



**èCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:





**€Care Europa**   
Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa

# INDICE

- Intelligenza artificiale al servizio della qualità della vita – A cura di Carlo Ghezzi, Politecnico di Milano (Pg. 4)
- Previsioni, tendenze e strategie per l'invecchiamento in Europa – A cura di Elisabetta Notarnicola, Cergas SDA Bocconi (Pg. 26)
- Invecchiamento della popolazione: scenari globali, europei e italiani. – A cura di Stefano Campostrini, Cà Foscari di Venezia (Pg. 54)
- SEM A – Telemedicina e AI per l'assistenza sanitaria primaria – A cura di Luigi Morra, Agenas (Pg. 75)
- SEM A – Il progetto I-care-smart – A cura di Elice Bacci, Regione Liguria (Pg. 110)
- SEM B – I fondi europei e le politiche per gli anziani – A cura di Francesco Pancheri, Provincia Autonoma di Trento (Pg. 121)
- SEM B – Intervento a cura di Elena Weber, EAN (Pg. 144)
- SEM B – Esperienza di affiancamento in Olanda – A cura di Silvia De Rizzo, CSS Villa Serena (Pg. 161)
- SEM C – Approccio valoriale alla qualità della vita delle persone con demenza in Europa – A cura di Marco Fumagalli, Coop. La Meridiana e Marco Falorni, autore e regista (Pg. 177)
- SEM D – Progettare oggi le residenze di domani – A cura di Emanuel Ingraio, Shifton (Pg. 182)
- SEM D – Costruire ponti tra generazioni, l'esperienza del Centro Anziani Spinelli di Cadoneghe– A cura di Elena Galbiati, Coop Il Sestante (Pg. 230)
- WS1 – Affrontare le relazioni incrinata, strumenti per contrastare le aggressioni agli operatori – A cura di Antonia Ballottin, Spisal Aulss 9 (Pg. 248)
- WS1 – Una proposta operativa – A cura di Apsp Malè (Pg. 268)
- WS2 – Il coinvolgimento dei familiari nei servizi di cura – A cura di Salvatore Rao, Bottega del Possibile (Pg. 285)
- WS2 – Intervento a cura di Delio Fiordispina, Aret-Asp Toscana (Pg. 303)
- WS Il modello Dementia Friendly – Intervento a cura di Qualità & Benessere (Pg. 313)



**€Care Europa**   
Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa

- WS4 – Affrontare le relazioni incrinare, strumenti per prevenire i maltrattamenti – A cura di Luisa Lomazzi, Università della Svizzera Italiana (Pg. 336)
- WS4 – Maltrattamento zero, il coraggio della prevenzione – A cura di Apsp Brentonico (Pg. 354)
- WS4 – Progetto aziendale “Maltrattamento Zero” – A cura di Apsp Beato De Tschiderer (Pg. 367)
- WS4 – La prevenzione intesa come cura della relazione – A cura di Cooperativa Sociale Società Dolce (Pg. 380)
- WS5 – Scenari naturalistici in realtà virtuale per le persone con deficit cognitivi – A cura di Mario Iesurum, Q&B (Pg. 392)
- WS5 – Realtà Virtuale: Una nuova finestra sul mondo per le RSA – A cura di Fondazione Bruno Kessler (Pg. 397)
- WS5 – Uno studio di fattibilità in RSA – A cura di Apsp Grazioli di Trento (Pg. 415)
- Presentazione della pubblicazione sul Marchio Q&B – A cura di Cristina Zaggia (Pg. 426)



# Intelligenza artificiale al servizio della qualità della vita

---

Carlo Ghezzi  
Politecnico di Milano

Ben-Fare 2024

# Roadmap

---

- Rivoluzione digitale
  - *Perchè la rivoluzione digitale ha cambiato (e continua a cambiare) il mondo*
- Intelligenza artificiale
  - *Perchè l'intelligenza artificiale ha impresso una ulteriore svolta rivoluzionaria*
- Vita delle persone — contesto *caregiving*
  - *Opportunità, rischi*

# Progresso della scienza, società, persone

---

- Nel XVII secolo nasce la scienza moderna: ogni rivoluzione nella scienza e nella tecnologia ha portato a mutazioni radicali nella società e nella vita delle persone



- Invenzione delle **macchine** e rivoluzione industriale (1700-1900)

# Rivoluzione nella società e nella vita delle persone

---

Agricoltura  
Allevamento  
Artigianato  
Commercio



Fabbriche,  
Macchine,  
...  
Finanza

Vita in campagna



Città

Feudalesimo



Capitalismo

**Inizia la relazione (complicata)  
tra le persone e le macchine**

Macchine asservite alle persone



Persone asservite alle macchine



Immagine di pubblico dominio

# La rivoluzione digitale (seconda metà secolo XX)

---

- Ancora più radicale della rivoluzione industriale
- 3 dimensioni principali

- **Ampiezza**

Tocca ogni aspetto della vita umana e della società

- **Profondità**

Induce cambiamenti radicali

- **Velocità**

Velocità del cambiamento mai sperimentata  
*da secoli a decenni a anni*

Genera nuove fragilità  
Acuisce fragilità esistenti

**Technologia e etica**

# Perchè le macchine digitali sono **speciali**?

---

- Macchine fisiche—**hardware**— *dai computer ai dispositivi diffusi (e spesso invisibili)*
- Machine interconnesse in rete—**internet**— *sempre e ovunque **internet of things***
- Interazione continua con le persone e il mondo fisico— *sensori, attuatori, interfacce dirette*
- Software —> **macchine universali** —> il software è il motore e il regolatore del nuovo mondo digitale-fisico in cui viviamo

La seconda rivoluzione digitale è radicale

IA – *intelligenza artificiale*

**Termine ormai di gergo comune  
stra-usato/abusato e quindi spesso  
impreciso e onnicomprensivo**

# In soldoni: che cosa si intende per IA?

---

- Software che rende una macchina (sistema digitale) capace di operare in maniera “intelligente”
- Una definizione storica “pragmatica” (Turing)

*Dopo aver posto alla macchina una serie di domande, dalle risposte ottenute un essere umano non sa dire se ha interagito con un essere umano o con una macchina*

**ChatGPT**

- Più precisamente (oggi): software che è in grado di imparare a agire ed evolve in maniera **autonoma**

# Più precisamente

## Software tradizionale

---

- Applicazione fissa e ripetibile programmata da un umano, che manualmente predetermina tutte le possibili situazioni che vengono gestite
- Automatizza problemi ben definiti e ripetitivi
- Comportamento prevedibile e riproducibile
- Genera un errore se incontra casi non previsti
- Incapace di imparare
- Richiede un programmatore umano per essere modificata o migliorata

## IA

---

- *Applicazione che (almeno in parte) è appresa in maniera automatica*
- *E' in grado di risolvere problemi che comportano incertezze e che non sono formalizzabili mediante regole fisse*
- *Comportamento può essere imprevedibile e non riproducibile*
- *Cerca di risolvere autonomamente casi non previsti*
- *Capace di apprendere*
- *Capace di evolvere e migliorarsi in maniera autonoma, senza intervento umano*

# Come “apprende” una macchina digitale?

---

- Sfruttando la disponibilità di (**grandi**) quantità di dati e facendo generalizzazioni statistiche
- *Se ho raccolto tante foto di animali e le ho classificate (gatti, cani, elefanti, ...), quando vedo una nuova foto di animale, posso dire di quale animale si tratta in base alla “somiglianza” con le foto raccolte*
- **Oggigiorno i dati raccolti sono una risorsa di valore inestimabile**
- **Le generalizzazioni possono essere sbagliate**

# Apprendimento di decisioni inique: esempi

---

- Compas, strumento di supporto alle decisioni giuriche per la concessione di libertà provvisoria, penalizza gli afro-americani
- Pregiudizi di genere nei sistemi di traduzione automatica da linguaggio "gender neutral" (per es. Ungherese)
  - Ó szép. Ó okos. Ó olvas. ó mosogat. Ó épít. Ó varr. Ö tanít. Öfőz. Ö kutat. Ö gyereket nevel. Ö zenél. Ó takarító. Ö politikus. ösok pénzt keres. Ö süteményt süt. Ö professor. Ö asszisztens.
  - She is beautiful. He is clever. He reads. She washes the dishes. He builds. She sews. He teaches. She cooks. He's researching. She is raising a child. He plays music. She's a cleaner. He is a politician. He makes a lot of money. She is baking a cake. He is a professor. She is an assistant.

Tecnologie digitali e vita delle persone

*opportunità e rischi*

***brevi riflessioni sulle possibili ricadute sul  
benessere e la salute delle persone***

# Healthcare: obiettivi

---

- *Punto di vista globale*: migliorare la salute della popolazione
- *Punto di vista del paziente*: migliorare l'esperienza di cura
- *Punto di vista del caregiver*: migliorare l'erogazione del servizio
- *Punto di vista economico*: ridurre i costi crescenti

# Benessere e salute: sfide

---

- **Trend demografico (World Health Organization)**

- *L'invecchiamento della popolazione procede a ritmi sempre più veloci*
- *Nel 2050, l'80% degli anziani vivrà in paesi a reddito basso o medio*
- *Nel 2020, il numero di persone con più di 60 anni ha superato quello dei minori di 5 anni.*

*Tra il 2015 e il 2050, la proporzione della popolazione mondiale sopra i 60 anni passerà dal 12% al 22%*

- **Problema crescente delle malattie croniche**
- **Crescita globale dei costi per la salute**

# Tecnologie digitali (+ AI)

---

- Supporto all'autonomia (smart environments)
- Supporto alla socialità (social media)
- Supporto alla salute (a 360 gradi)
  - Prevenzione
  - Diagnosi
  - Cura

# Esempi

---

- Indossabili: es. Smartwatch, per monitorare i dati di salute (battito cardiaco, pressione, sonno).
- SAR—*Socially-Assistive Robot*: es. PARO, la foca robotica, sperimentata in casi di Alzheimer
- *Smart Home*: assistenti con IA, come Google Home o Amazon Echo, attivabili vocalmente, che aiutano con funzioni di controllo, sollecito, allarmi.



# Problemi

---

- Prevaricazione
- Ansia
- Privatezza
- Rispetto dell'individuo
- Ruolo dei fornitori di tecnologia

# Aspetti etici dovuti all'IA nel “caregiving”

---

- **Consenso informato:** Come sono usati i dati dei pazienti/anziani?
- **Trasparenza:** Piena evidenza di come l'IA prende decisioni.
- **Responsabilità:** Chi è responsabile quando l'IA commette errori o genera malfunzionamenti?

# Come affrontare i rischi connessi?

---

- **Sicurezza dei dati:** avere protocolli forti di sicurezza informatica.
- **Costante monitoraggio:** Valutare continuamente gli strumenti di IA rispetto a pregiudizi e accuratezza.
- **Chiare linee guida:** Stabilire standard etici di caregiving

# Conclusioni: competenze e formazione

---

- La tecnologia deve essere sempre al servizio delle persone e NON viceversa
- Occorre attenzione, consapevolezza non solo delle opportunità offerte ma anche dei potenziali rischi
- Occorre vigilanza, maturità ad ogni livello, da parte di tutte le figure coinvolte
- Occorre competenza —> necessità di formazione/aggiornamento continuo
- Va evitata la delega acritica alla tecnologia e a chi la “possiede”
- **Supporto o delega?**
  - **Delega —> deresponsabilizzazione**
  - **Delega —> progressiva perdita di competenza**

# Grazie per l'attenzione e buon lavoro

Riferimento alle importanti azioni di regolamentazione dell'IA da parte dell'Unione Europea

<https://www.europarl.europa.eu/topics/it/article/20230601STO93804/normativa-sull-ia-la-prima-regolamentazione-sull-intelligenza-artificiale>

# PREVISIONI, TENDENZE E STRATEGIE PER L'INVECCHIAMENTO IN EUROPA

Alcuni dati dal 6° Rapporto Osservatorio Long Term Care

Elisabetta Notarnicola, 24 Ottobre 2024



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

6° Rapporto Osservatorio Long Term Care:  
**LA SOSTENIBILITÀ DEL SETTORE LONG TERM CARE NEL MEDIO-LUNGO PERIODO**

1. Il sistema dell'assistenza agli anziani in Italia: dati e contesto 2024
2. Il sistema italiano comparato ad altri sistemi europei
3. Tentativi di riforma a livello europeo, cosa abbiamo capito



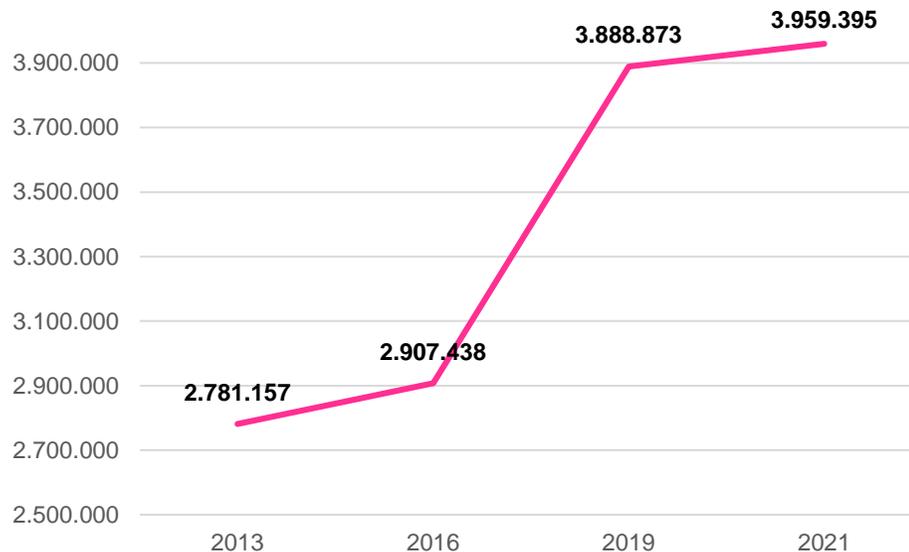
1. Il sistema dell'assistenza agli anziani in Italia: dati e contesto 2024
2. Il sistema italiano comparato ad altri sistemi europei
3. Tentativi di riforma a livello europeo, cosa abbiamo capito



# IL FABBISOGNO DI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

## 3,95 milioni

di over 65 non autosufficienti (prevalenza=28,4%, anno 2021)



Fascia di età	Prevalenza da Istat (2021)	Popolazione di riferimento (1.1.2021)	Stima
65-74	14,60%	6.915.504	1.009.664
75-84	32,50%	4.825.173	1.568.181
85 e più	<b>63,80%</b>	2.200.854	1.404.145

# IL FABBISOGNO DI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA.

- **32,9** è la % di 65+ non autosufficienti che ricevono servizi socio-sanitari dal sistema di welfare pubblico (di cui RSA corrisponde a 8%, con  $\Delta$  +/- 23% tra regioni).
- +13% incremento di interventi ADI (casi trattati) ma **ore erogate -1%** (16h anno per caso).
- **40,2** è la % di 65+ non autosufficienti che ricevono IdA (con  $\Delta$  +/- 48% tra regioni).
- Spesa pubblica LTC sul PIL passa da 1,25% (2018) a **1,20% (2023) sul PIL.**



# POPOLAZIONE OVER75 NON AUTOSUFFICIENTE PER REGIONE / PROVINCIA AUTONOMA, 2022

Elaborazione delle autrici e degli autori su dati Istat (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia e Dati I.stat su popolazione al 1/1/2022.

**Rapporto OASI  
CERGAS SDA Bocconi**

Regione / Provincia Autonoma (PA)	Prevalenza 65-74 (%)	Prevalenza 75- 84 (%)	Prevalenza 85+ (%)	Popolazione 75+ NA
Abruzzo	18,8	41,2	69,3	81.274
Basilicata	18,8	41,2	69,3	33.117
PA di Bolzano	11,9	28,0	60,2	21.184
Calabria	18,8	41,2	69,3	103.590
Campania	18,8	41,2	69,3	257.839
Emilia-Romagna	11,9	28,0	60,2	220.273
Friuli-Venezia Giulia	11,9	28,0	60,2	64.467
Lazio	13,7	30,5	63,5	268.739
Liguria	11,9	28,0	60,2	93.031
Lombardia	11,9	28,0	60,2	450.515
Marche	13,7	30,5	63,5	84.034
Molise	18,8	41,2	69,3	19.688
Piemonte	11,9	28,0	60,2	223.073
Puglia	18,8	41,2	69,3	223.825
Sardegna	18,8	41,2	69,3	99.768
Sicilia	18,8	41,2	69,3	259.572
<b>Toscana</b>	<b>13,7</b>	<b>30,5</b>	<b>63,5</b>	<b>209.733</b>
PA di Trento	11,9	28,0	60,2	23.888
Umbria	13,7	30,5	63,5	50.457
Valle d'Aosta	11,9	28,0	60,2	5.819
Veneto	11,9	28,0	60,2	225.140
<b>Italia</b>	<b>14,6</b>	<b>32,5</b>	<b>63,8</b>	<b>3.020.751</b>

# TASSO DI COPERTURA DEL BISOGNO DELLA POPOLAZIONE 65+ E 75+ NON AUTOSUFFICIENTE TRAMITE RSA.

## DETTAGLIO REGIONALE, ANNO 2022

Fonti: Istat (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2022.

Ministero della Salute (2024) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2022.

**Rapporto OASI  
CERGAS SDA Bocconi**

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Copertura del bisogno 65+ NA	Copertura del bisogno 75+ NA
PA Bolzano	6.286	24%	30%
PA Trento	6.635	23%	28%
Lombardia	85.528	15%	19%
Veneto	42.517	16%	19%
Friuli-Venezia Giulia	10.957	16%	17%
Marche	12.044	10%	14%
Piemonte	31.830	12%	14%
Liguria	12.877	13%	14%
Toscana	28.110	11%	13%
Emilia-Romagna	25.857	7%	12%
Valle d'Aosta	646	9%	11%
Umbria	3.483	5%	7%
Lazio	11.188	3%	4%
Abruzzo	3.115	3%	4%
Puglia	7.540	3%	3%
Calabria	2.933	2%	3%
Molise	551	3%	3%
Sicilia	5.741	2%	2%
Sardegna	1.540	1%	2%
Basilicata	478	1%	1%
Campania	2.690	1%	1%
<b>Italia</b>	<b>302.546</b>	<b>8%</b>	<b>10%</b>

# TASSO DI COPERTURA DEL BISOGNO DELLA POPOLAZIONE 65+ E DELLA POPOLAZIONE 65+ NON AUTOSUFFICIENTE TRAMITE ADI.

## DETTAGLIO REGIONALE, ANNO 2022

Fonti: Istat (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2022.

Ministero della Salute (2024) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2022.

