/>

²⁰ <https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/long-term-care/long-term-care-standards-onlypdf.pdf>

²¹ Linee guida del Ministero della Sanità n. 1 del gennaio 1994 "Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali"



Proposta

Viene proposto un cambiamento verso un **modello organizzativo di tipo circolare** dove la centralità sono il **progetto di vita e la qualità di vita**, e dove ogni unità abitativa ha un responsabile selezionato in base alle competenze antropologiche e organizzative. Il piano di lavoro e il piano assistenziale di nucleo devono essere costruiti a valle dei piani individualizzati, come loro conseguenza di pianificazione, **ribaltando la logica della standardizzazione**. Per gli ambienti di vita si propone di creare progetti (*anche di ristrutturazione*) che mirino a creare un **ambiente domestico e confortevole** dove gli elementi di sicurezza siano allineati all'obiettivo di conforto, privacy e relazioni scelte dalle persone.

Rapporto con le famiglie

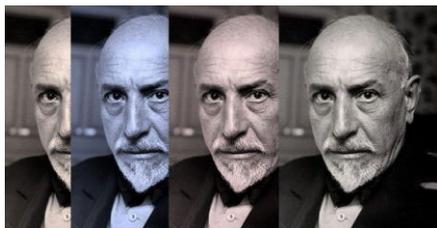
Nell'approccio alle famiglie, all'interno dei Centri Servizi, si propone di superare il modello ospedaliero. Le famiglie dovrebbero essere considerate **una risorsa fondamentale** nel sostegno dell'anziano e dovrebbero essere coinvolte nell'individuazione dei bisogni e nella costruzione del Progetto di Vita. Si propone di abolire l'orario di visita e di creare spazi e tempi in cui la famiglia possa ritrovarsi.

Vanno definiti degli indicatori, con **evidenze di coinvolgimento** della famiglia nell'individuazione dei bisogni e nella costruzione del Progetto di Vita e interventi condotti dai familiari stessi, "contrattualizzati" sin dal momento dell'accoglienza nei servizi come **forme di volontariato attivo a favore di tutta la comunità**, non solo dei propri cari.

Il Centro Servizi deve avere la capacità di costruire e mantenere delle **relazioni di fiducia** con le famiglie: la famiglia partecipa al progetto di assistenza individualizzato, conosce le scelte, è informata costantemente. La famiglia non sarà mai giudicata per i comportamenti che pone in essere, piuttosto accolta ed accompagnata.

3.5 Innovazione e tecnologie dell'era digitale

(Riflessione aperta su ciò che può essere definito come oggi necessario nello scenario assistenziale e compatibile con le persone accolte nel sistema, in collaborazione con società specializzate del settore. Per quanto riguarda innovazione e digitalizzazione, i nuovi Centri Servizi devono necessariamente e gradualmente adeguarsi a quanto necessario e appropriato alla salute e benessere delle persone e al miglioramento della qualità dei servizi erogati)



Così com'è (o come sembra)

RSA - Sistema frammentato (ope legis)

La residenzialità per la non autosufficienza in Italia è una realtà estremamente frammentata per volontà del legislatore

La tecnologia digitale è in via di sviluppo; nell'ultimo decennio espansione della cartella socio-sanitaria informatizzata

Le novità



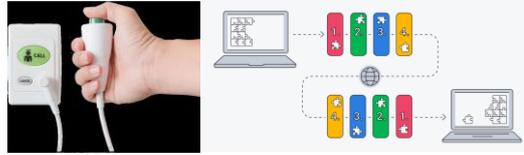
- Covid 19: videochiamate, utilizzo rete wi-fi
- Espansione mercato consumer per interfaccia facilitanti l'uso di strumenti digitali da parte della popolazione anziana
- Nuove soluzioni per la domotica e la sensoristica
- Intelligenza Artificiale



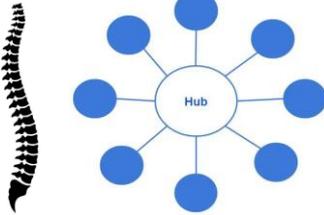
Imprinting



Le RSA hanno già un modello di rete che arriva alle unità di degenza. «Basta» digitalizzarlo.



Struttura portante



Gli impianti di chiamata moderni possono appoggiarsi ai sistemi di rete TCP/IP, collegabili coi comuni router oggi in commercio, ove si possono connettere ulteriori *device*, trasformando il tutto in una dorsale per la raccolta e lo smistamento di dati utili per l'assistenza

La Cartella Socio-Sanitaria Informatizzata può fungere da hub, accogliendo dati da più fonti e rimanendo aperta a integrazioni di sorta.

Gli standard



- Cartella socio sanitaria informatizzata
- Telecomunicazione utente famiglia
- Allarme allontanamento ospite
- Tecno assistenza e Intelligenza Artificiale
- Cybersecurity

3.5.1 Cartella socio sanitaria informatizzata

...PERCHE'?

IN: il team di cura condivide le informazioni sanitarie ed assistenziali in tempo reale, migliorando e personalizzando l'assistenza ad ogni ospite e ottimizzando l'organizzazione e i processi assistenziali e sanitari ad esso rivolti.

OUT: facilita la ricezione e l'invio di flussi informativi ai soggetti della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza.

- Cosa deve fare
 - Raccogliere, visualizzare e organizzare le informazioni, sia dall'esterno che dall'interno dell'organizzazione;
 - Rendere i flussi informativi interattivi, sulla base di regole di sistema preimpostate secondo i protocolli di cura del Centro Servizi;
 - Supportare e accompagnare il flusso di lavoro di cura;
 - Trasferire informazioni, anche all'esterno e anche in forma massiva.
- Quali componenti deve avere
 - Fascicolo anagrafico, amministrativo, sociale e sanitario;
 - Gestione terapia e anamnesi strutturata;
 - Scale di valutazione;
 - Rilevazione parametri sanitari ed assistenziali;
 - Strumenti di consegna multidisciplinare;
 - Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
 - Statistiche sanitarie, assistenziali e amministrative;
 - Generazione flussi di lavoro.
- Quali caratteristiche deve avere
 - Interoperabilità con altri software utilizzando codifiche standard riconosciute per il trasferimento di dati in entrata e in uscita (attenzione al rischio LOCK IN);
 - Sicurezza software, secondo le linee guida AGID e nel rispetto del GDPR;



- Gerarchia di accesso, nel rispetto del GDPR;
- Accessibilità al di fuori della struttura, mediante piattaforma cloud;
- Firma digitale e conservazione digitale dei documenti.
- Corollario
 - È attiva la procedura per l'addestramento del personale all'uso.
 - L'addestramento all'uso viene tracciato.

3.5.2 *Telecomunicazione persona famiglia*

Il Centro Servizi promuove e garantisce la comunicazione tra l'utente, i familiari e le altre persone di riferimento supportata dalle tecnologie informatiche (*spinta di Covid 19*)

Il Centro Servizi mette a disposizione dell'utenza una rete wi-fi dedicata.

Il Centro Servizi garantisce a tutti gli utenti la possibilità di effettuare videochiamate, mettendo a disposizione apparecchiature (*eventualmente anche adattate*) e assistenza personale qualora necessarie.