**Rapporto OASI  
CERGAS SDA Bocconi**

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI (target PNRR) <sup>†</sup>
Molise	76.528	25.8%	19.744	11.808	60%	15%
Veneto	1.155.089	22.9%	264.515	126.872	48%	11%
Toscana	955.231	26.8%	256.002	122.232	48%	13%
Friuli-Venezia Giulia	319.677	21.7%	69.370	30.089	43%	9%
Emilia-Romagna	1.078.372	33.0%	355.863	144.986	41%	13%
Lombardia	2.304.174	24.4%	562.218	147.115	26%	6%
Lazio	1,305,332	26.9%	351.134	77.509	22%	6%
PA Bolzano	106.778	24.1%	25.733	5.536	22%	5%
Liguria	435.654	22.5%	98.022	20.929	21%	5%
PA Trento	123.916	23.7%	29.368	6.234	21%	5%
Basilicata	132.704	33.0%	43.792	9.218	21%	7%
Marche	382.124	32.3%	123.426	23.114	19%	6%
Valle d'Aosta	30.479	24.0%	7.315	1.361	19%	4%
Abruzzo	319.117	32.7%	104.351	18.643	18%	6%
Umbria	228.230	30.3%	69.154	11.355	16%	5%
Sicilia	1.089.969	34.6%	377.129	59.303	16%	5%
Piemonte	1.116.681	22.9%	255.720	39.724	16%	4%
Puglia	918.789	32.8%	301.363	42.029	14%	5%
Campania	1.133.462	34.0%	385.377	53.299	14%	5%
Sardegna	408.746	35.2%	143.879	11.780	8%	3%
Calabria	430.352	35.6%	153.205	10.383	7%	2%
<b>Italia</b>	<b>14.051.404</b>	<b>28.4%</b>	<b>3.990.599</b>	<b>973.505</b>	<b>24%</b>	<b>7%</b>



# IL TREND DEMOGRAFICO E IL RICORSO ALLA CURA FORMALE E INFORMALE: **QUALE EQUILIBRIO?**

## Popolazione di 65 anni e più:

**23,5%** nel 2023

**30%** nel 2030

**34,9%** nel 2050

La risposta pubblica in termini di servizi **NON** è in aumento.

Gli stanziamenti € sono parzialmente aumentati per il 2025-2026 (assegno).

Il numero delle **badanti** è in lieve calo:  
Nel 2022 si stimano **1.073.565** (regolari e irregolari) con **-4,9%** rispetto al 2021.

1. Il sistema dell'assistenza agli anziani in Italia: dati e contesto 2024
2. Il sistema italiano comparato ad altri sistemi europei
3. Tentativi di riforma a livello europeo, cosa abbiamo capito



# UNA PROPOSTA DI CLUSTERIZZAZIONE TRA PAESI MEMBRI DELL'UE (PAVOLINI, 2021)

## Modelli con spesa pubblica per LTC medio-alta (1,5%-2,2%):

- Modelli con ruolo moderato/preponderante dei trasferimenti economici (Austria, **Germania, Italia**, Repubblica Ceca)
- Modelli con ruolo limitato o assente dei trasferimenti economici (Belgio, Finlandia, **Francia**)

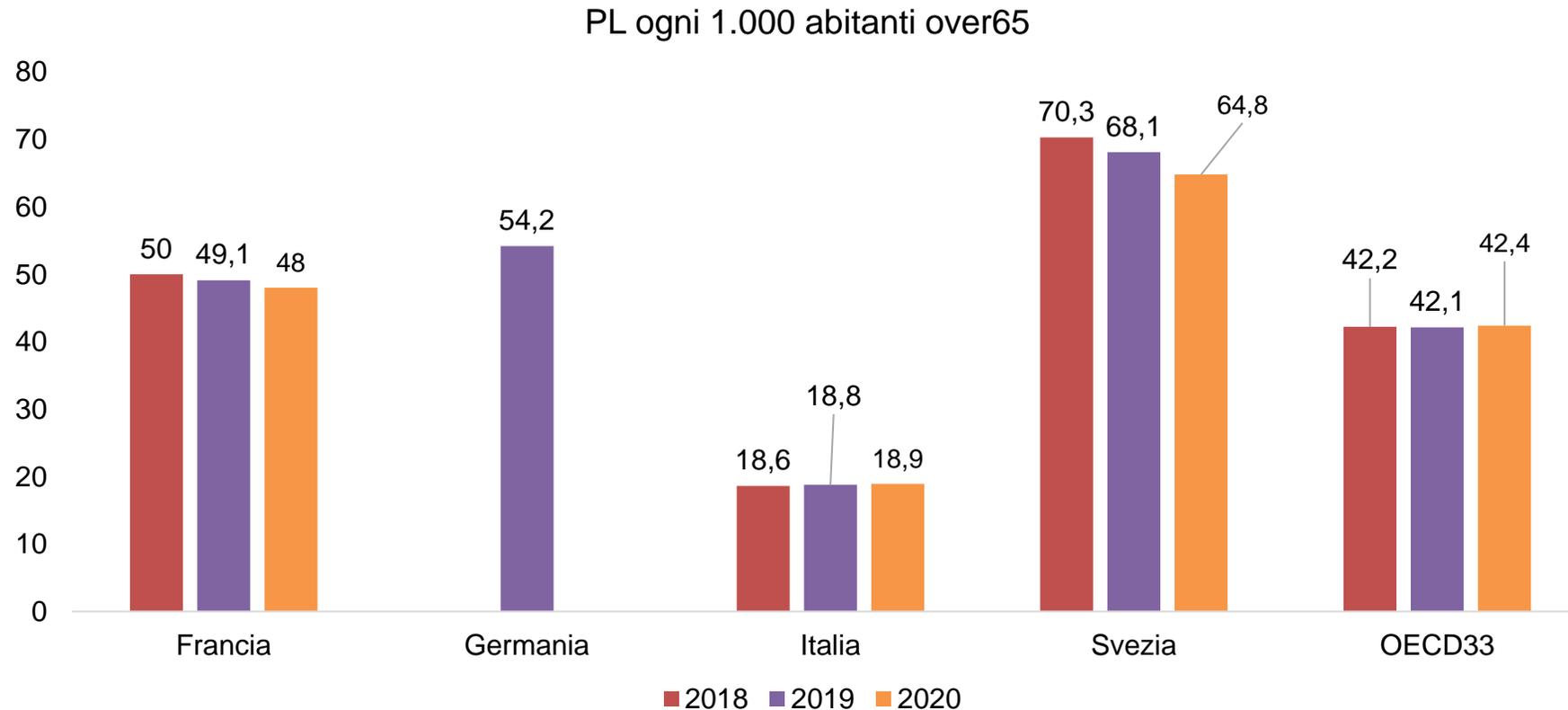
## Modelli con spesa pubblica per LTC molto alta (oltre il 3% del PIL),

- tutti contraddistinti per ruolo limitato o assente dei trasferimenti economici (Danimarca, Olanda, **Svezia**)

# ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL DILEMMA DELLA RESIDENZIALITA'

- Tra i Paesi OECD33 e nei paesi benchmark la disponibilità di **posti letto** in residenzialità ogni mille over65 è **più del doppio** rispetto a quella italiana
- Negli anni gli **investimenti pubblici su residenzialità nei paesi OECD33 sono diminuiti** (-3 PL ogni 1000 over65), con aumento più marcato in Svezia (da 70,3 ogni 1.000 over65 del 2018 ai 64,8 del 2020).
- Questa diminuzione segue un orientamento più forte verso il **mantenimento al domicilio**, anche se la quota di beneficiari over65 di LTC dei paesi OECD33 che ricevono cure di long-term care al domicilio tra il 2009 e il 2019 è **cresciuta solo dal 67 al 68%**.

# ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL DILEMMA DELLA RESIDENZIALITA'



Fonte: OECD (2022, 2023). Health at a glance.

Nota: OECD pubblica i dati sui PL in Germania solo negli anni dispari.

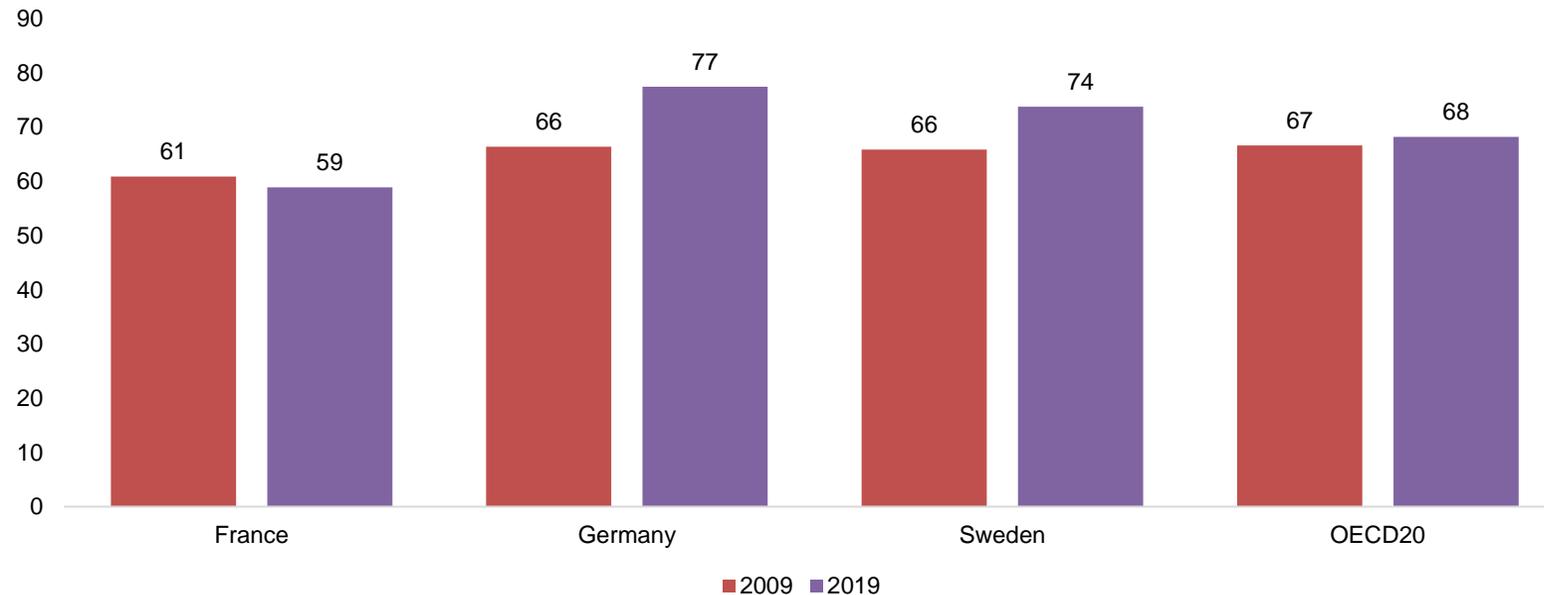
L'offerta è rimasta stabile nel tempo:

- **2017**: 54,4 PL ogni 1,000 abitanti 65+
- **2015**: 54,4 PL ogni 1,000 abitanti 65+

Per il **2021** l'offerta è leggermente diminuita: 53,9 PL ogni 1,000 abitanti 65+

# ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL DILEMMA DELLA RESIDENZIALITA'

% di beneficiari di misure di LTC over65 che ricevono servizi domiciliari



OECD non riporta il dato italiano: nel 2021 sarebbe pari a **77%**

dato che tuttavia sconta scarsa capacità di presa in carico via ADI

Fonte: OECD (2022, 2023). Health at a glance.

# GLI INVESTIMENTI SULLA LONG TERM CARE NEI DIVERSI PAESI

La spesa pubblica per LTC in % rispetto al PIL e la distribuzione della Spesa per principali interventi di LTC. Anno 2019

	Francia	Germania	Italia	Svezia
Spesa pubblica per LTC rispetto al PIL	1,9%	1,6%	1,7%	3,3%
Spesa pubblica per <b>residenzialità</b> sul totale della spesa pubblica per LTC	69,6%	35,7%	28,2%	52,6%
Spesa pubblica per <b>servizi domiciliari</b> sul totale della spesa pubblica per LTC	28,4%	23,5%	19,5%	44,7%
Spesa pubblica per <b>trasferimenti economici</b> sul totale della spesa pubblica per LTC	9,7%	40,8%	52,3%	2,6%

Fonte: elaborazione degli autori su Commissione Europea (2021)



1. Il sistema dell'assistenza agli anziani in Italia: dati e contesto 2024
2. Il sistema italiano comparato ad altri sistemi europei
3. Tentativi di riforma a livello europeo, cosa abbiamo capito



# QUALI RIFORME STANNO IMPLEMENTANDO GLI ALTRI PAESI EUROPEI?



## METODOLOGIA DI RICERCA



- Comparazione casi studio multipli, tramite:
  - **analisi documentale** (es. normativa nazionale o report OECD e Commissione Europea)
  - **dataset internazionali** (OECD ed Eurostat) sui **settori LTC nazionali**
  - recenti **riforme** o proposte di riforma.
- Paesi inclusi nell'analisi comparata:



FRANCIA



GERMANIA



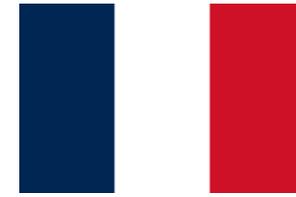
SVEZIA



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

	Francia 	Germania 	Svezia 
<b>Tasso di copertura</b>	In kind: 46% over65 NA Cash benefit: 0% over65 NA	In kind: 43% over65 NA Cash benefit: 61% over65 NA	In kind: 141% over65 NA Cash benefit: 111% over65 NA
<b>Risorse economiche complessive</b>	64,2 mld €, <b>2,6% del PIL</b> (2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervento pubblico: 33%</li> <li>• Assicurazioni obbl.: 46%</li> <li>• Assicurazioni vol.: 0%</li> <li>• Out-of-pocket: 21%</li> </ul>	89,5 mld €, <b>2,5% del PIL</b> (2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervento pubblico: 8%</li> <li>• Assicurazioni obbl.: 65%</li> <li>• Assicurazioni vol.: 4%</li> <li>• Out-of-pocket: 23%</li> </ul>	4,0 mld €, <b>2,8% del PIL</b> (2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervento pubblico: 94%</li> <li>• Assicurazioni obbl.: 0%</li> <li>• Assicurazioni vol.: 0%</li> <li>• Out-of-pocket: 6%</li> </ul>
<b>Risorse umane</b>	243.492 (headcount)* 1,8 ogni 100 over65* 214.377 (FTE)* <b>1,6 (FTE) ogni 100 over65*</b>	999.958 (headcount) 5,5 ogni 100 over65 723.007 (FTE) <b>4,0 (FTE) ogni 100 over65</b>	244.004 (headcount) 11,7 ogni 100 over65 187.288 (FTE) <b>9,0 (FTE) ogni 100 over 65</b>

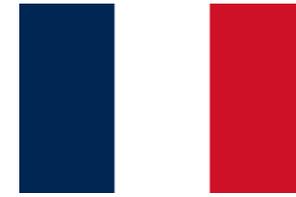


## ***2015: LEGGE SULL'ADATTAMENTO DELLA SOCIETÀ ALL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE.***

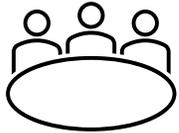
### **SI BASA SU TRE PILASTRI**

1. Investire sulla **PREVENZIONE** e anticipazione della perdita di autonomia
2. Adattamento della società all'invecchiamento attraverso
  - **RINNOVO DI 80.000 UNITÀ ABITATIVE PRIVATE ENTRO IL 2017**
  - **RESTAURO DELLE RESIDENZE SOCIALI PER L'AUTONOMIA**
3. Supportare le persone anziane che perdono autonomia, dando **PRIORITÀ ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE**

# IL SETTORE LTC IN FRANCIA: RECENTI RIFORME SERVIZI (2/2)



## 2019: PROCESSO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE



Si evidenzia elevato livello di spesa pubblica a fronte di un sistema percepito come **poco chiaro ed efficace**, con 3 principali proposte di miglioramento:

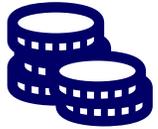
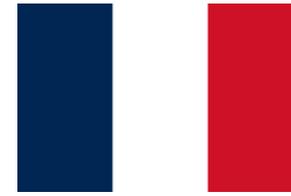
- **RIORGANIZZARE DIVERSE FONTI FINANZIAMENTO ESISTENTI** (modificare APA + integrare risorse sanitarie e sociali su residenzialità anziani per ridurre compartecipazione)
- **INNOVARE** servizi domiciliari e residenziali (creando 60.000 posti aggiuntivi in residenzialità)
- Aumentare il **SUPPORTO PER I 3,9 MILIONI DI CAREGIVER INFORMALI**

## 2021: RIFORMA ASSISTENZA DOMICILIARE



Riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare, **UNIFICANDO LE TRE TIPOLOGIE OGGI ESISTENTI** (SAAD, servizi domiciliari per anziani non autosufficienti, SSIAD, servizi infermieristici a domicilio, e SPASAD, servizi polivalenti al domicilio)

# IL SETTORE LTC IN FRANCIA: RISORSE ECONOMICHE E PERSONALE



## *Riforme recenti / Risorse economiche*

- Riforma 2021: riorganizzazione dei servizi di assistenza domiciliare, unificando le tre tipologie esistenti > **CON RELATIVA INTEGRAZIONE DELLE FONTI DI FINANZIAMENTO**



## *Riforme recenti / Personale*

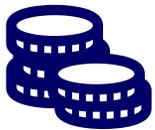
- Riforma 2021: **REVISIONE DEI CONTRATTI COLLETTIVI NAZIONALI** dei lavoratori del settore per adeguarli al costo della vita e alle nuove professionalità emergenti

# IL SETTORE LTC IN **GERMANIA**: MODELLI DI SERVIZIO E RISORSE ECONOMICHE



## *Riforme recenti | Modello di servizio* *Care Strengthening Act (2015-2017)*

- **NUOVA VALUTAZIONE DEL BISOGNO** di cura, ampliando il potenziale bacino di utenza: valutazione di disabilità fisiche e restrizioni dovute a malattie mentali o disturbi psicosomatici.
- **MAGGIORE FLESSIBILITÀ** nel combinare diversi tipi di servizi per rispondere alla personalizzazione



## *Riforme recenti | Risorse economiche*

- Con le riforme 2015-2017, **l'aliquota contributiva è stata** inizialmente **aumentata** dal 2,35 al 2,55 per cento, con un successivo aumento di 0,5 punti percentuali nel 2019.

# IL SETTORE LTC IN **GERMANIA**: RECENTI RIFORME PERSONALE



- Accordi con i **GOVERNI STRANIERI** per il reclutamento di professionisti (2019)
- Creazione dell'**AGENZIA TEDESCA PER I PROFESSIONISTI SANITARI E DELLA LTC** (2019)
- **MIGLIORAMENTO DEI SALARI E INTRODUZIONE DI UN SALARIO MINIMO** (2019 e 2022).
- Dal 2022 Assicurazioni possono contrattualizzare solo gestori che garantiscano il salario minimo ai propri professionisti.

# IL SETTORE LTC IN SVEZIA: MODELLO DI SERVIZIO



1. Sforzi di **COORDINAMENTO PIÙ EFFICACE ED EFFICIENTE TRA ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZA SOCIO-ASSISTENZIALE A LUNGO TERMINE.** → miglior coordinamento servizi sanitari regionali – comunali (assistenza ordinaria vs straordinaria)
2. Grossi investimento per **FAVORIRE LA PREVENZIONE**, attraverso:
  - **Attività fisica prescritta** dai medici
  - Sensibilizzazione rispetto su cadute e incidenti domestici (**figure ad hoc per supportare la popolazione anziana nella gestione della manutenzione dell'abitazione**)
3. Particolare attenzione alle attività di **STIMOLAZIONE SENSORIALE E CULTURALI ALL'INTERNO DEI SERVIZI RESIDENZIALI**

# IL SETTORE LTC IN SVEZIA: PERSONALE



- Dopo il periodo Covid-19, il Governo ha lanciato un importante programma politico **PER RAFFORZARE LE COMPETENZE DEL PERSONALE MEDICO-SANITARIO NELLE STRUTTURE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI.**
- Rispetto al personale, il dibattito ha anche affrontato la questione delle **COMPETENZE LINGUISTICHE**, essendo molti dipendenti socio-sanitari stranieri e non parlano fluentemente lo svedese (causando problemi di comunicazione).
  - Dopo la pandemia, alcune municipalità hanno imposto requisiti linguistici per coloro che lavorano nel settore

	Francia 	Germania 	Svezia 
<b>Riforme recenti più significative</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2015: focus su domiciliarità e prevenzione</li><li>• 2019-2021:<ul style="list-style-type: none"><li>• Integrazione fonti di finanziamento</li><li>• Riorganizzazione servizi (domiciliari)</li><li>• Attenzione a residenzialità</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Introduzione salario minimo nel settore LTC</li><li>• Valutazione multi-dimensionale a cui corrispondono diverse intensità e risorse</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sforzo di maggiore integrazione con il versante sanitario</li><li>• Attenzione al tema delle competenze linguistiche per gli operatori/operatrici del settore</li></ul>
<b>Punti di attenzione per l'Italia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Discussioni e traiettorie di riforma <b>SIMILI A QUELLE ITALIANE</b>, ma partite prima</li><li>• Da spostamento verso domiciliare a tendenza al <b>RIEQUILIBRIO DOMICILIARE-RESIDENZIALE</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salario minimo → tensioni nel <b>QUADRILEMMA DELLE POLITICHE DI CURA</b> (copertura bisogni, contenimento spesa, standard, lavoratori)</li><li>• Nuova Valutazione Multi-dimensionale Unificata necessaria per introdurre <b>PRESTAZIONI GRADUATE</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Modello svedese esempio concreto di <b>SBILANCIAMENTO VERSO DOMICILIARE</b> (a che condizioni?)</li><li>• Attenzioni ad aspetti di <b>PREVENZIONE E ACCESSIBILITÀ</b></li></ul>

- Nessun modello è «perfetto» e **NON È POSSIBILE «COPIA-INCOLLA»**: l'obiettivo dell'approfondimento è fornire spunti al dibattito in corso
- Tutti i Paesi analizzati dimostrano però che **IL TEMA È PRESENTE IN MODO ESPLICITO NEL DIBATTITO** politico e pubblico e molti aspetti critici sono già stati oggetto di interventi
- Ognuno dei cambiamenti introdotti in altri Paesi porta inevitabilmente alla **MODIFICA DEGLI EQUILIBRI RAGGIUNTI** (e necessità di aggiustamenti successivi)



# La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo

6° Rapporto Osservatorio Long Term Care



[https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oltc\\_](https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oltc_)



Università  
Ca' Foscari  
Venezia



Governance  
& Social Innovation

Prof Stefano  
Campostrini, PhD

*Direttore del Centro  
Governance & Social  
Innovation*

# BEN-fare 2024 iCare Europa

Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa

**23 - 24 ottobre**  
Castelnuovo del Garda (VR)

**Invecchiamento della popolazione: scenari globali, europei e italiani. Cambiamenti necessari ora e in prospettiva futura**

## Un mondo in rapido cambiamento...

- **Transizione epidemiologia e demografica**
- **Globalizzazione**
- **Cambiamento climatico**
- **Diseguaglianze**
- **Transizione tecnologica e digitale**



Fast changes and problems of adaptation

+

Pressure on some basic structure of the society

+

Fragility and vulnerability

+

Environmental threats (need for mitigation and adaptation)

+

Inequalities

+

Governance of digital transition and technology development



**CHANGES IN THE DEMAND  
FOR PUBLIC SERVICES**

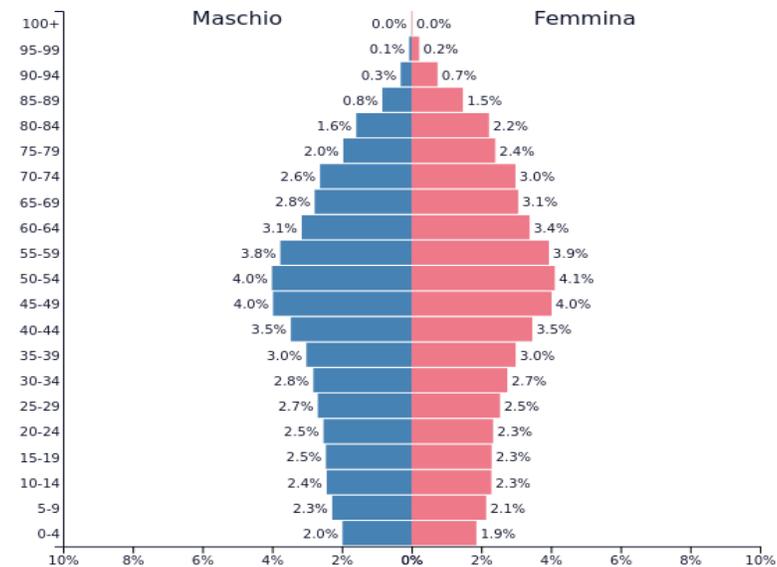
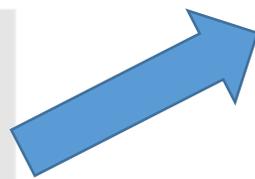
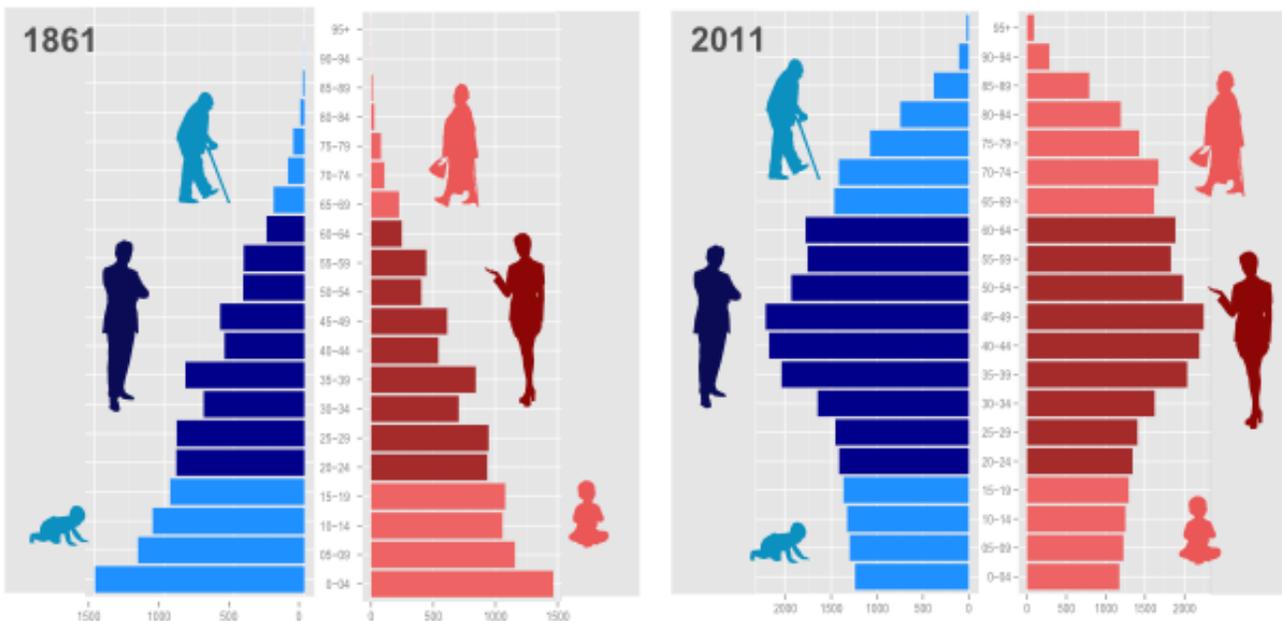


## LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

L'INVECCHIAMENTO della popolazione è effetto della combinazione di due fenomeni che in Italia risultano particolarmente accentuati negli ultimi anni:

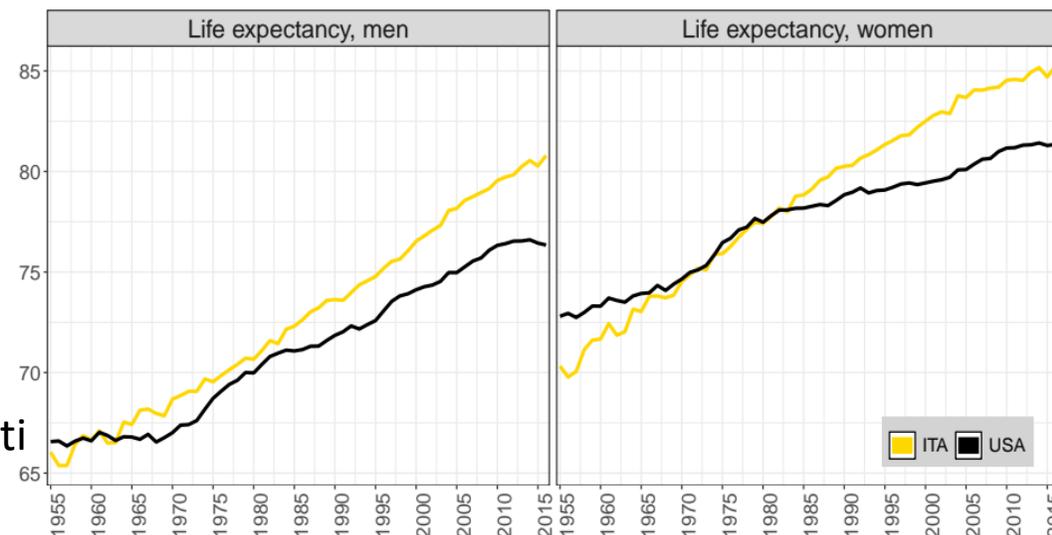
- LONGEVITA'
- RIDUZIONE DELLE NASCITE

## LA TRANSIZIONE DEMOGRAFICA



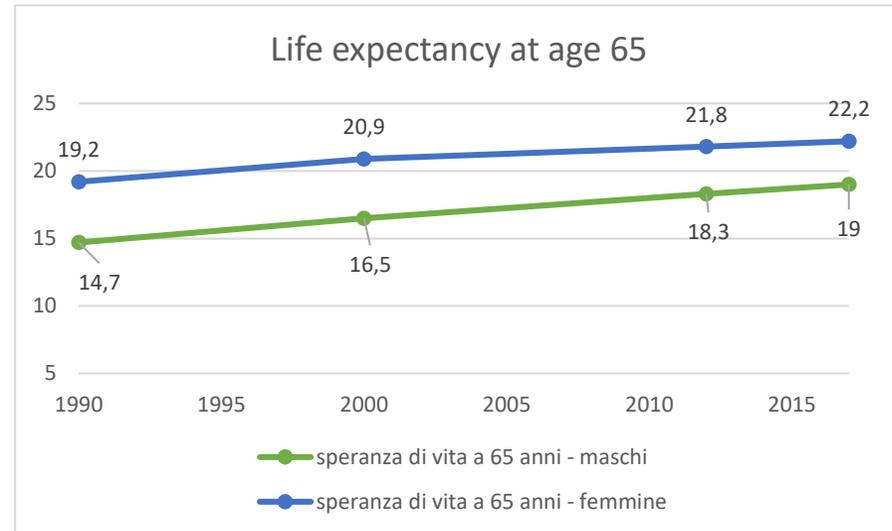
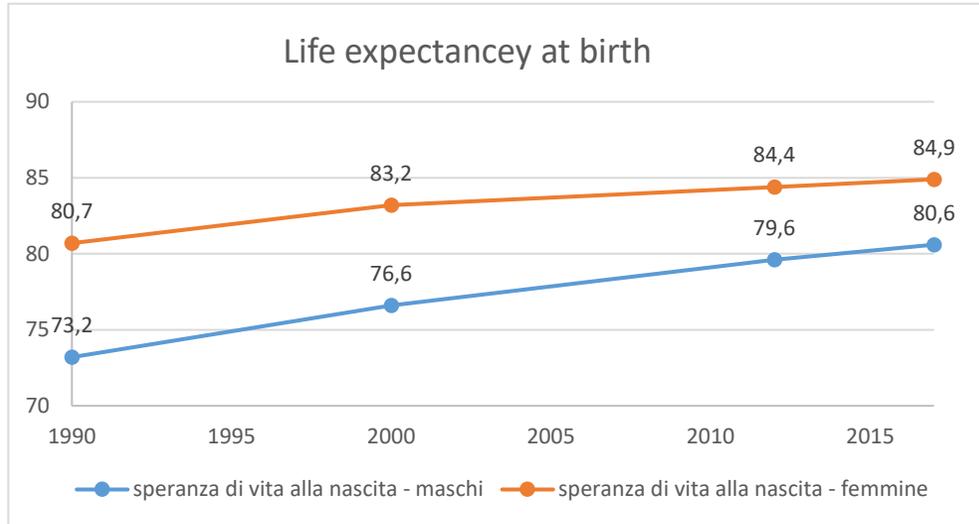
Italia - 2020  
Popolazione: : 60,461,827  
PopulationPyramid.net

Aspettativa di vita in Italia e Stati Uniti  
Source: Human Mortality Database



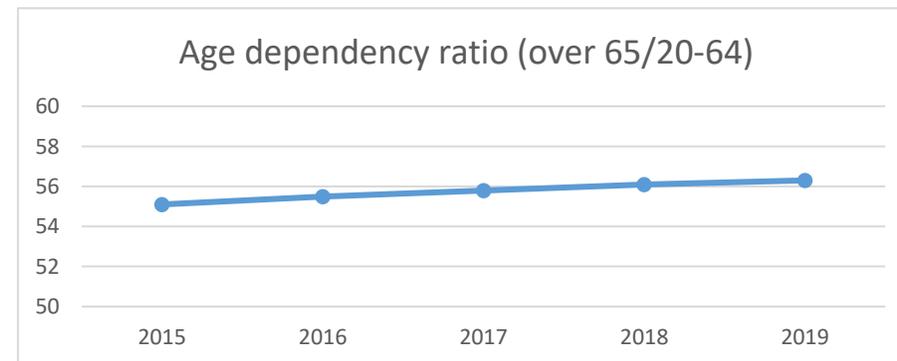
# L'invecchiamento in Italia

Aumento longevità – aspettativa di vita sia alla nascita che a 65 anni



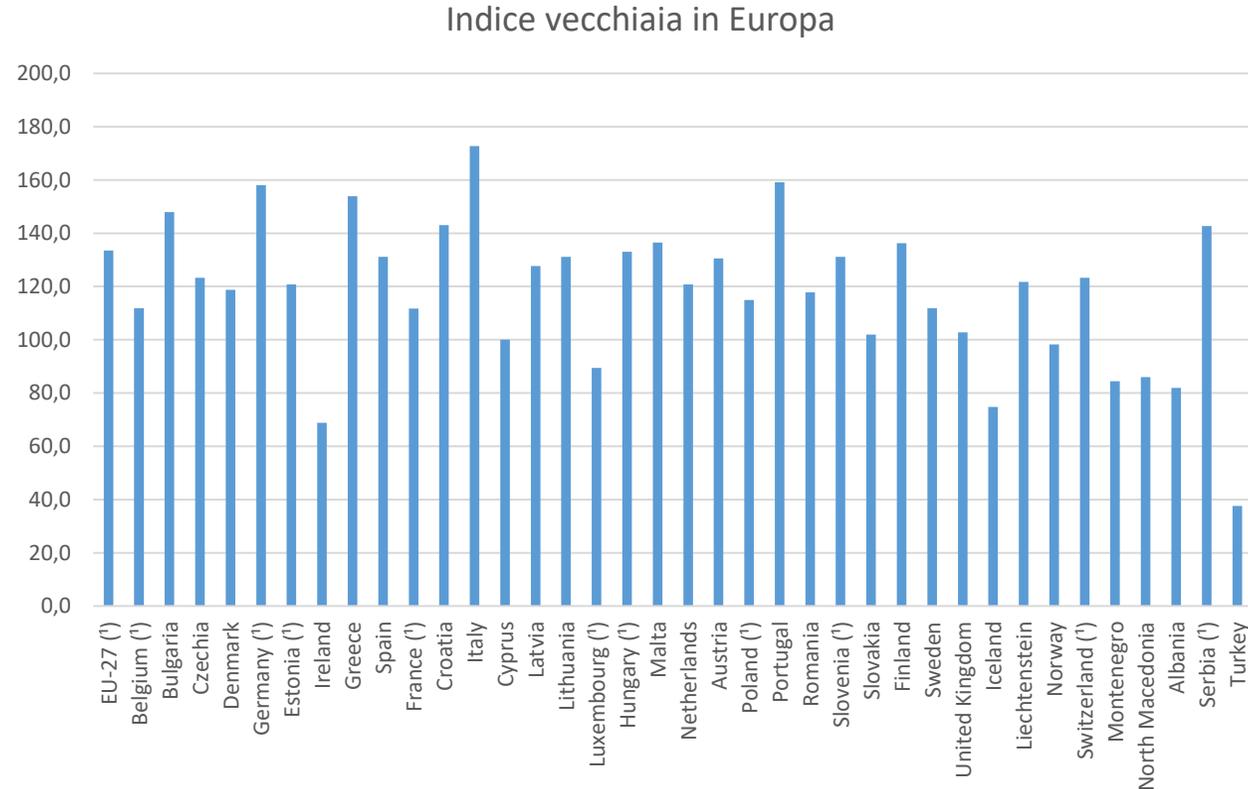
Speranza di vita  
in buona salute  
10,6 (dato 2023)