I servizi di telecomunicazione sono ricompresi nel corrispettivo del servizio di residenzialità.

Le novità



È in fase di sperimentazione un'applicazione che, tramite soluzioni miste di formazione e tecnologia, si pone l'obiettivo di **creare un canale di comunicazione informale** tra gli ospiti con problemi di tipo cognitivo e i loro familiari, in modo tale da condividere il vissuto, le sensazioni, i piccoli momenti significativi, attraverso lo sguardo e il supporto delle diverse figure professionali che incontrano durante la giornata.

3.5.3 *Allarme allontanamento*

Può accadere che una RSA, pur se non strutturata per accogliere ospiti con particolari disturbi comportamentali, suo malgrado si trovi a gestire tali situazioni.

Qualora non ricorrano le condizioni strutturali per evitare potenziali allontanamenti dell'ospite, la stessa deve dotarsi di strumenti tecnologici per segnalare il rischio incombente (*es. sensori sui varchi oppure orologi e braccialetti GPS*).

Il Centro Servizi ha le condizioni strutturali per evitare potenziali allontanamenti degli ospiti con disturbi comportamentali, certificate da apposita relazione tecnica.

Qualora non vi siano le condizioni strutturali per evitare potenziali allontanamenti il Centro Servizi è dotato di un apposito sistema di allarme.

3.5.4 *Tecno assistenza e intelligenza artificiale*

La tecno assistenza sarà, in prospettiva, sempre più pervasiva ed utile anche nelle RSA.

L'introduzione di apparati di tecno assistenza comporta l'opportunità di avere a disposizione, per ciascun utente, un'enorme quantità di dati.

L'abilità di trarre da questi dati informazioni utili a supporto dell'organizzazione richiede l'intermediazione tecnologia di un sistema intelligente in grado di guidare il professionista nell'individuazione dei data-point più rilevanti al proprio obiettivo.

L'intelligenza artificiale è quindi proprio in grado di analizzare grandi quantità di dati e segnalare dove è più importante che l'attenzione del professionista si focalizzi.

I dati e le informazioni prodotti dal sistema dovrebbero confluire verso la Cartella Socio-Sanitaria Informatizzata, rendendo il processo di assistenza sempre più guidato da dati oggettivi.

I Centri Servizi inseriscono nella progettazione degli ambienti il monitoraggio a distanza e la domotica assistenziale.

Nei progetti di ampliamento, ristrutturazione o rifacimento di posti letto il Centro Servizi pianifica la sostituzione del sistema di chiamate con uno in grado di supportare il servizio assistenziale nel monitoraggio



degli spazi e degli utenti e con la domotica, anche con l'ausilio di sensori di rilevamento e dell'Intelligenza Artificiale.

Il Centro Servizi ha comunque pianificato, per il successivo quinquennio, l'installazione di un impianto di monitoraggio a distanza degli utenti.

I dati e le informazioni prodotti dal sistema confluiscono all'interno della Cartella Socio Sanitaria Informatizzata.

Le novità



Sono in commercio tecnologie che, grazie a sensori ottici e all'intelligenza artificiale, riescono a monitorare l'attività notturna nelle rsa, anticipando le richieste di intervento e fornendo report sull'assistenza con statistiche oggettive, nel pieno rispetto della normativa sulla privacy.

3.5.5 Cybersecurity



A fronte di un forte e pervasivo utilizzo di tecnologie digitali, è fondamentale prendere coscienza dell'importanza di affrontare con estrema serietà gli aspetti di Cybersecurity.

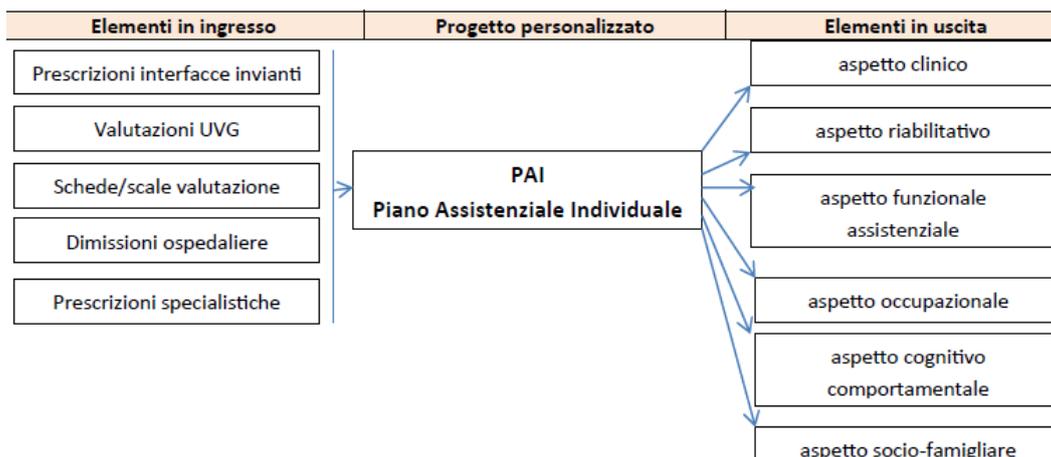
Le soluzioni tecnologiche digitali del Centro Servizi rispettano i seguenti principi:

- **Riservatezza o Confidenzialità:** I dati e le risorse sono preservati dal possibile utilizzo o accesso da parte di soggetti non autorizzati.
- **Integrità:** È garantito il mantenimento della tracciabilità e veridicità dei dati e delle risorse, in modo che non siano in alcun modo modificate o cancellate, se non ad opera di soggetti autorizzati
- **Disponibilità:** I soggetti autorizzati, di poter accedere alle risorse di cui hanno bisogno per un tempo stabilito ed in modo ininterrotto.

Il dato deve essere conservato, protetto dalla sua distruzione non autorizzata o accidentale, leggibile e riproducibile. Il rispetto dei principi viene garantito da apposita valutazione tecnica circa la presenza dei requisiti di sicurezza ICT dell'AGID

3.6 Valutazione multidimensionale, PAI e Progetto di Vita

(Riflessione aperta sugli indicatori di livelli assistenziali di servizi sociali, intesi quali socio-assistenziali, socio-educativi, socio-sanitari, e della correlata offerta personalizzata di servizi, su tre possibili grandi aree che saranno delineate dal sistema nazionale di valutazione: non autosufficienza, demenze, gravi e gravissimi. Per la Valutazione multidimensionale, PAI e Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato - data, attraverso la riforma, l'adozione di un unico sistema di valutazione che a livello nazionale consenta di garantire la stessa classificazione della non autosufficienza su tutto il territorio - i Centri Servizi progettano e predispongono un'offerta adeguata al bisogno espresso dal progetto individuale, con la dovuta attenzione al mantenimento delle autonomie e, ove possibile, alla riabilitazione. Il tutto necessariamente personalizzato e differenziato, anche nell'ottica di un'appropriatezza attenta all'economia delle risorse disponibili e nell'ambito del budget personale di progetto)



Valutazione dei bisogni sanitari

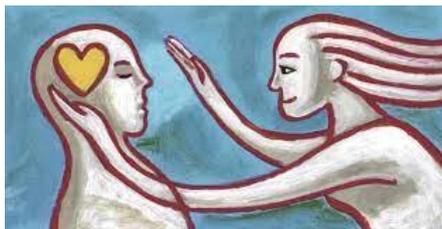
- Valutazione comprensiva dei seguenti aspetti:
 - Mobilità e funzionale (*Barthel o scala / schede equiparabili: focus sulle attività strumentali della vita quotidiana e sulle abilità fisiche richieste per gestirle*)
 - Non autosufficienza (*DMI o scala / schede equiparabili*)
 - Disturbi comportamentali (*A. DI.CO o scala / schede equiparabili*)
 - Compromissione del decadimento cognitivo (*SPMSQ o scala / schede equiparabili*)

Valutazione dei bisogni sociali

- Valutazione comprensiva dei seguenti aspetti:
 - Condizioni abitative (*caratteristiche della località di residenza – situazione igienico ambientale dell’abitazione – adeguatezza dell’abitazione al soggetto – abitazione di proprietà*)
 - Condizioni famigliari (*conviventi –non conviventi –caregiver –rete di sostegno*)
 - Bisogni emotivo - relazionali
 - Condizioni economiche (*fascia ISEE*)

Presenza in carico socio - sanitaria in base ai parametri riferiti al punteggio totale (*sanitario + sociale*)

Modalità di «presa in carico»



- Domiciliare
 - Lieve bisogno sanitario
 - Lieve bisogno sociale
 - Cure palliative

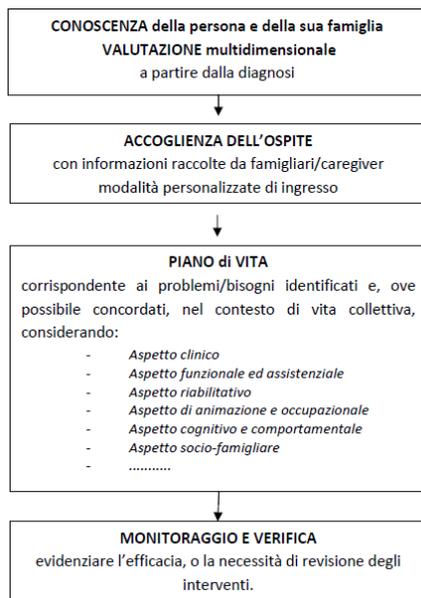
I servizi si attivano, in base ad un Piano di Vita personalizzato che integra le fragilità dell’utente con interventi mirati, forniti da un’equipe multidisciplinare (*OSS, Infermiere, fisioterapista, educatore, psicologo, logopedista, consulenti, ecc.*). Attivabile un consulto palliativo per situazioni di fine-vita (*processi decisionali, trattamenti adeguati, gestione del dolore, gestione di alcune lesioni, ecc.*)

- Mista
 - Medio-lieve bisogno sanitario
 - Medio-lieve bisogno sociale
 - Cure palliative

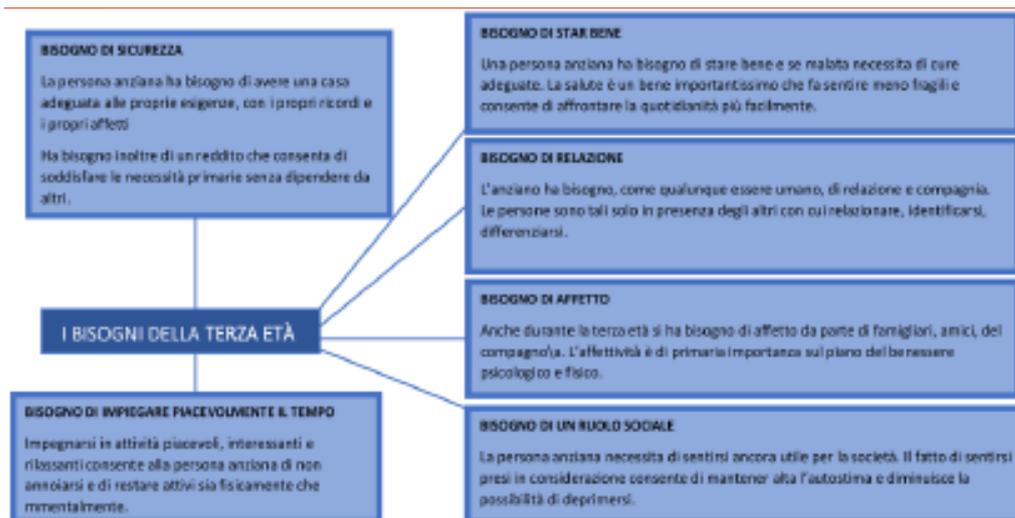
Attivabile una consulenza al processo decisionale e una pianificazione condivisa delle cure palliative

- Residenziale
 - Grave bisogno sanitario
 - Medio-grave bisogno sociale

I servizi si attivano, in base ad un “*ciclo di progettazione individuale*” con i seguenti momenti:



Possibili quadri di riferimento





OFFERTA SERVIZI	
SERVIZI OFFERTI A DOMICILIO	SERVIZI OFFERTI IN STRUTTURA
Supervisione/consulenza ambienti domestici/ausili	Servizio residenziale temporaneo e/o di sollievo
Trattamenti infermieristici leggeri (rilevazione parametri vitali, prelievi, medicazioni...)	Servizio di semi-residenzialità temporaneo e/o di sollievo
Trattamenti fisioterapici (fisioterapia individuale - rieducazione specifica - terapia strumentale)	attività in ambienti strutturati (Stanza Bianca, stanza Montessori, stanza per Musicoterapia, locale Vagone Terapia...)
Supporto psicologico Supporto spirituale	Trattamenti fisioterapici (fisioterapia individuale - rieducazione specifica - terapia strumentale - ginnastica dolce)
Consulenza/interventi non farmacologici Consulenza narrativa	Partecipazione ad attività strutturate di animazione, psicomotricità)
Trattamenti di assistenza tutelare nelle attività quotidiane assistite (OSS)	Servizi alberghieri assistiti (Igiene assistita - pasti assistiti)
Servizi di sollievo al caregiver (assistente familiare)	Utilizzo assistito spazi esterni ludico-riabilitativi, in sicurezza
	Supporto psicologico Supporto spirituale
Servizi alberghieri (pulizie ambienti - lavanderia - pasti 7/7 gg con consegna a domicilio - piccole riparazioni/manutenzioni)	SERVIZI OFFERTI SUL TERRITORIO (ambito di sviluppo per le RSA)
Segretariato sociale (pratiche, bollette, spesa, ecc.)	Trasporto sociale
Servizio notturno passivo	Caffè Alzheimer
Telesoccorso	Frequenzamento centri specifici per stimolazione cognitiva/altro
	sensibilizzazione rispetto le cure palliative