Ma anche nel l'indice di  
dipendenza strutturale



# Indice di vecchiaia

- 65 e più/ meno di 15 anni: **193** (Istat 2023)



International and  
local huge  
differences

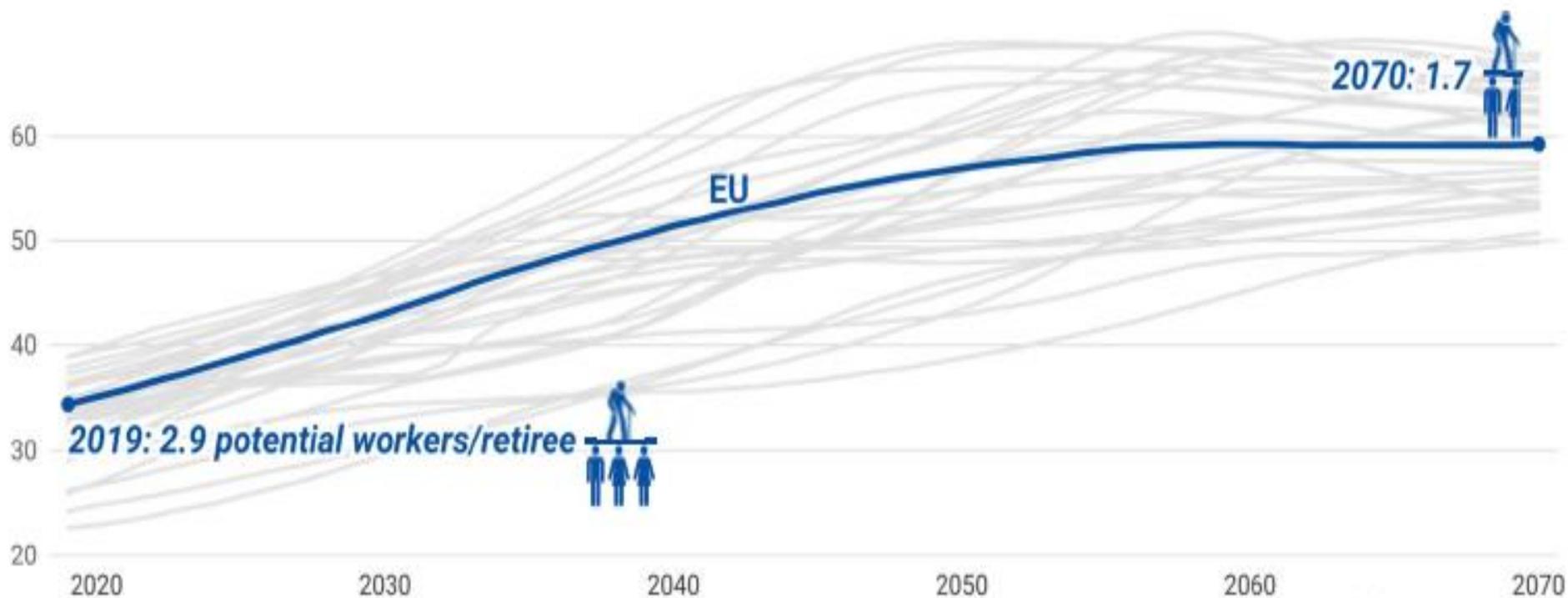
- Quasi raddoppiato dal 2000 (era 119 – 100 a metà degli anni '90)
- Era circa 40 negli anni '60

# Evolution in Europe

(Ageing Report 2021)

## Old-age dependency ratio (%)

number of people 65+ / number of people 20-64

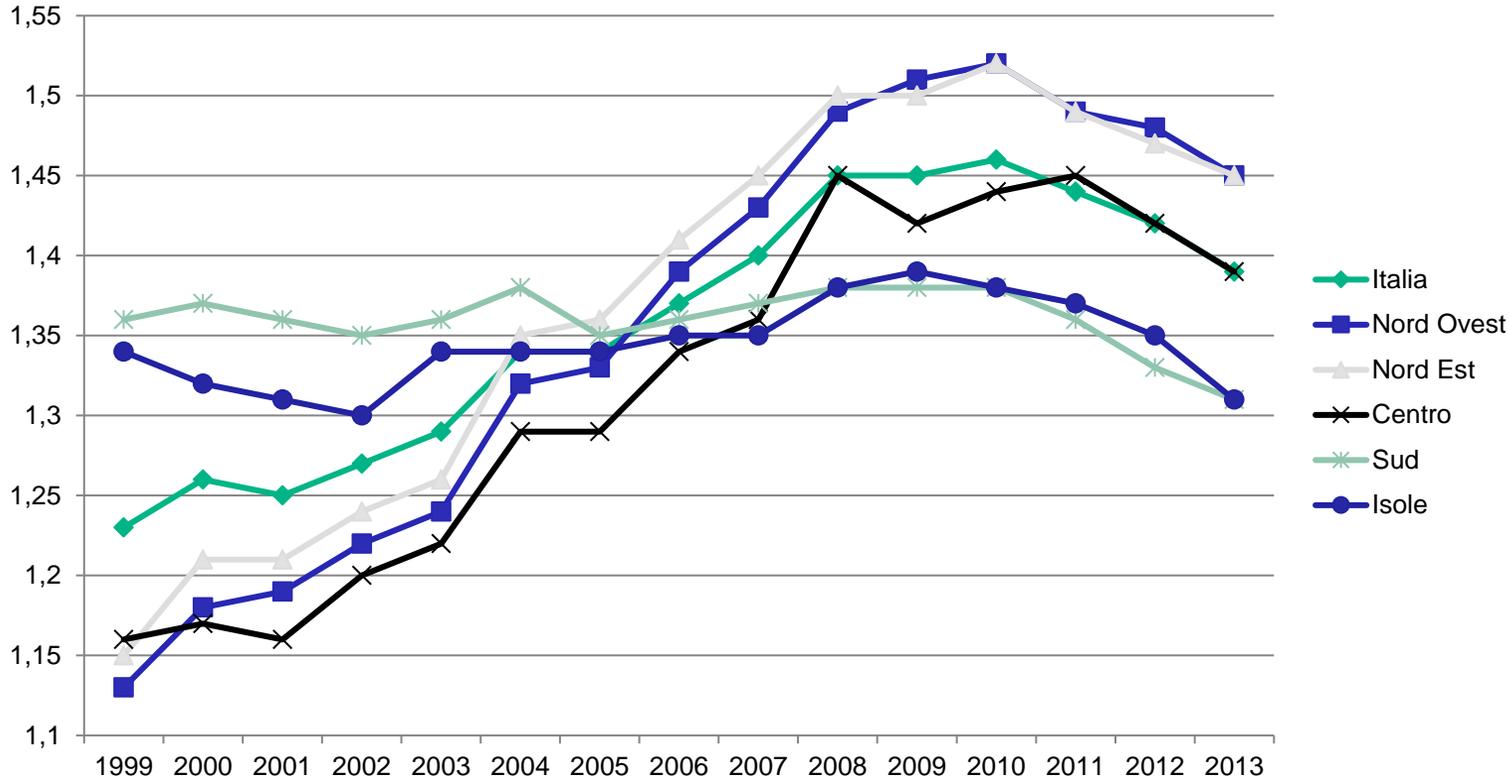


Source: Eurostat • Created with Datawrapper

# TOTAL FERTILITY RATE

## numero di figli per donna 1991-2013 per area geografica

Italy – 10° lowest in the world



Fonte: 1991 e 1995 Istat, Tavole di fecondità regionale; 2001-2013 Istat, Iscritti in Anagrafe per nascita

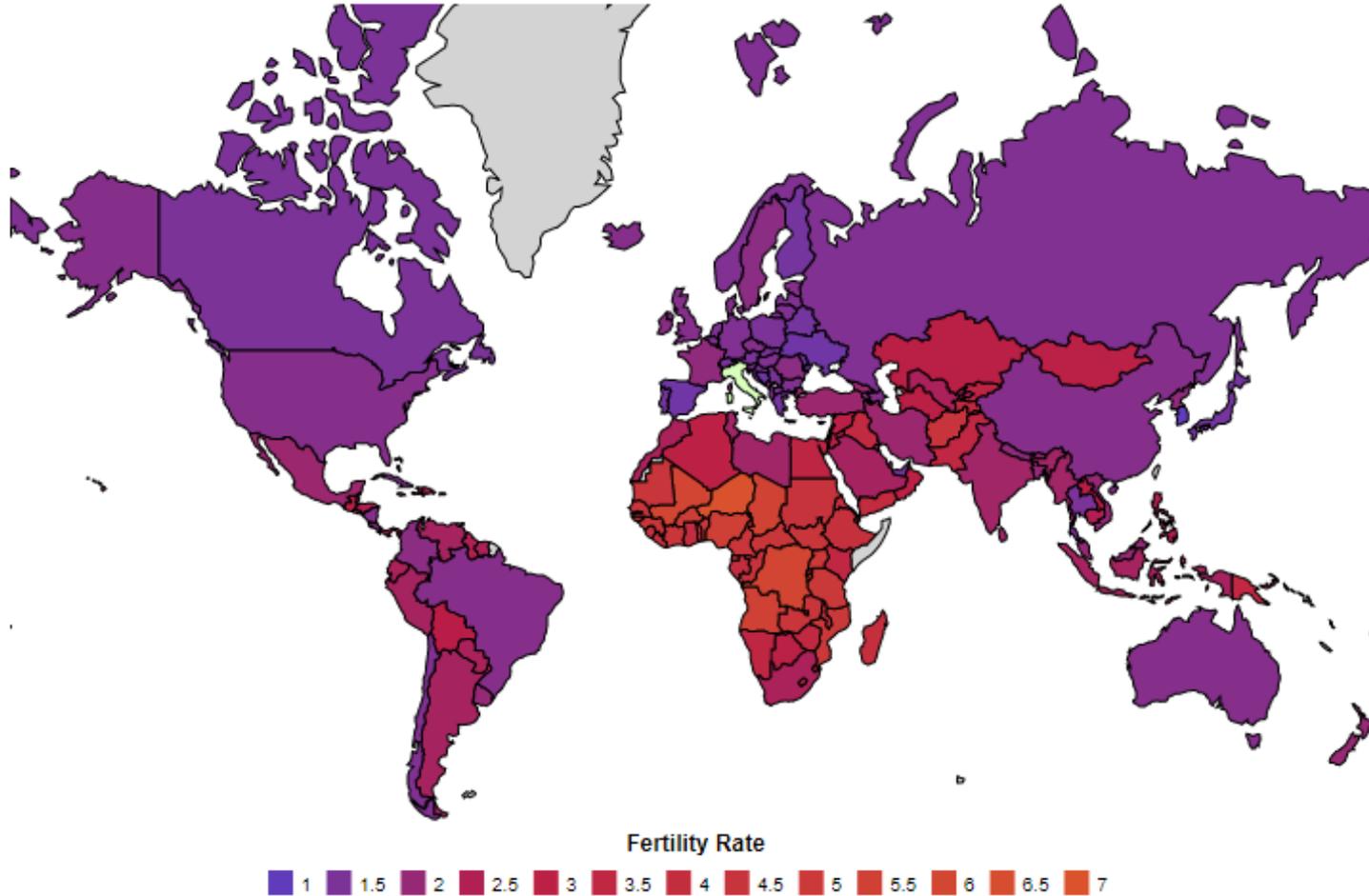
Country ranking by Intergovernmental organizations [edit]

2013 List by the World Bank [22]

Rank ↕	Country	Fertility rate in 2019 ↕ (births/woman)
1	Niger	6.824
2	Somalia	5.978
3	DR Congo	5.819
4	Mali	5.785
5	Chad	5.649
6	Angola	5.442
7	Burundi	5.321
8	Nigeria	5.317
9	Gambia	5.154
10	Burkina Faso	5.109
11	Tanzania	4.832

Israel 3.0  
 World 2.4  
**Population replacement 2.1**  
 France 1.9  
 Europe 1.5

Total Fertility Rate 2022

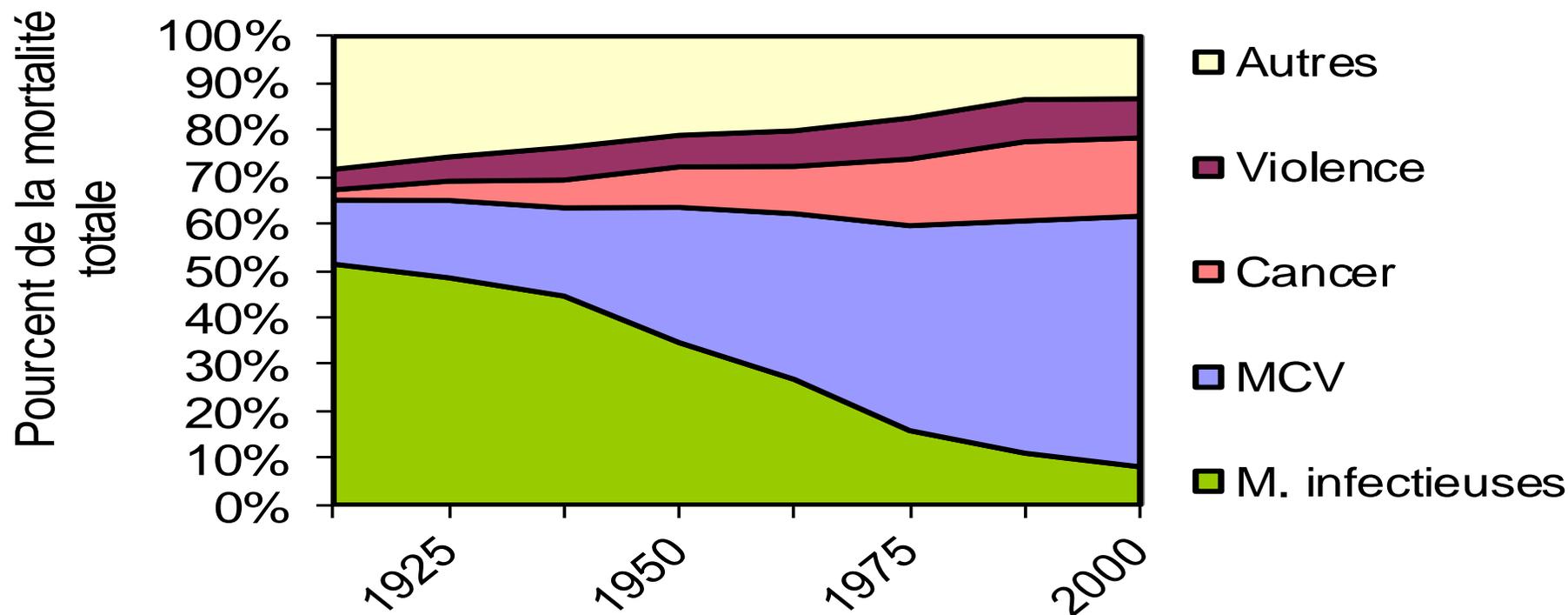


Italy

Rank: 178

Fertility Rate: 1.3

## LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA



IN ITALIA oltre l'**80%** delle morti è attribuibile a **malattie non trasmissibili** (MCC 35% Tumori 28% Respiratorie 8% demenze 5% diabete 3% - *media dati Istat 2018-19*)

# La combinazione di due mega trend:

TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA



TRANSIZIONE DEMOGRAFICA



CRESCITA DELLA DOMANDA

LATO DOMANDA  
Crisi reti primarie  
Effetti demografici  
sui caregiver  
...

LATO OFFERTA  
Crisi personale  
Meno giovani  
...

## TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA

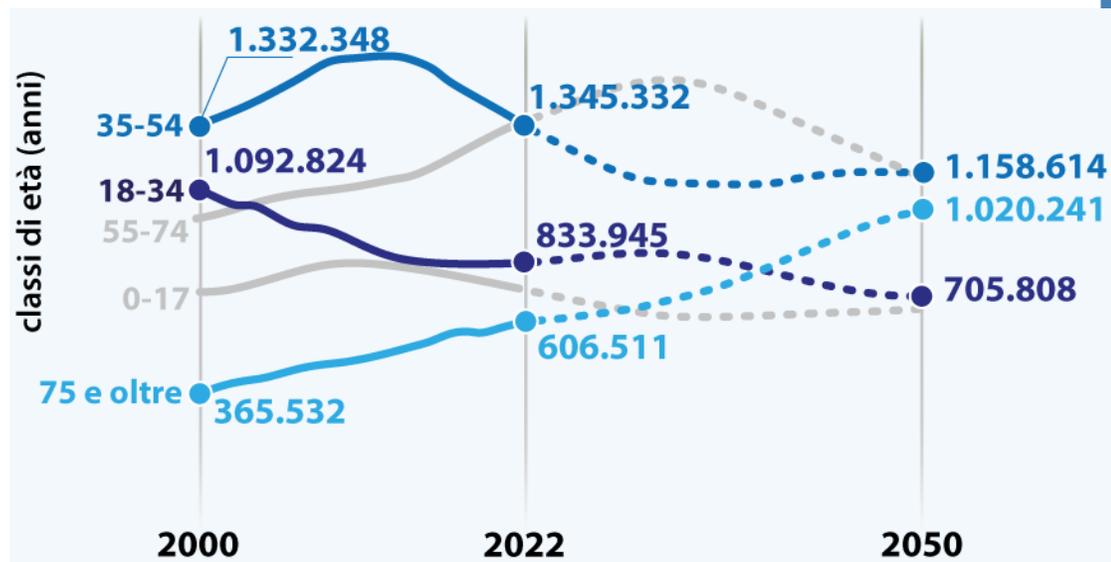


LATO DOMANDA  
Crisi reti primarie  
Effetti demografici  
sui caregiver  
...

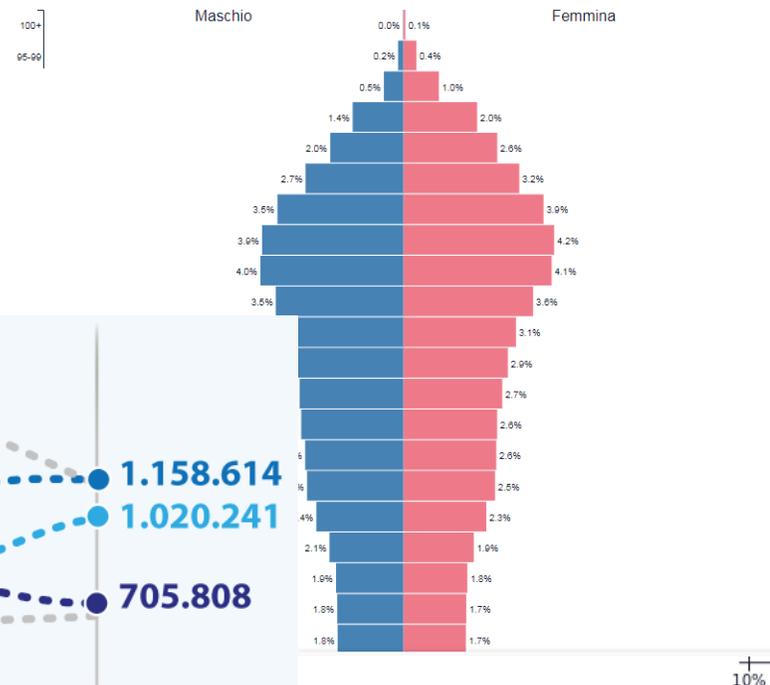
LATO OFFERTA  
Crisi personale  
Meno giovani  
...

# Come affrontare la sostenibilità del sistema?

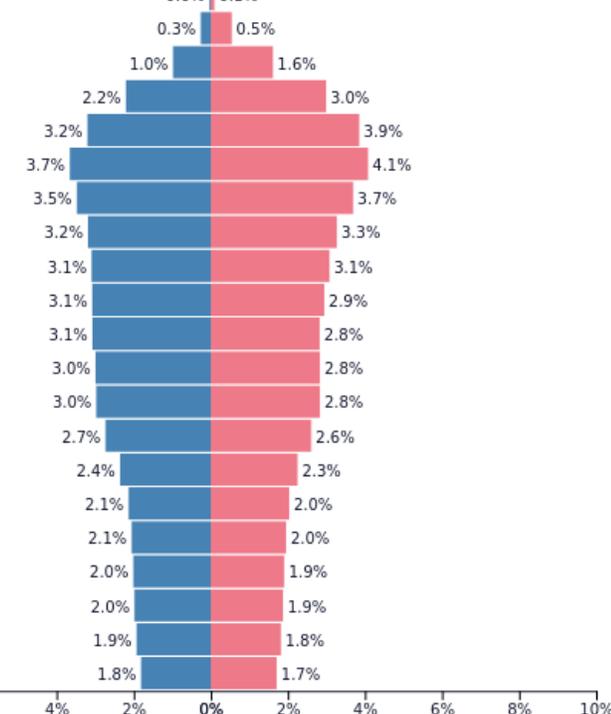
Popolazione per classe di età e previsioni. Veneto - Anni 2000:2050



2035 Popolazione: 56,462,485



Maschio 0.0% 0.1% Femmina 0.3% 0.5%



PopulationPyramid.net

Italia - 2050  
Popolazione: : 52,250,483

I dati di previsione sono al 31/12 di ogni anno. Previsioni Istat in base 1/1/2022, scenario mediano  
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

## La compressione della morbidità

La cronicità inizia più tardi nella vita?  
Coinvolge meno persone nella fascia  
anziana?

## L'uso delle tecnologie

Sono solo aumento di costi o  
possono portare ad un uso più  
razionale ed efficace delle risorse  
(scarse)?

## Formazione-lavoro-pensione

Invecchiamento, tecnologie,  
sostenibilità portano a ripensare  
alcuni paradigmi anche nel mondo  
del lavoro... come dovrebbero  
cambiare?

## La compressione della morbidità

- Investimenti di salute non solo sulle cure
- Promozione della salute più che prevenzione
- Salute in tutte le politiche
- Focus sulla comunità, meno sugli individui

## L'uso delle tecnologie

- Molte sono già sviluppate (consapevolezza)
- Bisogni formativi
- Aspetti organizzativi

## Formazione-lavoro-pensione

- Attenzione alle competenze (recruitment e formazione)
- Salario ma non solo
- Welfare aziendale
- Lavoro compatibile con l'età più anziane

Attenzione alla  
diseguaglianze!

# LA BUONA MALTA

**SABBIA**



**ACQUA**

**CEMENTO**

**SABBIA**

**Gli stili di vita**



**CEMENTO**

**Le tecnologie**

**ACQUA**

**La Comunità  
Gli ambienti di vita  
Il personale**

# LA BUONA MALTA

**SABBIA**

Gli stili di vita



**I modelli organizzativi  
(change management)**

**ACQUA**

La Comunità  
Gli ambienti di vita  
**Il personale**

**CEMENTO**

Le tecnologie

# LA BUONA MALTA

**SABBIA**

Gli stili di vita



**I modelli organizzativi  
(change management)**

**ACQUA**

La Comunità  
Gli ambienti di vita  
**Il personale**

**CEMENTO**

Le tecnologie



Università  
Ca' Foscari  
Venezia



# Grazie per l'attenzione

**Stefano Campostrini, Università Ca' Foscari Venezia**  
**Center Governance & Social Innovation Director**  
**Professor of Social Statistics**  
[stefano.campostrini@unive.it](mailto:stefano.campostrini@unive.it)





**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Telemedicina e Intelligenza artificiale per l'assistenza sanitaria primaria

A cura di: Ing. Luigi Morra  
*AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi  
Sanitari Regionali*

## **Agenas- Agenzia Nazionale per il servizio sanitario regionale**

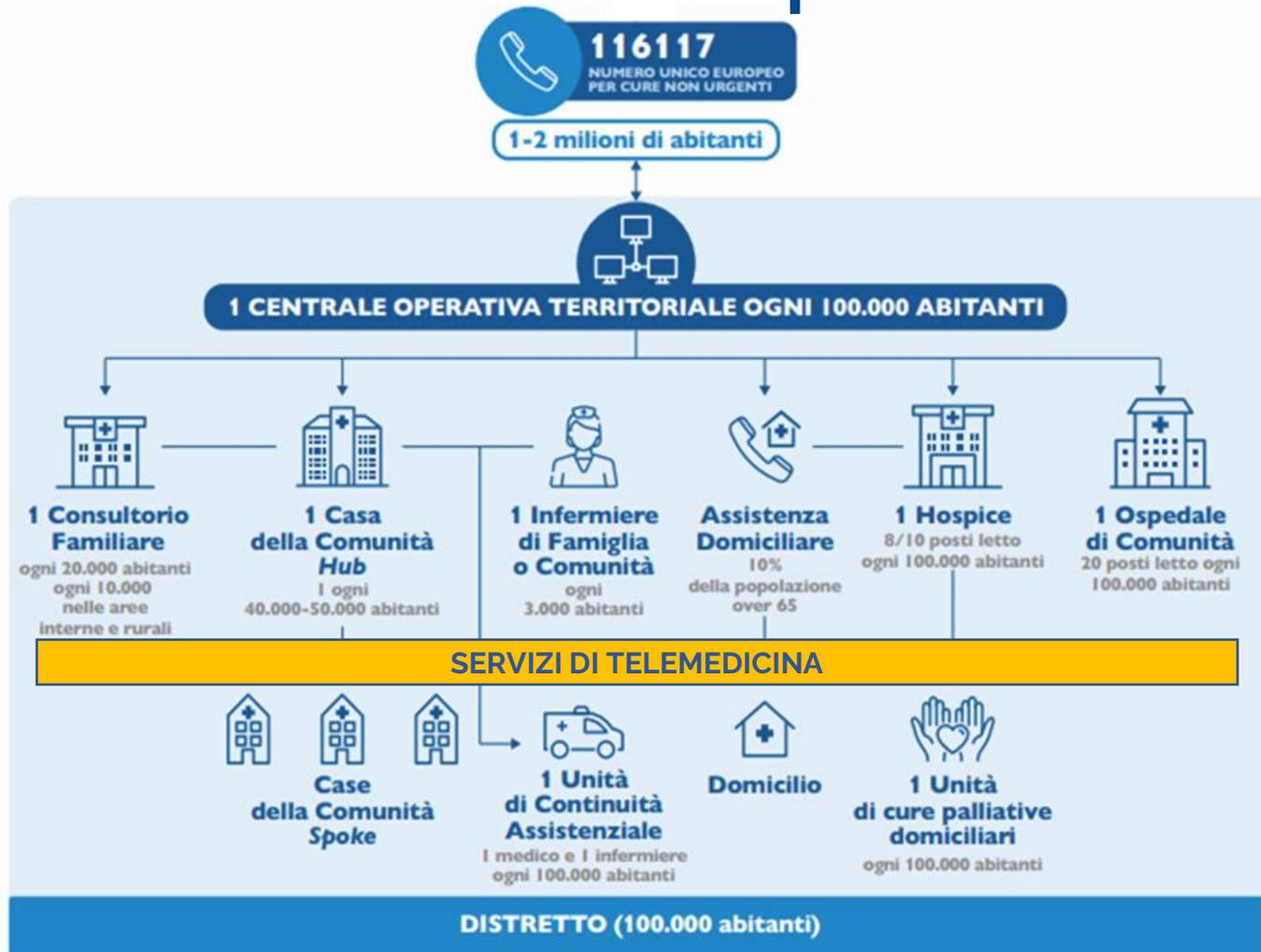
L'AGENAS è stata istituita con l'art. 5 del D.lgs. n. 266/93



### **I principali compiti di Agenas**

- Formazione (Educazione Continua in Medicina, ECM)
- Piani di rientro dal disavanzo sanitario
- Monitoraggio e valutazione delle performance dei servizi sanitari nelle componenti economico-gestionale, organizzativa, finanziaria e contabile
- Svolgimento e coordinamento del Programma nazionale di valutazione degli esiti
- Supporto nella revisione delle reti cliniche integrate ospedale-territorio
- Supporto tecnico-operativo al Ministero della salute, nell'ambito del SiVeAS,
- Attività di ricerca corrente e finalizzata finanziate dal Ministero della salute
- Health Technology Assessment (HTA)

# Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)



Missione 6 Componente 1:

Reti di Prossimità, strutture e telemedicina



Milestone EU – T2 2022

La definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di Assistenza Sanitaria Territoriale

DM n. 77 del 23 maggio 2022 Pubblicato in G.U. - n. 144 del 22/06/2022

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari locali.

Il Distretto è deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie.

Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

# Casa della Comunità

1 Casa della Comunità Hub ogni 40.000 – 50.000 abitanti

7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità  
 5-8 Unità di Personale di supporto (amministrativo, sociosanitario)  
 1 Assistente sociale

● **Organizzazione** capillare su tutto il territorio

Struttura fisica in cui opera **un'équipe multiprofessionale** di:

- MMG e PLS
- Medici specialisti
- Infermieri di Famiglia o Comunità
- Altri professionisti della salute
- Assistenti sociali

● Punto di **riferimento continuativo per la popolazione** che permette di garantire la presa in carico della comunità di riferimento anche attraverso:

- Una infrastruttura informatica
- Un punto prelievi
- La strumentazione polispecialistica e diagnostica di base



## Modello Hub&Spoke

Servizi	CdC hub	CdC spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)		OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso		OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare		OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza		OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici		OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale		OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali		OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione		OBBLIGATORIO
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori		FACOLTATIVO
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)		FACOLTATIVO
Programmi di screening		FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza		RACCOMANDATO
Medicina dello sport		RACCOMANDATO

# Ospedale di Comunità

## 1 OdC (20 posti letto) ogni 100.000 abitanti

4,5 ore/die medico

1 Coordinatore infermieristico

7-9 Infermieri di Famiglia o Comunità

4-6 Operatori socio-sanitari

1-2 Altro Personale sanitario

- L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla **rete di offerta dell'Assistenza Territoriale** e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di **evitare ricoveri ospedalieri impropri** o di **favorire dimissioni protette** in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.



Ospedale per acuti

3 posti letto ogni 1000  
ab



Ospedale post-acuti

0,7 posti letto ogni 1000  
ab



Ospedale di Comunità

0,2 posti letto ogni 1000  
ab

## Centrale Operativa Territoriale

**1 Centrale Operativa Territoriale** ogni **100.000 abitanti** o comunque a **valenza distrettuale**, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

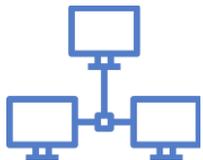
La **Centrale Operativa Territoriale** si occupa della raccolta, **gestione e monitoraggio dei dati di salute anche attraverso strumenti di telemedicina** e della gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona.



**Dispositivi medici** al domicilio del paziente



**Televisita, telemonitoraggio, teleassistenza etc...**



**Interconnessione aziendale** con altre strutture e servizi aziendali

**1 Coordinatore infermieristico**  
**3-5 Infermieri di Famiglia o Comunità**  
**1-2 Unità di Personale di supporto**  
(amministrativo, sociosanitario)



**Assistenza domiciliare**

# Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)

## 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti

Secondo il **DM n.77/2022**: L'IFoC è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del **sistema dell'assistenza sanitaria territoriale** nei diversi **setting assistenziali** in cui essa si articola

### CASA DELLA COMUNITÀ



Standard:

- 7-11 IFoC

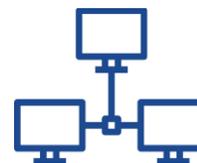
### OSPEDALE DI COMUNITÀ



Standard:

- 7-9 IFoC (di cui 1 Coordinatore Infermieristico)

### CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE



Standard:

- 1 Coordinatore Infermieristico
- 3-5 IFoC

### UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE



Standard:

- 1 Infermiere ogni 100.000 ab (600 IFoC)

# Agenas: Agenzia di Sanità Digitale

Legge n 25 pubblicata il 28 marzo 2022 nomina Agenas quale Agenzia di Sanità Digitale e ne definisce le funzioni

## Linee Guida per interoperabilità

Predisposizione, pubblicazione e aggiornamento, previa approvazione del Ministero della salute e del Ministero delegato per l'innovazione tecnologica e transizione digitale, di **LG che assicurino la raccolta e l'interscambio di dati sanitari da parte degli enti SSN**



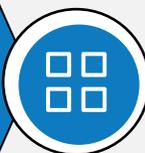
## Monitoraggio attuazione Linee Guida

Monitoraggio sull'attuazione delle **LG** di cui sopra e controllo della qualità dei dati sanitari raccolti



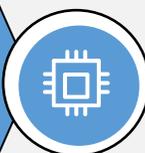
## Digitalizzazione del SSN

Promozione e realizzazione di servizi basati sui dati destinati agli assistiti e agli operatori al fine di assicurare strumenti di consultazione dei dati sul territorio nazionale



## Certificazione dei software

Certificazione di soluzioni IT che realizzano servizi sanitari digitali



Le funzioni affidate a AGENAS

## Gestione Piattaforma Nazionale di Telemedicina

Realizzazione e gestione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina



## Valutazione richieste consultazione dati EDS per finalità di ricerca

Supporto al Ministero della Salute per la **valutazione delle richieste di terzi per finalità di ricerca dei dati raccolti**



## Supporto alla Cabina di Regia NSIS

Supporto alla Cabina di regia del Nuovo Sistema informativo Sanitario (NSIS)



## Proposta delle tariffe telemedicina e periodico aggiornamento

Proposta per la **fissazione e il periodico aggiornamento delle tariffe per i servizi di telemedicina**, da approvare con decreto del Ministro della salute



# Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: Interventi e Risorse

## Missione 6 «Salute» Componente 1 «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale»

\* Decreto MEF 23 Novembre 2021 (Allegato 2)

\* Accordo, ai sensi dell'art. 15 Legge 7 agosto 1990 n.241, tra MdS, AGENAS e Dipartimento per la trasformazione digitale, 31 dicembre 2021

**AGENAS  
Soggetto  
Attuatore\***



Missione 6 Componente 1			
Investimenti e sub-investimenti			
<b>1.1</b>	Casa della Comunità e presa in carico della persona		
<b>1.2</b>	Casa come primo luogo di cura e telemedicina		
	<b>1.2.1</b>	Assistenza Domiciliare	
	<b>1.2.2</b>	Centrali operative territoriali (COT)	
	di cui	<b>1.2.2.1</b>	<i>COT</i>
	di cui	<b>1.2.2.2</b>	<i>Interconnessione aziendale</i>
	di cui	<b>1.2.2.3</b>	<i>device</i>
	di cui	<b>1.2.2.4</b>	<b>Intelligenza artificiale</b>
	di cui	<b>1.2.2.5</b>	<b>Portale della trasparenza</b>
	<b>1.2.3</b>	<b>Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici</b>	
	di cui	<b>1.2.3.1</b>	<b>Piattaforma di telemedicina</b>
	di cui	<b>1.2.3.2</b>	<b>Servizi di telemedicina</b>
<b>1.3</b>	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)		

# Telemedicina

Investimento da 1,5 mld di €, rimodulazione approvata da Ecofin 8 dicembre 2023

## Piattaforma di Telemedicina 250 €/Mln\*

Funzionalità collaudate il 30 novembre 2023:

- Governo e validazione delle soluzioni;
- Workflow clinico
- Codifiche e standard terminologici
- Valutazione degli outcome di utilizzo

La piena operatività della PNT è legata alla pubblicazione del decreto «Telemedicina – PNT» coerentemente con la realizzazione dell'interoperabilità con FSE/EDS.

! **DECRETO Telemedicina – PNT**



## Servizi di Telemedicina 1250 €/Mln\*

Infrastruttura Regionale di Telemedicina (software) oggetto della gara di Regione Lombardia:

- Televisita
- Teleconsulto
- Teleassistenza
- Telemonitoraggio/Telecontrollo per diabetologia, neurologia, pneumologia, cardiologia e oncologia.

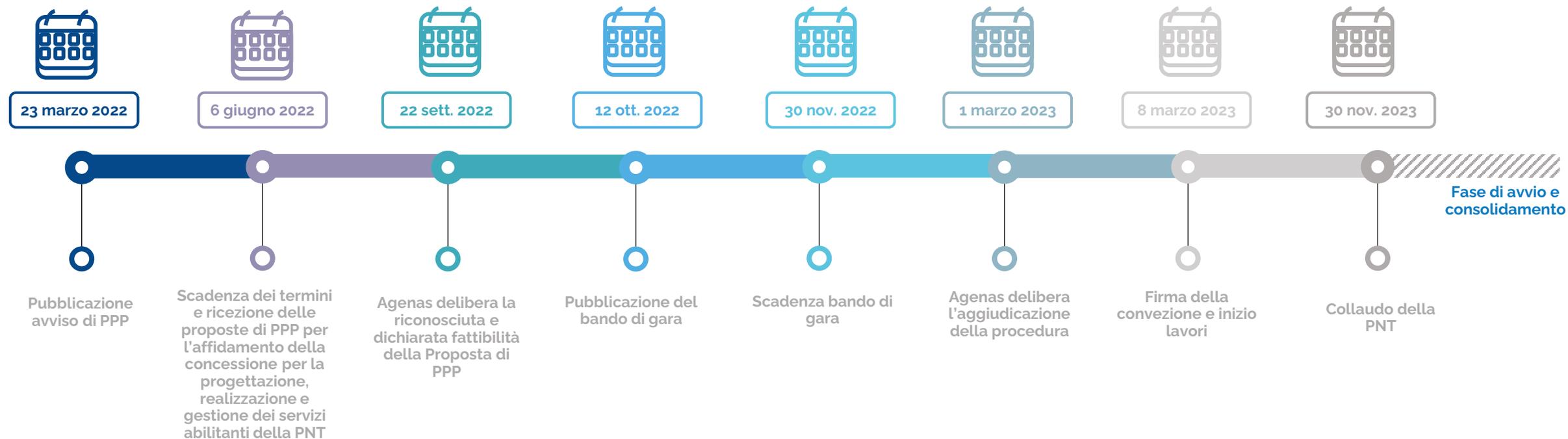
! **Aggiudicato l'8 maggio 2024**

Postazioni e relativa logistica (hardware), oggetto della gara di Regione Puglia.