Possibili soluzioni economiche

- Domiciliare
 - Integrazioni ai servizi su base ISEE
 - Definizione di un «albo fornitori» qualificati con catalogo servizi offerti e relative tariffe
 Nota: le tariffe possono anche essere valutate in base alla figura professionale che gestisce il servizio; da valutare se la richiesta è estemporaneo o periodica; altro
- Residenziale
 - Differenziazione retta, in base al bisogno / livello assistenziale:
 - servizi alberghieri
 - servizi sanitari
 - servizi socio-assistenziali
 - “servizi aggiuntivi” (es. trattamenti fisioterapici specifici – pedicure/parrucchiere–stanza singola - altro...)
 - Integrazioni ai servizi su base ISEE
 - Integrazioni come da Convenzioni
 Nota: valutare se la richiesta è per un soggiorno temporaneo o definitivo

3.7 Team management, middle management e professioni sanitarie

(riflessione aperta su quale ruolo e funzioni, in questo nuovo disegno, per O.S.S., O.S.S.C., infermieri, educatori, fisioterapisti e logopedisti, assistenti sociali, ecc.; ruolo e funzioni del management, modelli di leadership; essere e operare in Team. Rispetto il team management, middle management e professioni socio sanitarie deve essere sempre garantito l’approccio dato dal lavoro di equipe multidisciplinare, con professionisti competenti, aggiornati e motivati)

Il **Team di figure professionali** rappresenta un gruppo che sviluppa **competenze e potenziale innovativo** nell’esercizio di cura.



Con quale squadra vuoi giocare?

- ... al di là dei campioni ci sono molti mediani che hanno voglia di giocare la partita.
- ... sono quelli che sanno passare la palla
- ... che fanno ripartire il gioco
- ... che permettono di fare goal
- ... persone con il talento di operare con la fragilità

La Squadra, il Team che gioca il campionato della fragilità è costituito da componenti di buona volontà, tecnicamente preparati, giocano con passione, seguono gli schemi del gioco, ma non sempre riescono a fare delle belle partite...

La squadra con la quale si vuole giocare, non significa esclusivamente potersi scegliere uno per uno i giocatori, ma fare in modo che, al di là dei campioni ci siano molti mediani che abbiano voglia di giocare la partita.

I giocatori che giocano da mediano sono quelli che sanno passare la palla, che fanno ripartire il gioco e che permettono ai centravanti di fare goal. Non si tratta di avere dei fuori classe ma di sviluppare dei talenti, delle persone con il talento di operare con la fragilità, bisogna cercare i modi per stimolare i fantasisti che mettono il cuore e la passione nel gioco.

E allora si crea il team management, che non è prerogativa solo di una persona che ha il ruolo di capo ma si sviluppa nella responsabilità che ogni componente vive ed esprime all'interno della propria professionalità e del proprio compito. E si supera la logica della routine e del continuare a fare tutti i giorni lo stesso intervento per tutti e non si risponde al PAI ma si risponde alla vita delle persone con le quali si condivide la cura.

Il team deve fare comunità professionale e di pratica per sentire la stessa musica e provare le stesse emozioni quando si riesce a dare risposta ad un desiderio, ma per realizzare tutto questo ci vuole una cultura che coinvolga tutto il sistema altrimenti si continuerà a parlare di integrazione, di condivisione, di sussidiarietà e di bisogni ma senza avere in mente una persona nella sua completezza/compiutezza/integrità.

Il **Team management** si sviluppa nella **responsabilità** che ogni componente vive ed esprime all'interno della propria professionalità e del proprio compito; può diventare **comunità professionale e di pratica**.

Ruolo del middle management

Oggi siamo un quadrato, un contenitore chiuso dagli angoli entro il quale si cerca di dare assistenza e cura; l'obiettivo è quello di diventare un cerchio: il middle management ha un ruolo fondamentale per il cambiamento.

Si devono dare degli strumenti di lettura che costantemente permettano di comprendere a che punto ci si trova, per poter leggere i punti di forza e di criticità.

Tutto questo difficilmente può farlo da solo il livello direttivo di una struttura: è necessario parlare di **staff di direzione**. Serve una rete, un metodo, la ricerca per un cambiamento di senso.

Formazione e ordini professionali



- Formazione delle professioni socio sanitarie
 - Visione ospedale centrica che non sviluppa negli studenti competenze specifiche rivolte alla cura delle persone fragili con malattie croniche e multi patologie
 - L'assistenza alla cronicità e alla persona anziana fragile ha uno spazio marginale nei piani di studio nonostante rientrino nell'area della cura

- I buoni giocatori si curano prima di inserirli nella squadra
 - I talenti individuali diventano valore se vengono coltivati e scoperti durante il percorso di studi
 - È importante sviluppare il to care oltre al to cure
 - I tirocini e gli stage poco presenti nella non autosufficienza, non si sviluppano laboratori o corsi universitari che avvicinano i futuri professionisti alla non autosufficienza



I talenti individuali diventano valore se possono essere messi in gioco e se vengono coltivati e scoperti durante il percorso di studi, le università e gli ordini professionali hanno un ruolo determinante nel far scoprire la bellezza del lavoro di cura con le persone non autosufficienti e fragili, alcuni percorsi di studio sviluppano negli studenti l'importanza del to care oltre del to cure ma non è mai abbastanza, la conoscenza di come si può esprimere la propria professionalità all'interno della realtà delle persone non autosufficienti non è sufficientemente considerata, i tirocini e gli stage vengono ancora troppo spesso considerati l'ultima spiaggia, non si sviluppano laboratori o corsi universitari che avvicinano i futuri professionisti alla non autosufficienza e tanto meno in una realtà residenziale.

Sistema premiante



Valorizzazione all'interno delle organizzazioni dei percorsi formativi interni per tutti gli operatori.

Un sistema che favorisce lo sviluppo di talenti professionisti che riescono ad interconnettersi gli uni con gli altri in un'ottica di multi competenze.

Indicatori di benessere

Presenza di un team che condivide un investimento formativo e professionale, promuovendo obiettivi focalizzati alla persona e meno ai protocolli e ai PAI evitando progetti generici che non perseguono il benessere del singolo.

Comunità che si prende cura della fragilità



Sviluppo di una cultura della cura come **percorso educativo** della comunità

- Educare alla fragilità in un'ottica di sussidiarietà
- Far conoscere l'esistenza della struttura nel territorio
- Aprirsi alla possibilità di condividere la gestione di servizi e di favorire l'utilizzo degli spazi per attività organizzate per la cittadinanza
- Non considerarla un mondo lontano

Sviluppare modelli di pensiero e di operatività

Valutare il potenziale

Modello di rete efficace ed efficiente

L'educazione, a prescindere dal contesto (*sociale o sanitario*) è un compito strategico, evolutivo e politico di un'intera società.

La "persona umana" assume sempre un significato mutevole, trova senso e scopo in un fine più grande, quello **dell'appartenenza alla comunità dell'umano** che si esercita nella **creazione di valore** per sé e gli altri e **nell'espressione della responsabilità e della cura**.

3.8 Volontariato

(riflessione aperta sulla valorizzazione dell'apporto del volontariato anche come soggetto di condivisione dei progetti del Centro Servizi e della sua apertura al territorio. Il volontariato deve essere considerato una delle risorse principali e qualificanti dell'organizzazione, sia nella relazione con la persona che come interfaccia con il territorio)

I Centri di servizi sono in costante evoluzione. Vi è un costante mutamento delle normative e degli eventi che si susseguono giorno dopo giorno. Il volontariato è il valore aggiunto nelle reti sociali e relazionali, è "l'agente di collegamento".