! **Aggiudicazione in corso**

# PNT: la progettazione e l'attuazione dell'investimento

Cronoprogramma e prossimi passi per la realizzazione della Infrastruttura Nazionale di Telemedicina



## I prossimi passi

### Entro il 30 dicembre 2024

- Validazione soluzioni regionali di telemedicina con regioni pilota
- Monitoraggio target intermedio T4-2024



**30 novembre 2025**  
Fine fase di avvio e consolidamento



**1 dicembre 2025**  
Fase di gestione a regime

# Le funzionalità dell'Infrastruttura Nazionale di Telemedicina

Attraverso i servizi abilitanti l'INT permette il governo della telemedicina



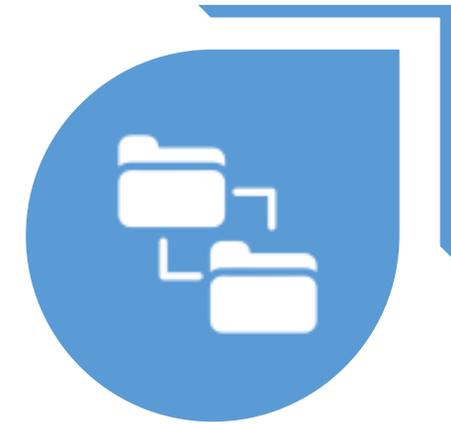
## Area monitoraggio e reportistica

Permette di **monitorare l'attuazione e misurare** i reali benefici e risultati conseguiti



## Gestione soluzioni Telemedicina

Le soluzioni di Telemedicina devono rispondere a **standard tecnici, organizzativi e funzionali**



## Business Glossary

**Sistema comune di codifiche** che **facilita e abilita l'integrazione** tra sistemi e la **normalizzazione** dei dati

# I professionisti sanitari coinvolti e i servizi della Telemedicina

## I professionisti sanitari e i servizi previsti nel PNRR.

### Infrastruttura

#### Nazionale di Telemedicina

250 €/Mln



### I servizi abilitanti



Business Glossary



Motore di Workflow a livello dei servizi abilitanti



Cruscotto di Governo



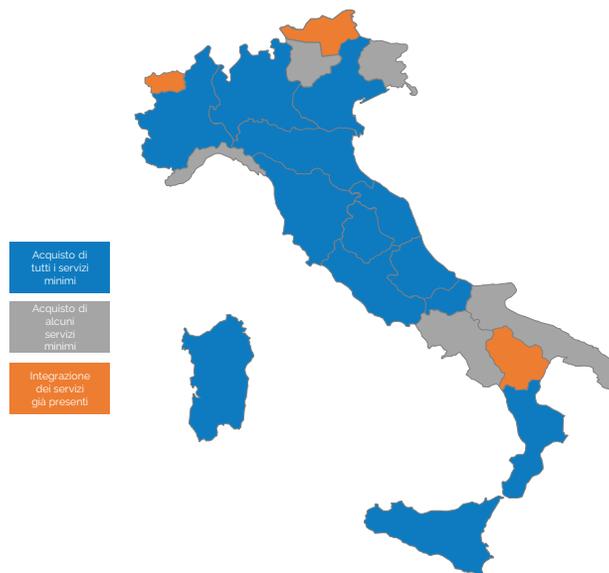
Validazione delle soluzioni

### Infrastruttura

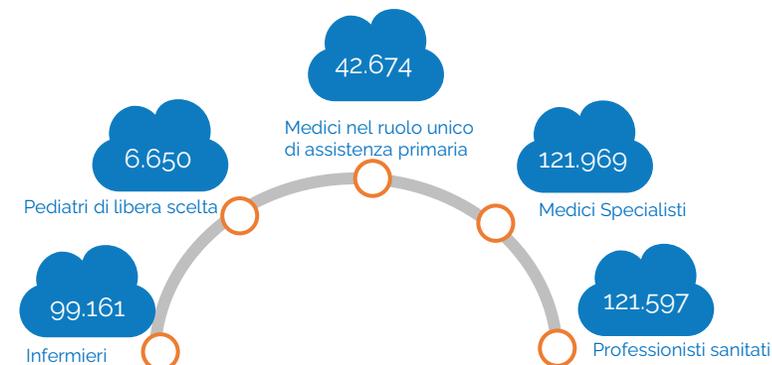
#### Regionale di Telemedicina

1.250 €/Mln

### I servizi minimi acquistati da Regioni e PP.AA.

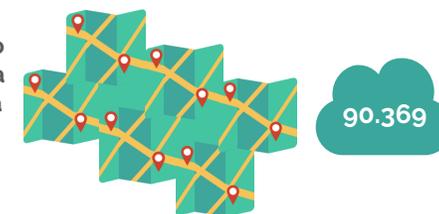


### I professionisti sanitari coinvolti



### Le postazioni per l'erogazione delle prestazioni

- Farmacie Rurali
- Medici nel ruolo unico di assistenza primaria /Pediatri libera scelta
- Case di Comunità
- COT
- Ospedali di Comunità
- Enti Sanitari



### Tipologie di postazioni



Computer all-in one  
Computer all-in one + monitor  
Notebook



## Modelli Organizzativi regionali: il ruolo di AGENAS

**T4  
2023**

Almeno **un progetto per Regione e PP.AA.** sulla telemedicina come strumento di supporto nella gestione dei pazienti

**STRATEGIA NAZIONALE DI TELEMEDICINA PER IL RAGGIUNGIMENTO DEL TARGET M6C1-8****Decreto interministeriale del 21.09.2022**

Approvazione delle **Linee Guida**, predisposte da AGENAS, che stabiliscono i **requisiti funzionali** e i **livelli di servizio** per la progettazione dei servizi di telemedicina da parte di Regioni e Province Autonome

**Decreto interministeriale del 30.09.2022**

Sono definite le Linee Guida per la definizione dei **Progetti Regionali**:

- **Piani Operativi**
- **Modelli organizzativi**

# Le gare dei Servizi di Telemedicina

Decreto Interministeriale – 30 settembre 2022



I **Servizi di Telemedicina regionali**, come descritto nel DM 30 settembre 2022, sono realizzati e acquisiti attraverso le **gare delle regioni capofila – Lombardia e Puglia – che agiranno da soggetto aggregatore**, su delega di AGENAS quale soggetto attuatore del sub-investimento.



Le gare svolte dalle due regioni capofila sono state avviate a seguito della **raccolta del fabbisogno** di tutte le Regioni e PP.AA., attraverso una procedura informatizzata da parte di AGENAS,



Le Regioni e PP.AA, hanno poi deliberato il **Piano Operativo Regionale (POR)** e il **Modello Organizzativo dei Servizi di Telemedicina**

## Il piano operativo dei servizi di Telemedicina

Le Regioni/PP.AA. nei Piani Operativi Regionali/Provinciali dei Servizi minimi Telemedicina hanno definito:

### Definizione della programmazione regionale/provinciale

Le Regioni/ Province autonome hanno definito:

- Servizi di telemedicina attualmente attivi
- Servizi di telemedicina da acquistare/implementare con i fondi PNRR
- Servizi di telemedicina da implementare con altri fondi

### Definizione del numero di professionisti

Tipologie di professionisti:

- **Medici di Medicina Generale (MMG)**
- **Pediatri di Libera Scelta (PLS)**
- **Medici Specialisti**
- **Altri Professionisti Sanitari**

**I Professionisti Sanitari territoriali, avranno un'utenza** per erogare servizi di telemedicina.

Il singolo **studio medico**, punto spoke dell'assistenza sanitaria territoriale, **sarà in rete con la Casa della Comunità** hub di riferimento.

### Definizione del numero di postazioni di lavoro

Sono state definite:

- **Postazioni di lavoro**
- **Numero di utenze in funzione delle tipologie**

## I servizi minimi di Telemedicina acquistati da Regioni e PP.AA.

13

Acquistano tutti i servizi minimi

Le Regioni e PA acquisteranno i servizi minimi tramite le procedure di gara delle Regioni Capofila

5

Acquistano alcuni i servizi minimi

Le Regioni e PA acquisteranno alcuni servizi minimi tramite le procedure di gara delle Regioni Capofila e intragreranno gli altri servizi

3

Integrano i propri i servizi già attivi

Le Regioni e PA intragreranno i servizi di telemedicina già attivi



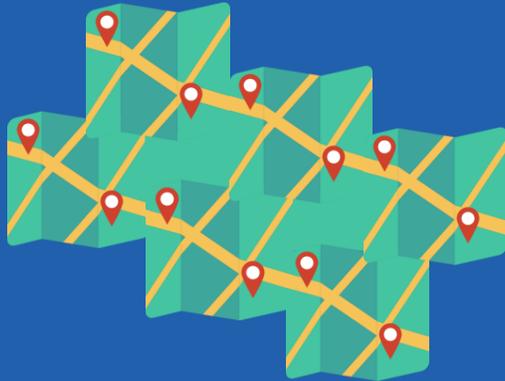
# I professionisti sanitari e le postazioni di Telemedicina al 2025



# Le postazioni dell'infrastruttura regionale di Telemedicina

Il numero di postazioni e le tipologie nelle strutture sanitarie

## Le postazioni presenti nelle strutture sanitarie



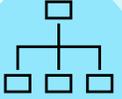
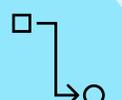
Farmacie Rurali	1
Medico nel ruolo unico di assistenza primaria/	
Pediatra di Libera scelta	1
Case di Comunità	4
COT	1
Ospedali di Comunità	1
Enti Sanitari	1

## Le tipologie di postazioni



Computer all-in one  
Computer all-in one + monitor  
Notebook

# Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione

	<b>Modello di governance</b>	Definizione di <b>ruoli, strutture e meccanismi</b> per il <b>governo</b> dell' <b>implementazione e gestione</b> della telemedicina a livello regionale
	<b>Ruolo delle farmacie</b>	Disegno del <b>ruolo delle farmacie</b> , che concorrono all'erogazione dei servizi di telemedicina in quanto <b>attore di prossimità</b>
	<b>Centro servizi e logistica dei dispositivi</b>	Disegno del <b>ruolo del centro servizi</b> e delle sue funzioni come attore a supporto operativo e definizione dei <b>processi logistici per i dispositivi</b> di telemonitoraggio
	<b>Formazione dei professionisti</b>	Definizione delle modalità e degli strumenti per la <b>formazione e l'aggiornamento dei professionisti</b> sulla telemedicina, sulla base dell'assessment dei fabbisogni formativi
	<b>Eleggibilità e (in)formazione dei pazienti</b>	Definizione dei <b>criteri di eleggibilità</b> dei pazienti per la telemedicina e di piani per <b>informare e formare i cittadini-pazienti</b> , in modo da favorire una corretta diffusione dei servizi tra gli utenti
	<b>Monitoraggio</b>	Definizione di <b>parametri di monitoraggio</b> (in termini di outcome di salute, esperienza e di diffusione) e degli <b>strumenti</b> per la loro rilevazione e valorizzazione

## Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione

**Definizione generale del servizio di telemedicina**

**Modello organizzativo**

**Attori dei servizi di telemedicina e strutture coinvolte**

**Cronoprogramma di attività**

**Modalità di monitoraggio**

Definizione generale del servizio di telemedicina

Modello organizzativo

Attori dei servizi di telemedicina e strutture coinvolte

Cronoprogramma di attività

Modalità di monitoraggio

## Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione

- Descrizione dei **servizi** da implementare per le singole patologie e setting assistenziali
- Definire le **finalità** del servizio e gli **ambiti** principali **di applicazione**
- Descrizione delle modalità di **acquisizione o di aggiornamento/integrazione** dei servizi attivi, con focus sui servizi da integrare in riferimento al DM del 21 settembre 2022

## Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione

Descrizione del **modello organizzativo** del servizio, con riferimento al DM del 29 aprile 2022 e al DM del 30 settembre.

Descrivendo nello specifico:

- Condizione clinica e carico di malattia
- Popolazione di riferimento
- Modalità di erogazione
- Parametri da monitorare/controllare
- Professionisti della salute e branche specialistiche coinvolti/e
- Formazione personale sanitario all'utilizzo degli strumenti di telemedicina
- Valutazione e formazione delle competenze informatiche di pazienti e caregiver

Definizione generale del servizio di telemedicina

**Modello organizzativo**

Attori dei servizi di telemedicina e strutture coinvolte

Cronoprogramma di attività

Modalità di monitoraggio



Definizione generale del servizio di telemedicina

Modello organizzativo

**Attori dei servizi di telemedicina e strutture coinvolte**

Cronoprogramma di attività

Modalità di monitoraggio

## Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione

- Definizione degli **attori** coinvolti suddivisi per tipologia di servizio
- Definizione della **matrice RACI** di Responsabilità (in riferimento del DM del 29 aprile 2022) e dei **profili di abilitazione**
- Descrizione dei servizi di telemedicina da implementare facendo riferimento al contesto organizzativo della **rete delle strutture territoriali**, così come previsto da DM 77/2022, facendo in particolare riferimento a CdC, COT, OdC, UCA e ADI



Definizione generale del servizio di telemedicina

Modello organizzativo

Attori dei servizi di telemedicina e strutture coinvolte

**Cronoprogramma di attività**

Modalità di monitoraggio

## Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione

- Definizione del **cronoprogramma** che la Regione/P.A. vuole adottare per l'implementazione dei servizi di Telemedicina
- Definizione delle **curve di adozione** per la presa in carico/coinvolgimento di pazienti e professionisti sanitari, in relazione all'obiettivo regionale indicato nel Piano Operativo di Telemedicina e le modalità di sviluppo del servizio in futuro

Definizione generale del servizio di telemedicina

Modello organizzativo

Attori dei servizi di telemedicina e strutture coinvolte

Cronoprogramma di attività

**Modalità di monitoraggio**

## Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione

Definizione delle **modalità di monitoraggio** dell'investimento e della sua attuazione

# Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione



## TEMI DESCRITTI IN TUTTI I MODELLI ORGANIZZATIVI

Servizi di telemedicina nei diversi setting e per singole patologie

Modalità di implementazione dei servizi di Telemedicina

Modalità di acquisizione dei servizi

Servizi di Telemedicina nelle strutture territoriali, come da DM 77/2022

Presenza di servizi già attivi e modalità di aggiornamento e integrazione

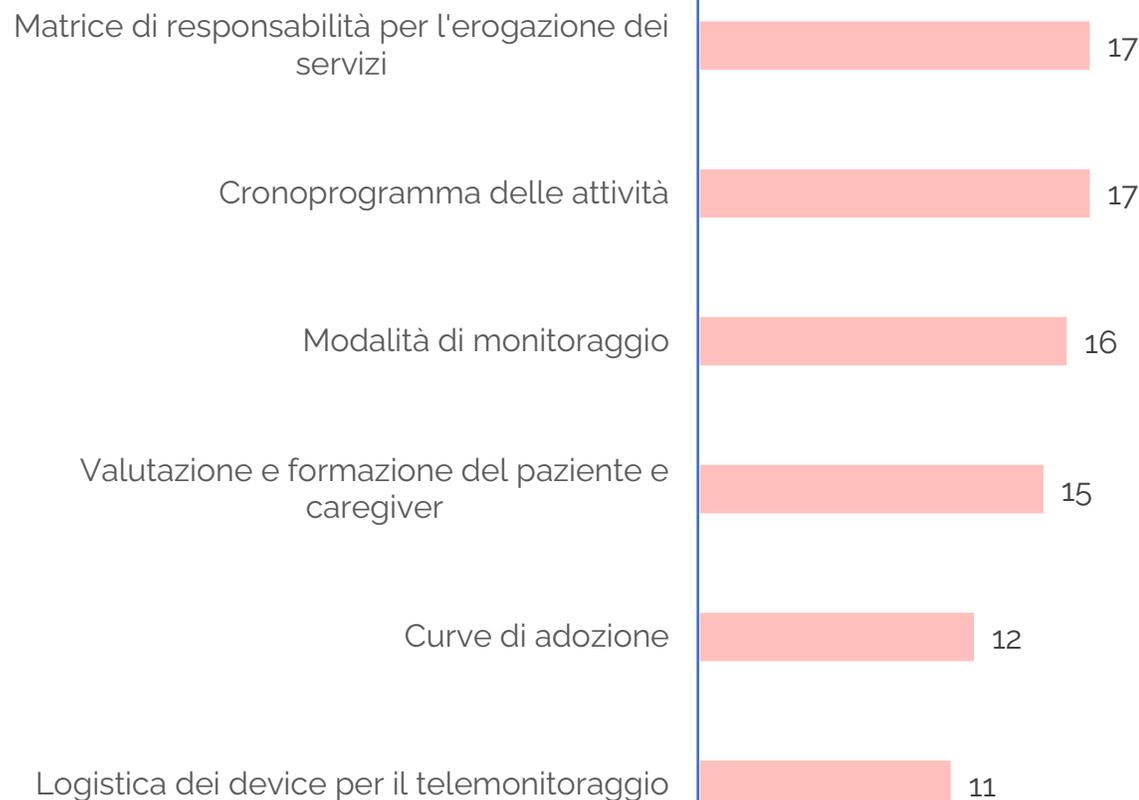
Figure professionali coinvolte

Formazione del personale sanitario

## Modelli Organizzativi regionali per la Telemedicina: il «vademecum» per la loro redazione



### TEMI NON DESCRITTI IN TUTTI I MODELLI ORGANIZZATIVI



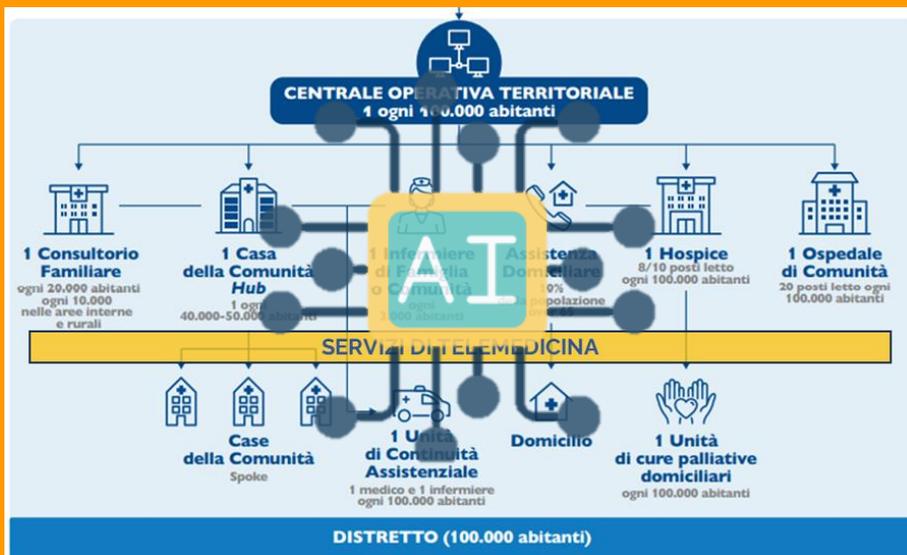
■ No. di Regioni/PPAA che hanno descritto il tema nei Modelli Organizzativi

## Sub-investimento 1.2.2.4 Intelligenza Artificiale

AGENAS soggetto attuatore PNRR – 50 mln di €

### Obiettivi

Supportare l'attività di diagnosi e cura, nonché le attività organizzative e amministrative, favorendo la fruizione dei servizi nelle Case di Comunità.