Il volontario spazia oltre l'istituzione

Con il supporto della Comunità Europea, un network di organizzazioni senza scopo di lucro "Age Platform Europe" ha proposto una Carta Europea "dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane che hanno





bisogno di cure a lungo termine” per aprire una discussione su come meglio riconoscere e affermare i diritti delle persone anziane più vulnerabili.

Ogni persona anziana ha diritto: **“alla dignità, al benessere fisico e mentale, libertà e sicurezza”**.

La riforma della non autosufficienza è una delle riforme vincolanti per l’approvazione del PNRR. L’art. 6 della proposta di Legge - delega che riorganizza la rete dei servizi intorno al nucleo primario delle cure domiciliari obbliga: **“all’accoglienza delle persone non autosufficienti presso strutture residenziali in possesso dei requisiti, tali da garantire il diritto al mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali, mediante l’accoglienza in ambiti di tipo familiare, rispettosi delle esigenze personali e della privacy”**

Come facciamo a guardare oltre i limiti operativi delle strutture?

Questi diritti ci indicano la strada da percorrere, la **“stella polare”** per orientarci nella notte. Quante volte ci chiediamo: “Come posso, nonostante tutto assecondare i diritti di queste persone? Come fanno le strutture che hanno sviluppato queste attività?”

I limiti intrinseci della non autosufficienza e il ruolo dei familiari e volontari

I limiti indotti della non autosufficienza sono causa di privazioni che favoriscono l’isolamento che **“caregivers”** e **“volontari”** sono chiamati a contrastare nei Centri di Servizi per Anziani ma anche a domicilio. Nelle strutture residenziali, il personale dedicato al recupero e alla valorizzazione delle relazioni personali degli ospiti è insufficiente, con il **“Covid 19”** ancor di più, e questa missione non potrà essere veramente perseguita senza la **collaborazione dei familiari e dei volontari**.

Indagine in Canton Ticino – Anno 2019

” Se si trova un volontario, questo diventa una persona di riferimento importante e in genere l’anziano fa meno fatica a fidarsi, ad aprirsi. La figura del volontario è di fondamentale importanza in quanto aiuta l’anziano a sentirsi meno solo. Si è constatato che dal momento in cui vengono attivati rapporti con i volontari, viene posticipato il decadimento cognitivo dell’anziano”

Effetti delle chiusure imposte dalla Pandemia

Ci sono stati effetti dirimenti sulle relazioni familiari e sociali degli ospiti non autosufficienti nelle strutture residenziali. Ne hanno parlato in senso negativo, spesso senza proposito, i **“media”**, le istituzioni e poi si è allargata anche nel pensiero comune degli italiani.

Come possiamo creare le condizioni per permettere agli anziani di mantenere, per quanto possibile, relazioni con la società civile e alle strutture di integrarsi con quest’ultima? Non c’è una risposta unica ma occorre guardare oltre i limiti della routine, oltre il budget di bilancio, bisogna avere **“nuovi occhi, interpretare nuovi ruoli, sperimentare nuove strade”**.

Da dove cominciare?

Dal superamento dei limiti. Dobbiamo riattivare le strutture ai visitatori e volontari. Possiamo creare, tramite i volontari, la mappa relazionale dell’ospite, gli **“hobby”** e contribuire a riattivarle.

Il volontariato nei Centri di Servizi

- Prima di tutto bisogna volerli;
- creare dei progetti di inserimento;
- bisogna selezionarli e formarli.

Ci sono strutture nel Veneto, di più in Trentino, diverse in Lombardia che su questi temi fanno politiche attive di offerta di volontari, in collaborazione con associazioni di volontariato.

L’esperienza del Centro di Servizi Fondazione “Casa per Anziani” di Pieve di Soligo

Dal Comitato dei familiari, nasce dopo uno **“spiraglio”** di apertura del Centro di Servizi, rispettando le misure di contenimento del **“Covid 19”**, la riattivazione del volontariato dapprima come servizio di accoglienza ai familiari e si sta sviluppando come servizio di supporto nelle relazioni.

È stato creato un nuovo progetto in prossima attuazione, con l’associazione di volontariato A.V.O di Treviso. Lo scopo è la creazione di un’attività di volontariato all’interno della struttura fatta di volontari che



stimoleranno la vita e la relazione dei residenti. Inoltre tale progetto sarà esteso anche nella “Casa Albergo” nuovo progetto del Centro di Servizi.

Il progetto A.V.O Treviso, nasce ed “esce” dall’ospedale ed entra in un Centro di Servizio, per la prima volta. È l’associazione AVO che attraverso un referente gestisce il progetto con una loro autonomia.

La Fondazione “Casa per Anziani” Onlus aiuta e supporta le attività sociali dal reclutamento dei volontari alle azioni da intraprendere. Il volontariato verterà sulla riattivazione delle relazioni personali, familiari e non familiari, attivando storie di vita. il volontario diventerà **un ambasciatore di risorse sociali**.

3.9 Qualità, buone prassi, risk management e sicurezza, benessere organizzativo

(riflessione aperta su Qualità, buone prassi, risk management e sicurezza, benessere organizzativo, anche alla luce della normativa del settore - vedi ISO, UNI, T.U. 81, ecc. -, al fine di farne divenire parte di un approccio complessivo e olistico per tutta l’organizzazione, indistintamente rivolte a favore delle persone, del personale, dei caregiver)

Con la pandemia le RSA sono finite nell’occhio del ciclone, criticate ingiustamente, in realtà durante questo periodo tremendo hanno svolto un ruolo essenziale, anche di supplenza del Servizio Sanitario. Sono state in prima fila ed hanno messo in campo energie incredibili.

La discussione e gli obiettivi negli ultimi 2/3 anni si sono rifatte a

- Idee della Commissione di “Mons. Paglia”, che ha contrastato molto l’idea di RSA, fino a chiederne perfino la chiusura,
- P.N.R.R. che ha messo in campo ingenti risorse per rilanciare molti servizi
- Legge Delega sulla non autosufficienza, nella quale ci sono pochissimi e marginali riferimenti alla residenzialità.

In tutti questi riferimenti normative le RSA sono “quasi” scomparse; quindi come ridisegnare il proprio ruolo nel contesto dei servizi?

Da RSA a centri servizi alla persona?

- Quello di cui discutiamo è da ritenersi un obiettivo ottimale per garantire un futuro nel sistema della non autosufficienza, però ... ci sono diverse criticità:
 - Preoccupazione per le **piccole RSA** molto diffuse, da supportare per la loro **sostenibilità**; infatti migliaia di RSA, soprattutto nel centro sud dell’Italia, sono piccole e non avrebbero neppure spazi per trasformarsi.
 - Mancanza di risorse e di patrimoni, per potere investire nei servizi e per potere stare sul mercato ed anche la partecipazione a gare di affidamento risulta per molte difficile.
 - Decisioni in merito al sistema esclusivamente in capo al decisore pubblico. Ciò che riguarda i servizi, oltre quelli già in essere a chi gestisce la residenzialità, come: l’assistenza domiciliare, le cure intermedie, le case di comunità, gli ospedali di comunità ed altri servizi a carattere più sanitario vengono gestiti, in molte parti d’Italia, direttamente dalle Aziende Sanitarie.

I servizi alla persona devono **ripartire dalla qualità**.

- La Qualità è l’**elemento centrale** dei servizi alla persona. L’obiettivo da cui ripartire per un rilancio
- Approccio globale alla qualità per il controllo e la valutazione dei servizi erogati per il miglioramento continuo, il management e tutta l’organizzazione deve essere fortemente orientato alla qualità
- Qualità come **flessibilità e capacità di reinventarsi**, per potere cogliere nuove opportunità e costruire nuovi servizi
- RSA come punto di riferimento del territorio, **qualificato e complementare** agli altri servizi territoriali, solo così potrà essere un elemento attrattivo del sistema dei servizi locali

Sanitarizzazione delle RSA?

- No a diventare piccoli ospedali, l’anziano al suo interno non è un paziente, ma un residente, le RSA devono continuare ad essere strutture socio-sanitarie qualificate



- Il sanitario compatibile e di supporto, che è comunque essenziale per garantire il diritto alla salute dei residenti
- Continuare a vivere al loro interno, non si tratta di concentrarsi esclusivamente sulle terapie e sulle cure sanitarie, ma di portare avanti il progetto di vita quotidiano
- Organizzazione incentrata sulla **socialità**. Le figure sanitarie collaborano nel team con le altre, la giornata è scandita da momenti ben definiti di interesse e di relazione

RSA come casa

- No a istituzione globale e asettica che cancella l'individuo, al suo interno il residente deve trovare i suoi spazi, un ambiente accogliente nel quale riconoscersi, un luogo dove si senta protetto e sicuro, in rapporto con le altre persone
- Luogo dove si continua a **vivere**. L'anziano che va in RSA non va in esilio, ma cambia indirizzo, andando ad abitare in un posto più adatto alla sua fragilità, mantenendo tutti i diritti di cittadinanza che aveva anche fuori, continua ad essere Persona-Cittadino
- Continuare a vivere la propria storia, portandosi dietro il suo vissuto i suoi affetti, le sue conoscenze, che devono essere mantenute ed i legami con il territorio
- Progetto di vita per garantire il futuro, l'approccio deve essere olistico, non si deve parlare più di PAI, che parte dai bisogni, ma di Progetto di vita, dove alla base sono la realizzazione dei suoi desideri
- Valori di riferimento (ad esempio partendo da quelli del marchio Q&B) Il Benessere e la Qualità della vita sono gli obiettivi fondamentali

RSA come comunità

- Residente al centro dell'attenzione di tutta l'organizzazione, in relazione con gli altri soggetti, cercando di vivere in una nuova comunità
- Operatori che si sentano parte della residenza, formati, competenti, empatici, orientati alla persona ed all'ascolto, che devono essere la protesi
- Familiari visti come parte attiva e di supporto per assicurare la continuità della vita all'assistito, continuando a conservare i propri affetti, con possibilità di interagire senza orari
- Volontariato come elemento a disposizione dei residenti e di collegamento con il territorio in modo dialettico, un valore aggiunto oltre l'istituzione

Sistema qualità globale

- Adesione a sistemi di qualità validati e certificati, non si può essere autoreferenziali e lavorare solo con la volontà ed il buon senso
- Sistema globale conosciuto e condiviso. Non solo la direzione deve conoscere il sistema, ma tutta l'organizzazione lo deve condividere, deve essere la bussola di orientamento per tutti
- Accredito istituzionale non burocratico, non si devono riempire moduli una volta all'anno, ma l'accredito deve essere collegato al sistema qualità interno, si devono misurare le performance delle strutture (Vedi ad es. i Bersagli del MeS- Scuola Sant'Anna di Pisa)
- Risk management, sicurezza ..., come metodo di gestione e di riferimento, non elemento che appesantisce il sistema qualità, ma che lo alimenta

Comunità di buone prassi

- Buone prassi da valorizzare; nelle RSA ogni giorno si generano delle buone prassi, che occorre fare conoscere anche all'esterno
- Eccellenze da mettere in rete, Benchmarking continuo, scambi fra le strutture per diffondere le buone prassi e confrontarsi sull'ottimizzazione dei processi assistenziali
- Costruire una comunità di buone pratiche, con l'Associazione Rinata potremo costruire una comunità che **produce qualità**

Alcuni elementi di percorsi di qualità:

- Accredito istituzionale non burocratico
- Adesione a sistemi di qualità validati e certificati
- Affetti - relazioni - legami con il territorio
- Benchmarking continuo



- Buone prassi da valorizzare
- Continuare a vivere la propria storia
- Costruire una **comunità di buone pratiche** (*ad esempio Associazione Rinata*)
- Eccellenze da mettere in rete
- Familiari
- Obiettivo il Benessere, la qualità della vita
- Operatori
- Persona - Cittadino
- Personalizzazione, approccio olistico
- Progetto di vita per garantire il futuro
- Residente
- Risk management, sicurezza ...
- RSA - comunità
- Sistema globale conosciuto e condiviso
- Sistema qualità interno
- Valori di riferimento (*ad esempio partendo da quelli del marchio Q&B*)
- Volontariato - territorio

“La qualità non è mai causale, è sempre il risultato di uno sforzo intelligente” John Ruskin



IV. L'ASSOCIAZIONE RINATA APS ETS

4.1 Chi siamo



L'associazione di promozione sociale Rinata – ETS si è formalmente costituita, nell'ambito del Meeting delle Professioni di cura di Piacenza, giovedì 7 aprile 2022. Tempo prima, il 19 ottobre 2021, sempre a Piacenza, era stato proposto, ad una platea qualificata ed appassionata, il progetto di un'associazione, che, si diceva “trovi il ritrovarsi di amici, appassionati, cultori, docenti, manager, professionisti e studiosi (indipendentemente da ruoli,

funzioni, appartenenze) in una libera, fluida, inclusiva associazione che abbia prevalente finalità culturali, di ricerca, laboratorio, ma anche di proposta alla società e alla politica, sui temi a noi conosciuti e cari della salute e del benessere in ambito socio sanitario. Una nuova associazione, a carattere aperto e trasversale, in costante ed aperto dialogo interno e con la società civile”.

Ci rivolgiamo, **non solo ai professionisti** socio sanitari, dell'educazione e della cultura sociale ad ogni livello, **ma in particolare** agli operatori di linea quali gli **Operatori Socio Sanitari, O.S.S.** che sono figure centrali del sistema, che oggi non hanno rappresentanza.



Abbiamo sentito tra noi la presenza di un pensiero, condiviso e caro a **Renato Dapero**, che rappresenta l'ideale “**socio fondatore**” di questo spazio: nostro, tra pari, **multi professionale e transdisciplinare**, diverso da ogni altra esperienza già vissuta, dove poter riflettere, esprimerci, crescere, rappresentarci a livello locale, nazionale ed europeo; in rete con ogni altra organizzazione con la quale poter essere in ideale sintonia di valori. Abbiamo lavorato, in questi mesi, con gruppi di approfondimento su diverse tematiche, che continueranno ancora a ritrovarsi e produrre riflessioni e documenti.