### Procedura di gara

**Dialogo competitivo** - Oggetto della gara: **progettazione** di dettaglio, **realizzazione**, **messa in esercizio** e **gestione** della infrastruttura di Intelligenza Artificiale.

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Fase 1</b><br>(Q2-Q4 2025)      | <b>Analisi, progettazione e realizzazione</b> (documento progettuale di dettaglio)      |
| <b>Fase 2</b><br>(Q4 2025-Q4 2026) | <b>Sperimentazione e manutenzione</b> su un campione di professionisti                  |
| <b>Fase 3</b>                      | <b>Gestione e manutenzione</b> (piena operatività, progressivo incremento utilizzatori) |

Scadenza presentazione offerte  
**18 novembre 2024**

## Sub-investimento 1.2.2.4 Intelligenza Artificiale

### Casi d'uso e caratteristiche dell'infrastruttura



#### 1. Caso d'uso professionista sanitario – Inquadramento diagnostico di base

Supporto informativo al medico nella attività di diagnosi di base e successiva indicazione del percorso di cura più appropriato in un'ottica di medicina personalizzata.



#### 2. Caso d'uso professionista sanitario – Supporto alla gestione della cronicità

Supporto informativo al medico per il monitoraggio e la rivalutazione del paziente affetto da patologie croniche note.



#### 3. Caso d'uso professionista sanitario – Supporto alla prevenzione e alla promozione della salute

Supporto informativo al medico e ai professionisti sanitari dedicati per le attività relative alla prevenzione e alla promozione della salute.

Lo scenario vigente di riferimento **non prevede il trattamento e l'utilizzo di dati personali degli assistiti.**

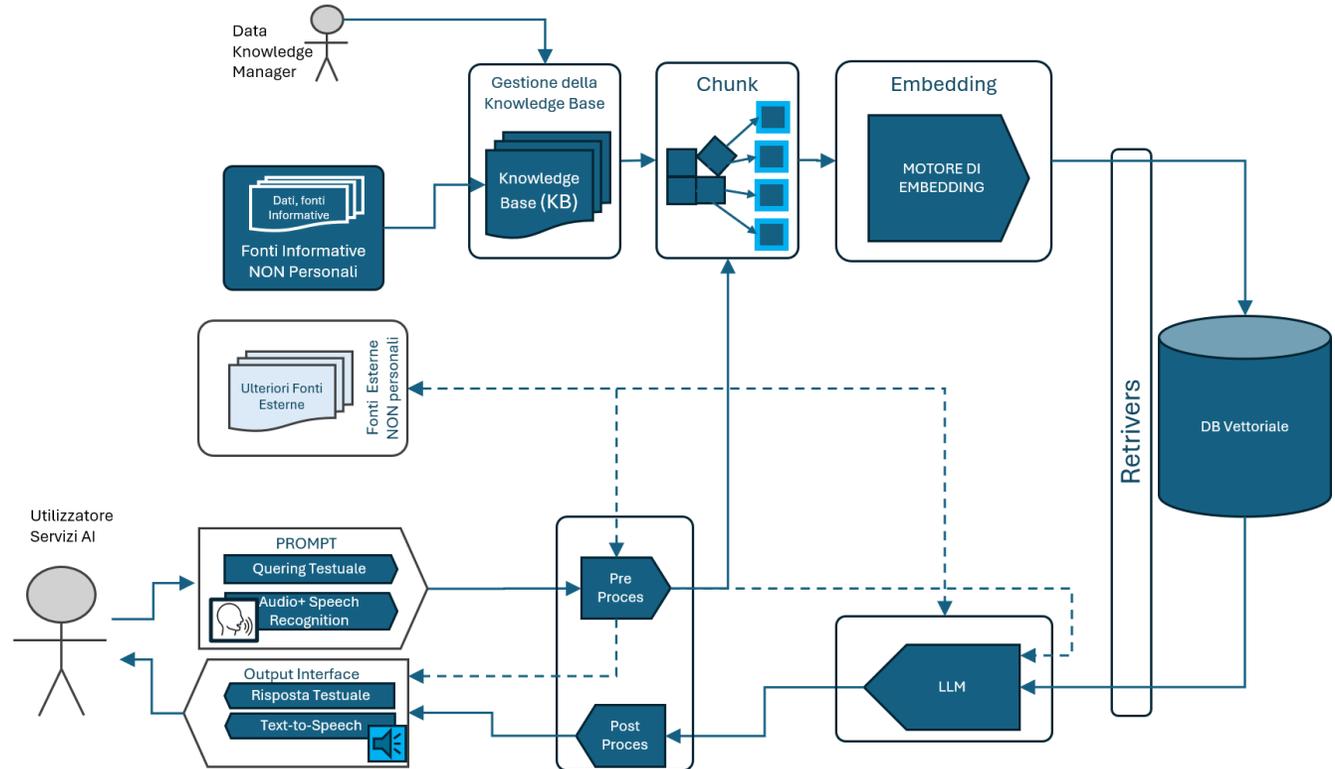
## Sub-investimento 1.2.2.4 Intelligenza Artificiale

### Caratteristiche dell'infrastruttura

#### Architettura RAG (Retrieval Augmented Generation)

Tecnica di IA che può **migliorare la qualità dell'IA generativa** consentendo a modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM) di sfruttare risorse di dati aggiuntive e mirate.

Nel modello RAG si creano **database di conoscenze specifici per la salute** che possono essere costantemente aggiornati per fornire risposte aggiornate e contestuali.



*Capacità di adattarsi a evoluzioni tecnologiche e normative.*

## Sub-investimento 1.2.2.4 Intelligenza Artificiale

### Attività della procedura di gara

- Sperimentazione**

Implementazione dei casi d'uso in un campione di **1.500 professionisti sanitari**, misurazione di KPI per valutare qualità, efficienza ed efficacia e per migliorare le funzionalità della Piattaforma. Durata: 12 mesi.

- Piano di formazione**

Per tutti gli utilizzatori. Le attività di formazione dovranno essere offerte durante tutto il Progetto (dalla Fase 1).

Le attività di formazione a favore di un numero predefinito di utilizzatori rappresentano un requisito per l'erogazione di parte del corrispettivo all'Operatore Economico.

- Piano di gestione del cambiamento**

Le attività relative alla gestione del cambiamento dovranno essere offerte durante tutto il Progetto (dalla Fase 1).

- Piano di comunicazione, divulgazione e diffusione**

Le attività di comunicazione, divulgazione e diffusione dovranno essere offerte durante tutto il Progetto (dalla Fase 1).

Tabella. Stime di utenti per Fase di sviluppo del progetto.

Fase di sviluppo del progetto	Professionisti sanitari
Fase 2 Sperimentazione e manutenzione	<b>1.500</b>
Fase 3 Gestione e manutenzione – Primo anno	<b>3.000</b>
Fase 3 Gestione e manutenzione – Secondo anno	<b>7.500</b>
Fase 3 Gestione e manutenzione – Terzo anno	<b>15.000</b>

- Monitoraggio e valutazione**

Le attività di monitoraggio e valutazione hanno l'obiettivo di verificare, mediante l'uso di KPI predefiniti, l'utilizzo della piattaforma, l'efficacia e l'impatto sugli outcome dei pazienti. Tali attività dovranno essere offerte dalla Fase di sperimentazione.

## AI in sanità: opportunità e sfide

### Opportunità



- Ottimizzazione dei processi di cura** e dei tempi di diagnosi e trattamento mediante la capacità di analizzare enormi quantità di dati in tempi brevi.
- Personalizzazione delle cure** ed empowerment degli assistiti.
- AI può effettuare le attività a minor valore consentendo al **professionista sanitario di dedicarsi alle attività di cura e alla relazione con l'assistito**.
- Favorisce **ricerca e sviluppo** supportando il ricercatore nello svolgimento delle attività e ottimizzando le tempistiche.

### Sfide



- Disponibilità di **dati** di qualità e secondo standard predefiniti.
- Bias** causati da addestramento effettuato con dati non rappresentativi.
- Incremento **iniquità** in mancanza di una precisa governance e accessibilità di utilizzo degli strumenti.
- Cybersicurezza e trattamento dei dati personali**.
- Considerazioni etiche e regolatorie**, inclusa la **valutazione/certificazione** degli strumenti di IA secondo principi HTA.
- Formazione** degli utenti e comunicazione per incrementare la fiducia negli strumenti di IA.

## Le sfide della digitalizzazione





qualità & benessere

**BEN-fare 2024** *è*Care Europa



***è*Care Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Ing. Luigi Morra

UOSD Sanità digitale e Telemedicina - AGENAS  
morra@agenas.it





**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

# Il progetto I-CARE SMART

A cura di: Elice Bacci

Organizzato da:



Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:





qualità & benessere

**BEN-fare 2024** **èCare Europa**

**Interreg**  
Alpine Space



**consenso**  
EUROPEAN REGIONAL DEVELOPMENT FUND

*propone un modello di presa in carico e supporto alla popolazione anziana, centrato su un'unica figura professionale, l'infermiere di famiglia e comunità (IFeC).*

 **Strategia**  
Aree Interne

*La progettualità è finalizzata primariamente al **riequilibrio dei servizi di base** e, secondariamente, allo sviluppo delle potenzialità di sviluppo socio-economico del proprio territorio*



*per migliorare l'identificazione, la prevenzione e la gestione della **fragilità** e della **multimorbilità** in persone di età superiore ai 65 anni.*



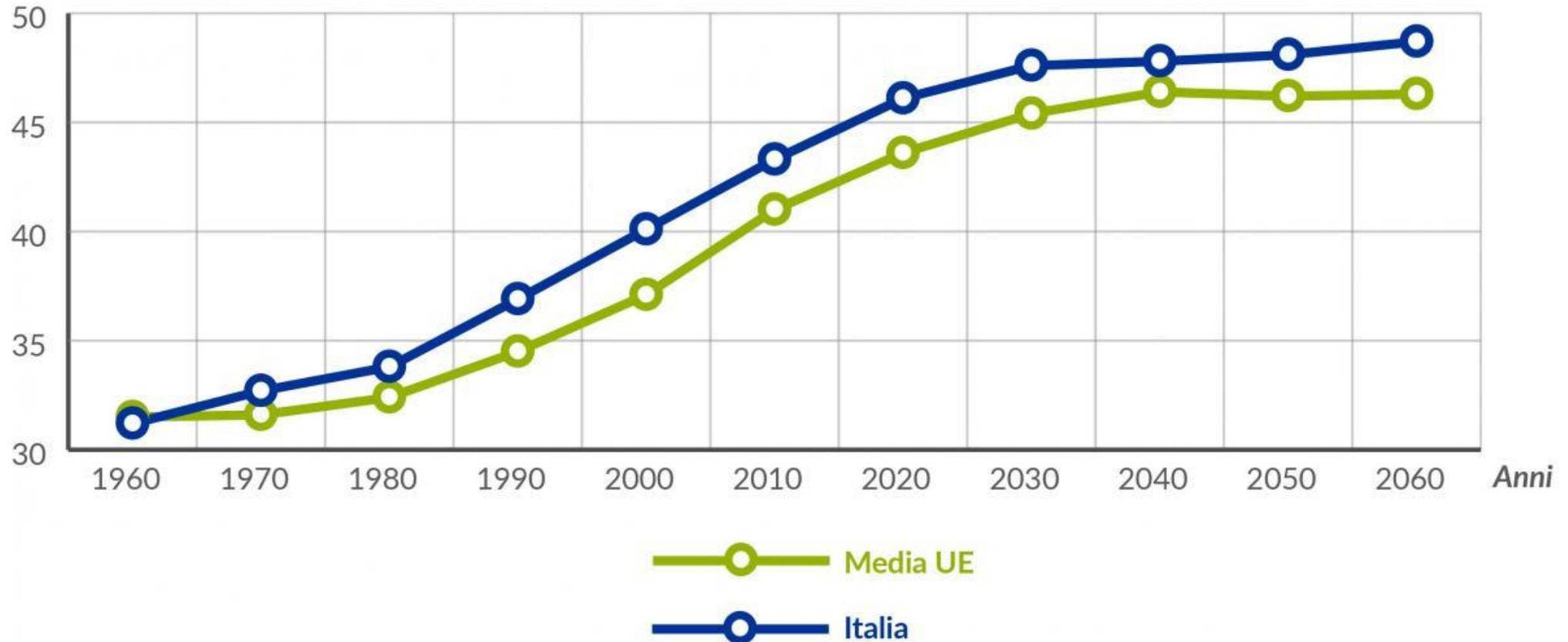
**Finanziato**  
dall'**Unione europea**

NextGenerationEU

*PNRR 1.7.2 - Rete di servizi di **facilitazione digitale**: accrescere delle competenze digitali diffuse per favorire l'uso autonomo, consapevole e responsabile delle nuove tecnologie*

# CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI

Età Mediana (in anni)



## I-CARE-SMART

INNOVATION ECOSYSTEM  
FOR SMART ELDERLY CARE

[www.interreg-central.eu/I-CARE-SMART](http://www.interreg-central.eu/I-CARE-SMART)



I-CARE-SMART mira ad avvicinare l'innovazione agli utenti destinatari sviluppando metodi di creazione di prodotti e servizi innovativi con il coinvolgimento attivo degli utenti (over 60).

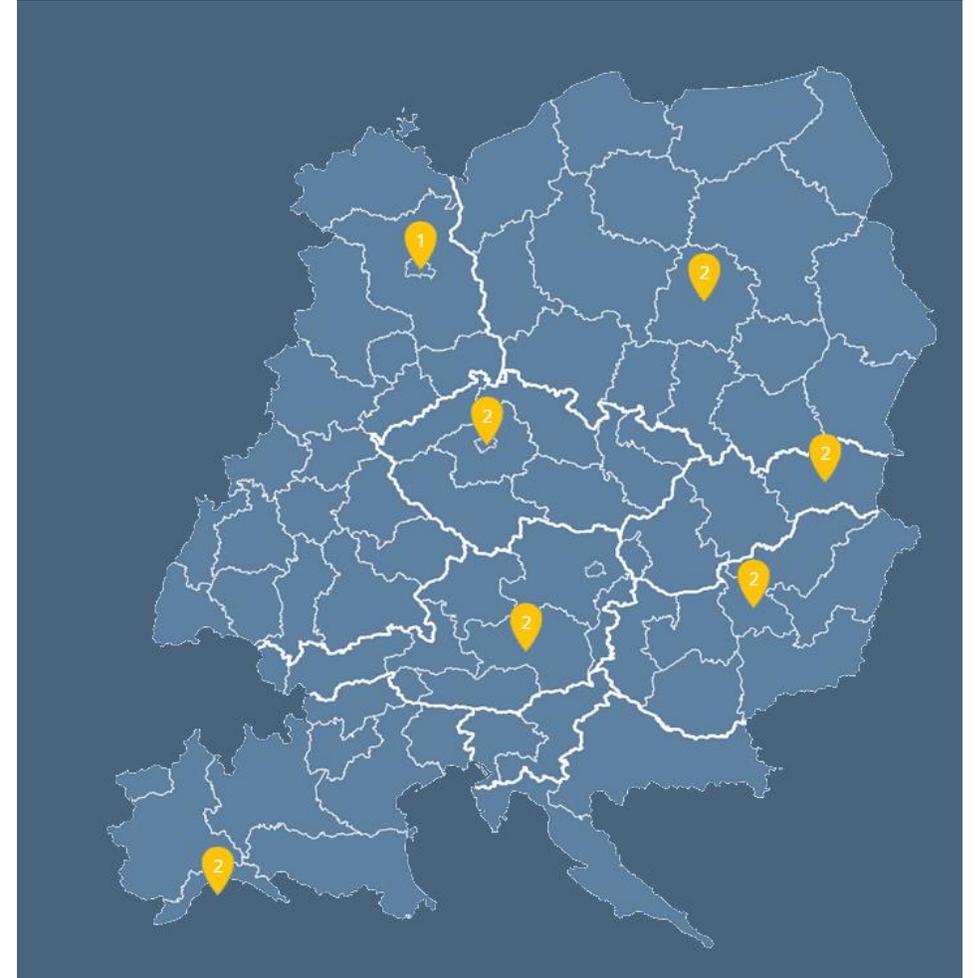
*L'innovazione è la dimensione applicativa di un'invenzione o di una scoperta. L'innovazione riguarda un processo o un prodotto che garantisce risultati o benefici maggiori apportando quindi un progresso sociale.*

## SFIDE DI PROGETTO: CAMBIAMENTI TECNOLOGICI



## **PARTNER del Progetto I-CARE SMART**

- **NoWA; Graz (Austria)**
- **SPEKTRA; Praga (Repubblica Ceca)**
- **Università di Budapest; Budapest (Ungheria)**
- **Regione Liguria; SI4Life (Italia)**
- **Università di Lodz; Regione Lodzkie (Polonia)**
- **Università Kosice; EGTC VC (Slovacchia)**
- **Università delle scienze applicate (Germania)**



<p><b>WP1: Increasing capacities of CE regions to facilitate user-focused innovation in elderly care</b></p>	<p><b>Setting up and coordination of Transnational Working Groups</b></p>	<p><b>Senior Engagement TWG</b></p>	<p><b>Business Engagement TWG</b></p>	<p><b>Co-Creation &amp; Open Innovation TWG</b></p>
		<p>Concept paper</p>	<p>Concept paper</p>	<p>Concept paper</p>
		<p>Regional analysis</p>	<p>Regional analysis</p>	<p>Regional analysis</p>
		<p>Toolbox for Senior Engagement</p>	<p>Toolbox for Business Engagement</p>	<p>Handbook on Co-Creation &amp; Open Innovation Methods for Smart Elderly Care</p>
		<p>Training material on senior engagement techniques</p>	<p>Training material on business engagement techniques</p>	<p>Training material on co-creation and open innovation methodologies</p>



qualità & benessere

# Near2U

Pilot vincitore Silver Star Challenge della Regione Liguria

## Il progetto

*"Aiutare i longevi a vivere al meglio la propria città"*

La proposta Near2U nasce per dare una risposta alle esigenze di indipendenza della popolazione longeva del centro di Genova, soprattutto quella a rischio di deficit cognitivi minori.