(dallo Statuto, finalità e attività)

Art. 3. RINATA APS - ETS opera per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, svolgendo in via principale in favore dei propri associati, di loro familiari o di terzi, le seguenti attività di interesse generale di cui all'art. 5 del Codice del Terzo Settore:

- beneficenza, sostegno a distanza, cessione gratuita di alimenti o prodotti di cui alla legge 19.08.2016, n. 166, e s.m., o erogazione di denaro, beni o servizi a sostegno di persone svantaggiate o di attività di interesse generale a norma dell'art. 5 del codice del terzo settore;
- cooperazione allo sviluppo, ai sensi della legge 11.08.2014, n. 125, e s.m.;
- educazione, istruzione e formazione professionale, ai sensi della legge 28.03.2003, n. 53, e s.m., nonché le attività culturali di interesse sociale con finalità educativa;
- formazione extra-scolastica, finalizzata alla prevenzione della dispersione scolastica e al successo scolastico e formativo, alla prevenzione del bullismo e al contrasto della povertà educativa; universitaria e post-universitaria;
- organizzazione e gestione di attività culturali, artistiche o ricreative di interesse sociale, incluse attività, anche editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato e delle attività di interesse generale di cui all'art. 5 del codice del terzo settore; di attività turistiche di interesse sociale, culturale o religioso;
- promozione della cultura della legalità, della pace tra i popoli, della nonviolenza e della difesa non armata; promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori e degli utenti delle attività di interesse generale di cui al presente articolo, promozione delle pari opportunità e delle iniziative di aiuto reciproco, incluse le banche dei tempi di cui all'art. 27 della legge 08.03.2000, n. 53, e i gruppi di acquisto solidale di cui all'art. 1, comma 266, della legge 24.12.2007, n. 244.
- ricerca scientifica di particolare interesse sociale;



Art. 4. RINATA APS - ETS realizza i propri scopi con le seguenti attività:

- la promozione della cultura dei servizi alla persona, al fine di supportare le persone e le famiglie nel percorso di accesso al sistema integrato di interventi e di servizi sociali; la promozione della tutela, dello sviluppo, del miglioramento professionale e del riconoscimento da parte delle Istituzioni delle attività svolte come servizi alla persona, nell'ambito del sistema integrato di interventi e di servizi sociali; di iniziative legate ai servizi alla persona tramite l'istituzione di gruppi di lavoro tematici nell'ambito del sistema integrato di interventi e di servizi sociali;
- la realizzazione di attività di formazione e di aggiornamento in materia di servizi alla persona, al fine del costante miglioramento delle attività e dei servizi erogati in connessione al sistema integrato di interventi e di servizi sociali; di convegni, congressi e seminari di studio in materia di servizi alla persona, al fine della diffusione dei principi connessi al sistema integrato di interventi e di servizi sociali; di studi e di ricerche aventi ad oggetto l'analisi delle condizioni per l'applicazione del principio della centralità dell'utente, al fine di garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza della persona che fruisce del sistema integrato di interventi e di servizi sociali; di studi e di ricerche aventi ad oggetto l'analisi delle condizioni per lo svolgimento delle attività nell'ambito dei servizi alla persona, al fine di prevenire, eliminare ovvero ancora ridurre le condizioni di bisogno, di disagio e di non autonomia;
- lo sviluppo di attività di formazione e di aggiornamento per la cultura della qualità e del controllo nell'ambito dei servizi alla persona;
- ogni altra attività finalizzata agli scopi sociali nel rispetto della normativa vigente.

4.2 I nostri punti di riferimento



«...Il solo criterio per giudicare qualsiasi azione sia l'effetto ultimo che essa produce sulla felicità o l'infelicità di un individuo»

Susan Sontag (1947)

#VALORI



Principi fondamentali:

- **competenza:** risorsa portatrice di specifiche capacità esperienziali, formative, tecniche, organizzative
- **trasparenza:** l'espressione dei nostri intenti e delle nostre richieste
- **welfare innovativo:** il saper riconoscere che al di fuori della realtà conosciuta ci sono altre dimensioni che potrebbero dare nuova vitalità e conoscere nuovi percorsi
- **condivisione:** per facilitare la conoscenza reciproca, la cooperazione in rete e la diffusione delle migliori esperienze

#GRUPPODILAVORO



È la metodologia di sviluppo delle attività dell'Associazione Rinata da un lato e quale strumento per concretizzare il cambiamento sociale dall'altro. L'apertura a tutte le professioni che operano nell'ambito del sociale è alla base del lavoro dell'associazione: i gruppi di lavoro

così si rafforzano comprendendo le diverse anime che operano nei servizi.

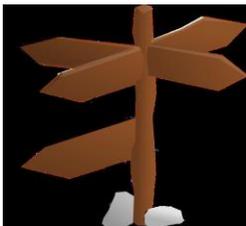


#RIGENERAZIONE



È il necessario passaggio dallo stile manageriale allo stile di leadership, specificatamente organizzativa, che spinge le organizzazioni a rigenerarsi ed a ri-fiorire. Sul finire dello scorso millennio le aziende hanno già visto il passaggio da direttore a manager, salto epocale molto importante; oggi il passaggio è ulteriore.

#CENTRODISERVIZI



Dalla RSA e dalla residenza per anziani al Centro di servizi così che le RSA possano diventare il fulcro delle attività a favore degli anziani della comunità, fornendo informazioni, oltre che servizi, ed il personal branding come alleanza strutturata con la cittadinanza, con le persone e la famiglia.

#SOSTENIBILITÀ



La sostenibilità va intesa qui come obiettivi di sviluppo sostenibile dalla quinta missione alla sesta missione del PNRR.

Lo scopo della realizzazione degli obiettivi del PNRR va mediato con la necessità di una garanzia piena, equa e uniforme del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale.

Dal SDG 5, parità di genere, perché la tutela della salute purtroppo distingue fra i sessi, al SDG 12, consumo e produzione responsabili, puntando a ridurre in modo sostanziale la produzione di rifiuti.

Per non parlare poi dell'obiettivo 10, ridurre le disuguaglianze, per ricercare "... nuovi assetti socioeconomici su cui costruire le società, nuovi paradigmi su cui orientare le scelte del futuro".

Verso i centri servizi alla persona



Attività:

- Collaborazione ed il supporto nella stesura del patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza
- Collaborazione per la stesura del volume «La RSA che vorrei»
- Collaborazione con Editrice Dapero per gli eventi dalla stessa organizzati

4.3 Logiche e strategie di lobby e advocacy

(riflessione aperta in rete e collegamento con le altre associazioni del settore – ma anche con altri ambiti poco conosciuti e poco sfruttati dell'imprenditoria e degli enti formativi, ove definire, tra l'altro ma non solo, la mission dei nuovi Centri Servizi e promuovere azioni politiche comuni. Il tema deve entrare nell'agenda politica, oggi il settore non è considerato)

RSA: un mondo variegato: come identificare obiettivi comuni senza escludere nessuno, nella diversità delle situazioni di inquadramento generale e di contesto?

- La promozione di azioni politiche, e non, comuni tra categorie con interesse nel settore è inficiata dalla **disomogeneità**, a livello nazionale e, perfino, regionale, delle situazioni normative, contrattuali, strutturali, organizzative, di contesto ecc. delle RSA.
- Per poter coinvolgere categorie/ambiti diversificati in questa azione di visibilità e, conseguente, peso politico, è necessario identificare **chiari obiettivi di interesse comune**.



- Rispetto al “*futuro*” delle RSA, ovvero il loro essere **Centri Multi Servizi**, si rischia, in questa fase preliminare, di escludere le piccole realtà che, a fronte di trattazioni, esprimono comunque una forza di numeri.

Bussare alla porta di chi può decidere, presentarsi come **associazioni di categoria compatte**.

- Definire un “*protocollo d'intesa*” che permetta di contare su persone fisiche di riferimento, con **poteri decisionali** sulle scelte di governance.
- Raccogliere, e rendere pubblici, dati che identifichino il **potere contrattuale** delle RSA, dato sia dall'alto numero di posti letto (*persone anziane e/o fragili che non possono fare a meno dei servizi*), sia dal numero di dipendenti (*salvaguardia posti di lavoro e, al contempo, professionalità competenti da investire sui nuovi Centri Servizi*).
- Proporsi, in rappresentanza, ai **tavoli di lavoro nazionali e regionali** (*già si sta tentando di farlo*), dando puntuale riscontro pubblico di quanto emerge.

Gestire una comunicazione efficace, coinvolgere testate nazionali per:

- Dare **visibilità** a quello che sono le RSA.
- Ricordare **progetti** già proposti/sperimentati e non concretizzati, in quanto **non idonei**: es. RSA aperte, case della salute, con una puntuale esposizione di dati e motivazioni (*non rifare gli stessi errori*).
- Presentare le **potenzialità** delle RSA, per:
 - copertura territoriale,
 - capacità di fare ed organizzare rete,
 - attrezzature e professionisti presenti al loro interno
- Trovare una **collaborazione tra testate giornalistiche** per far rimbalzare le notizie.

Stakeholder: sostegno indispensabile

Attualmente, per essere ascoltati è necessario farci ascoltare da chi **non vuol sentire**.

Possiamo contare su:

- **Familiari**, promuovere l'istituzione di “*comitati parenti*”, diretti portatori di interesse, con ricaduta sulla comunicazione.
- **Sindacati**, sensibilizzare i sindacati (*molti lavoratori vengono coinvolti in queste scelte governative*).
- Il mondo del **volontariato** nelle sue diverse declinazioni.

Le **categorie d'interesse** (*alcuni esempi*):

- Mondo letterario, artistico, editoria.
- Personalità del socio-sanitario riconosciute a livello nazionale.
- Associazioni Alzheimer diverse, presenti su tutto il territorio nazionale.
- Fondazioni Bancarie (*presenti sul territorio nazionale con programmi a sostegno del territorio di riferimento*).
- Fondazione Alberto Sordi (*Roma*), promotrice della «*Carta dell'alleanza per le persone anziane*».
- Ordine dei Medici (*sembrano coinvolti rispetto all'insostenibilità della “medicina di prossimità”*).
- Università più “*vicine*” al socio sanitario, quali, a titolo esemplificativo non esaustivo, Liuc di Castellanza, Alma Mater di Bologna, Cattolica di Milano, Bocconi di Milano, Università di Trento, con riferimenti anche per la sostenibilità economica.





IL GRUPPO DI LAVORO

Hanno contribuito alla realizzazione di questo documento - proposta,

come referenti

Claudio Bonino
Delio Fiordispina ASSOCIAZIONE Q&B
Elena Weber
Elisabetta Canton
Fabio Bonetta
Franco Iurlaro EQUITÀ E SOSTENIBILITÀ®
Geminiano Nardi
Paola Garbella
Paolo Rossi

come partecipanti ai gruppi di lavoro

Adelaide Laura Panelli
Alessandra Valeria Biondaro
Alessandra Valeria Torre
Alessandro Santoianni
Annalisa Valgimigli
Carmine Di Palma COOPERATIVA GIUSEPPE DI VITTORIO
Daniela Sandri
Danila Zuffetti
Davide Zenaro
Elena Tessarollo
Elisa Mencacci
Elisabetta Notarnicola SDA BOCCONI
Ferdinando Schiavo “ONESTO ARTIGIANO DELLA NEUROLOGIA E DELLA NEUROLOGIA DEI VECCHI”
Francesca Lospoto
Francesco Mosetti
Giada Rossi
Giorgio Brunello MARCHIO QUALITÀ E BENESSERE (Q&B)
Guido Magrin TEIACARE
Isabella Caponi RSA VILLA SERENA –MONTAIONE (FI)
Letizia Espanoli SENTE-MENTE®
Luca Lodi
Maria Matarese FONDAZIONE ALBERTO SORDI
Mariangela Babbei COMFORTCURA
Mariella Bulleri DIRETTORE RSA CHIARUGI EMPOLI
Mario Iesurum MARCHIO QUALITÀ E BENESSERE (Q&B)
Massimo Giordani UPIPA
Nicola Gencarelli FONDAZIONE ASPHI
Paola Licini FONDAZIONE CASA PER ANZIANI ONLUS
Paola Roma ANCI VENETO
Paolo Cendon GIURISTA
Paolo Galfione ZUCCHETTI HEALTHCARE SOLUTIONS
Roberto Franchini DON ORIONE
Sebastiano Capurso ANASTE
Simone Baldi GRUPPO TECNICO ACCREDITAMENTO REGIONE TOSCANA
Stefano Lui LUI&ASSOCIATI
Vincenza Scaccabarozzi

Cinisello Balsamo, 1. febbraio 2023



Riferimenti Associazione Rinata:

Presidente	Paola Garbella, Biella	direzione@cerinozegna.it	3493244083
Vice Presidenti	Elena Weber, Trieste	weber_elen@aol.com	3357359386
	Paola Panelli, Asti	laurapanelli66@gmail.com	3476514580
Curatore del presente documento	Franco Iurlaro, Gorizia	francoiu@francoiurlaro.it	3497402923



COPYRIGHT *Diritto d'autore e proprietà intellettuale.*

Tutto ciò che è riportato su questa pubblicazione, documentazione, contenuti, testi, immagini, il logo, il lavoro artistico e la grafica sono di proprietà dell'Associazione Rinata, sono protetti dal diritto d'autore nonché dal diritto di proprietà intellettuale. È quindi assolutamente vietato copiare, appropriarsi, ridistribuire, riprodurre qualsiasi frase, contenuto o immagine presente su di questo sito perché frutto del lavoro e dell'intelletto degli autori citati. Solo le illustrazioni sono state prese sul web, ove di libero download.

È vietata la copia e la riproduzione dei contenuti e immagini in qualsiasi forma; è vietata la redistribuzione e la pubblicazione dei contenuti e immagini non autorizzata espressamente dall'Associazione Rinata.

Copyright © 2023 Associazione Rinata APS – ETS. All rights reserved.