Già oggi Genova è una delle città più longeve d'Europa. Da questo mutamento demografico nascono nuove sfide ma anche nuove opportunità per i territori. In questo contesto, il nostro obiettivo è rendere il nostro centro cittadino più accogliente nei riguardi dei longevi e dei loro familiari, permettendogli di muoversi con maggiore serenità nel proprio quartiere, sapendo di poter contare sempre sull'aiuto di una persona amica.

L'idea è impiegare la tecnologia proprietaria di localizzazione e analisi degli spostamenti di Teseo, unita alla piattaforma di gestione di persone affette da condizioni croniche di Humanavox. Questo sistema, chiamato appunto Near2U, integrato con i servizi rivolti alla persona longeva già presenti sul territorio, può essere un aiuto per moltissime famiglie.

Nel corso del progetto, le aziende proponenti hanno collaborato con i partner locali per costruire ulteriormente questa idea ed assicurarsi che la soluzione rispondesse efficacemente a un problema della popolazione, rispettando comunque le legittime istanze di privacy e usabilità. Ne è nato un processo di co-design in cui Regione Liguria, Alisa, Creamcafé, e Agorà hanno dato un contributo fondamentale nel migliorare l'idea iniziale.

Rilevata l'importanza di questo processo, i partner e le aziende hanno deciso di coinvolgere la popolazione e dare vita a una campagna di interviste tra la popolazione longeva del centro.

Il risultato della rilevazione ci porta a valutare positivamente l'utilizzo della tecnologia come strumento per migliorare la qualità di vita e la sicurezza percepita.

## Risultati principali

- Il 74% degli intervistati dichiara che uscirebbe più spesso se si sentisse più al sicuro.
- Il 70% è disponibile ad indossare un dispositivo che vigili su di loro e informi il caregiver in caso di emergenza.
- Il 23% degli intervistati ha timori riguardo la propria privacy ma il 46%, spiegati i vantaggi della soluzione, sarebbe comunque felice di usarla per sentirsi a proprio agio quando fuori da solo.
- I longevi amano i giochi per mantenere la mente attiva, il 70% di loro li usa regolarmente!
- Purtroppo, pochissimi di loro dedicano lo stesso tempo a tenere un diario o nell'uso di ausili per ricordarsi le medicine (15%-23%).
- La *gamification* è molto apprezzata e può avere un impatto estremamente positivo nel favorire l'uso di supporti cognitivi.

Interreg CENTRAL EUROPE I-CARE-SMART

2024 *€*Care Europa



## Le aziende coinvolte



Teseo è una PMI innovativa fondata nel 2015 come spin-off dell'Università degli Studi di Genova. Composta da un team di esperti in Intelligenza Artificiale e soluzioni IoT, Teseo applica queste competenze sia nello sviluppo di prodotti propri rivolti al campo dell'assistenza socio-sanitaria, sia in ambito consulenziale. È un'eccellenza nello sviluppo di sistemi hardware e software per l'analisi comportamentale, con un approccio user-friendly e rispettoso della privacy.

Kibi è la nostra piattaforma digitale che aiuta i caregiver nelle strutture assistenziali e riabilitative a migliorare la vita dei propri assistiti e a rendere il proprio lavoro più semplice. Con Kibi gli operatori possono accedere tramite un'unica dashboard a tutti i dati di cui hanno bisogno e monitorare a colpo d'occhio l'intera struttura. I dati in essa raccolti li aiutano a reagire tempestivamente in caso di necessità e offrire un'assistenza personalizzata in base alle difficoltà che l'assistito incontra nelle attività quotidiane.



Humana Vox è una startup innovativa a vocazione sociale nata nel 2017 dalla volontà di migliorare il benessere e la cura della persona, della sua famiglia e della comunità attraverso soluzioni digitali innovative. Grazie al nostro team di professionisti sanitari e sviluppatori, abbiamo ideato un ecosistema sanitario digitale al servizio del territorio, basato su due software.

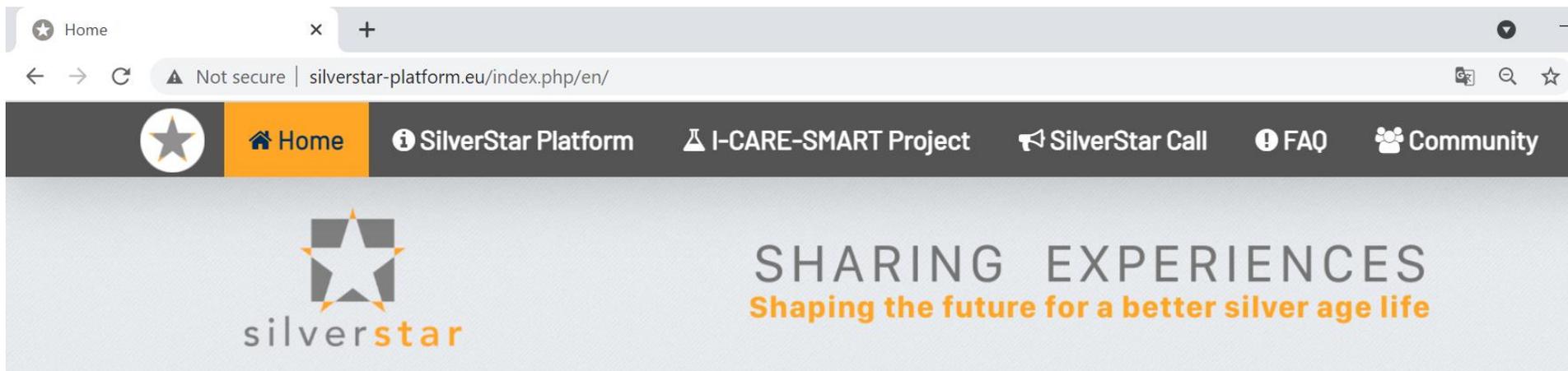
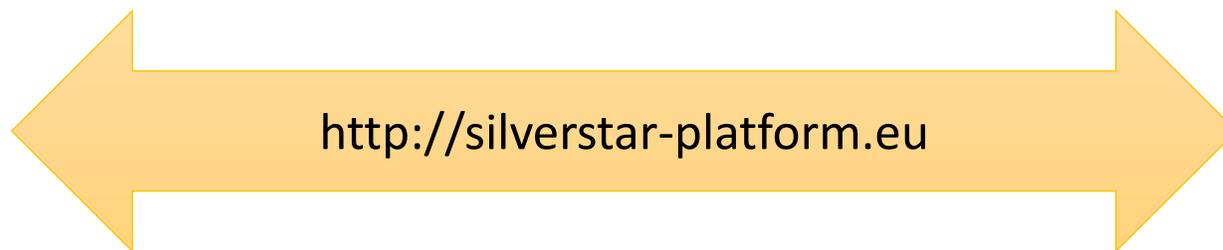
CareVox è il nostro Infermiere Virtuale, una piattaforma che aiuta i pazienti cronici e i loro caregiver a migliorare la loro qualità di vita, grazie a Intelligenza Artificiale e Telemonitoraggio.

NiaVox, è la nostra cartella infermieristica digitale, in grado di semplificare il processo di decision making del professionista e aiutarlo a personalizzare il piano assistenziale, grazie a un sistema che suggerisce diagnosi infermieristiche, obiettivi e interventi sulla base dei dati inseriti relativi al paziente e a tutta la sua sfera di vita quotidiana.

CareVox e NiaVox sono tra loro integrate per agevolare un monitoraggio costante, una presa in carico completa e consentire l'empowerment dell'assistito anche grazie a sistemi di virtual coaching basati sugli obiettivi assistenziali.

P  
R P  
O I  
G L  
E O  
T T  
T A  
O

La Piattaforma SilverStar supporta la **creazione di una comunità virtuale per l'innovazione** che, grazie a diversi strumenti, incoraggia e agevola la collaborazione transnazionale e la co-creazione facilitando la nascita di prodotti e servizi innovativi per la cura degli anziani che possano essere inseriti con successo nel mercato.





(11) Groups x +

Not secure | silverstar-platform.eu/index.php/en/community-en/groups

Home SilverStar Platform I-CARE-SMART Project SilverStar Call FAQ Community

Profile Pages **Groups** Events Followers People Polls

New Group

Groups Sort by Latest Items

**Groups**

- All Groups 18
- Featured Groups 0
- My Groups 2
- My Created Groups 0
- Nearby Groups
- Unpublished Groups 0

**Categories**

- General 1
- I-CARE-SMART Pilots > 1
- Health and wellbeing 0
- Communication 0
- Social Life 0
- Leisure 0

**Enjoy the Community**

General Public

This group is open to anyone to support users in using the SilverStar platform, e.g. in identify the proper group to join, in find inspiration or just discussing.

2 Join

**SHARING\_EXPERIENCE**

I-CARE-SMART Pilots Public

No description for this group yet.

22 Join

silverstar-platform.eu/index.php/en/community-en/groups/18-sharing-experience

Type here to search

ENG 07:13  
IT 12/07/2021 26

Elice Bacci  
Regione Liguria  
[elice.bacci@regione.liguria.it](mailto:elice.bacci@regione.liguria.it)



# I FONDI EUROPEI E LE POLITICHE PER GLI ANZIANI

**Castelnuovo del Garda, 23 ottobre 2024**

**Francesco Pancheri**

**Umse Europa**

## LE ORIGINI DELLA POLITICA DI COESIONE



**Metà degli anni 80:** attuata la politica di coesione per consentire l'avvio del **Mercato unico europeo** (1993), che stabilisce libertà di circolazione per le persone, le merci, i servizi e i capitali.



Jaques Delors



Obiettivo: **contrastare le disparità create dal Mercato unico** sostenendo lo sviluppo economico, il mercato del lavoro, le strutture, e più in generale le condizioni istituzionali e sociali delle aree geografiche degli Stati Membri (SM) dell'UE in condizioni di relativo svantaggio.



Non è concepita come meccanismo di compensazione, ma come uno **strumento di empowerment**. Essa opera per sostenere le regioni nella **creazione di pari opportunità** tanto per i **singoli individui** quanto per le **imprese**.



## LA POLITICA DI COESIONE

Questa ambizione di policy viene sancita nel **Trattato di Lisbona (2007)**, e confermata nell'**Art 174 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea –TFUE (2009)** che recitano:

**Art.3 & 2.** L'Unione opera per lo sviluppo sostenibile dell'Europa basato su uno sviluppo economico bilanciato e la stabilità dei prezzi, su una economia sociale di mercato altamente competitiva, orientata alla piena occupazione e al progresso sociale e su un elevato livello di tutela e di miglioramento della qualità dell'ambiente(...) combatte l'esclusione sociale, le discriminazioni e promuove la giustizia e le protezioni sociali. Essa promuove la coesione economica e sociale e la solidarietà tra gli Stati Membri.

**Art.174.** “ L'Unione Europea mira a ridurre il divario di sviluppo delle varie regioni ed il ritardo delle regioni meno favorite o insulari, e che un'attenzione particolare deve essere rivolta alle zone rurali, alle zone interessate da transizione industriale e alle regioni che presentano gravi e permanenti svantaggi naturali e demografici”

# PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA POLITICA DI COESIONE

I principi della politica di coesione:

## Principio di concentrazione



si focalizzano su specifiche **priorità tematiche**, erogando risorse più consistenti per le **aree geografiche** in relativo **ritardo di sviluppo**

## Principio di programmazione



prevedono la realizzazione di azioni ed il finanziamento di progetti secondo **strategie predefinite**



il loro funzionamento è costantemente **monitorato** e **valutato**



hanno un'attuazione **temporalmente definita**

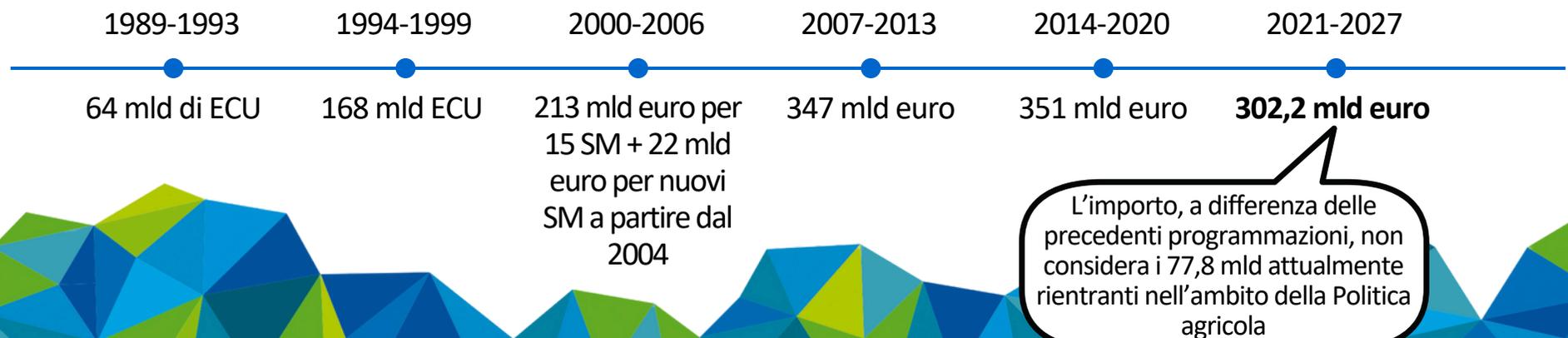
# GLI STRUMENTI DELLA POLITICA DI COESIONE

## I FONDI STRUTTURALI E D'INVESTIMENTO EUROPEO (FONDI SIE)

FESR	dal 1975, dedicato a sviluppo e adeguamento strutturale
FSE+	dal 1958, dal 2021 FSE+, dedicato all'investimento nel capitale umano
FEAMPA	per l'utilizzo sostenibile delle risorse acquatiche e marittime
Fondo Coesione	dal 1988, a favore dell'ambiente e della rete trans-europea negli SM
JTF	dal 2021, Fondo transizione giusta verso un'economia climaticamente neutra
FEASR	fino al 2020. Attualmente non regolamentato all'interno dei fondi SIE

I soggetti beneficiari (SM) dei Fondi devono contribuire al cofinanziamento delle risorse messe a disposizione dall'Ue. In linea generale il finanziamento dei Fondi a valere del bilancio UE va dal 40% all'80%, in casi eccezionali può arrivare al 100%

## I PERIODI DI PROGRAMMAZIONE



# GLI OBIETTIVI GENERALI DEL FONDO SOCIALE EUROPEO PLUS (FSE+)

1

Il FSE+ mira a sostenere gli Stati membri e le regioni nel conseguire **livelli elevati di occupazione**, una **protezione sociale equa** e una **forza lavoro qualificata e resiliente**, pronta per il mondo del lavoro del futuro, nonché **società inclusive e coese** finalizzate all'eliminazione della povertà e alla realizzazione dei principi enunciati nel pilastro europeo dei diritti sociali.

2

Il FSE+ sostiene, integra e dota di valore aggiunto le politiche degli Stati membri al fine di **garantire pari opportunità, pari accesso al mercato del lavoro, condizioni di lavoro eque e di qualità, protezione sociale e inclusione**, concentrandosi in particolare su un'**istruzione** e una **formazione inclusive e di qualità**, sull'**apprendimento permanente**, sugli **investimenti** a favore dell'**infanzia** e dei **giovani** e sull'**accesso ai servizi di base**.



## CLUSTER DI DESTINATARI DELLE POLITICHE PER GLI ANZIANI

A

Persone che, con una età **superiore ai 55 anni**, rientrano nella popolazione in **età lavorativa** e che, a loro volta, possono essere in una condizione di **occupazione** o di **disoccupazione** o **inattività**

B

Persone che, orientativamente **dopo i 66/67 anni**, sono transitati in una **condizione di quiescenza** e che sono **sia beneficiari, sia erogatori potenziali di servizi** e, dunque, vanno “mantenuti attivi”

C

**Anziani fragili** (orientativamente nella fascia di età **75-84**), per cui **occorre favorire la mobilità, la socialità ed evitare il decadimento** psico-fisico (difficoltà motorie, depressione, demenza, ...)

D

**Anziani a maggior rischio** di non autosufficienza o già non autosufficienti (**over 85**, cosiddetti grandi anziani) che sono **beneficiari di servizi di cura e assistenza** per contenere il decadimento psico-fisico e garantire la presa in carico nei casi di totale perdita di autonomia

# A POLITICHE FSE PER PROLUNGARE LA PERMANENZA NEL MDL DEGLI OVER 55 ANNI

Per i lavoratori **occupati** i principali interventi hanno riguardato e tutt'ora riguardano :

➤ **sostegno alle attività formative** attraverso cui rafforzare e/o far acquisire le capacità e le competenze indispensabili per la sopravvivenza e lo sviluppo competitivo dell'impresa di appartenenza;

➤ **"staffetta" generazionale** per sostenere, insieme al prolungamento della carriera dei lavoratori anziani, anche l'inserimento lavorativo dei giovani;

➤ informazione/formazione alla diffusione di pratiche di age management nelle imprese.

Nel caso dei lavoratori **disoccupati** o **inattivi** i principali interventi afferiscono:

➤ Interventi di **accompagnamento al re/inserimento occupazionale** secondo un **approccio personalizzato** che integra attività di orientamento specialistico, **formazione** di upskilling/ reskilling con  **misure finanziarie di incentivazione** all'assunzione o di lavoro autonomo;

➤ Intervento di finanziamento, nei casi più complessi, di **forme di lavoro sussidiato** per consentire la condizione di occupazione retribuita fino al raggiungimento dei requisiti minimi per la pensione.



B

## POLITICHE FSE REALIZZATE PER L'ATTIVAZIONE DEGLI ANZIANI IN BUONA SALUTE (fascia 66 – 74 anni)

Azioni di attivazione attraverso **attività formative** e di **accompagnamento** di questi anziani per lo svolgimento di **attività non retribuite** negli ambiti di **cura in famiglia** (caregiver) o nel settore **no profit**



Una modalità di intervento che, offrendo agli anziani nuove fonti di identificazione, ruoli e riconoscimento collettivo, contribuisce anche ad **accrescere le risorse di solidarietà interne alle comunità locali** con effetti positivi anche sul benessere collettivo e sul piano della competitività economica.



# LE OPPORTUNITA' DI INTERVENTO DEL FSE plus PER GLI ANZIANI NELLA PROGRAMMAZIONE 2021-27

(art 4 del Reg. (UE) 2021/1057)

Nell'ambito del più generale Obiettivo Strategico 4 **“Un'Europa più sociale ed inclusiva”**, il regolamento 2021/1057 definisce, all'art.4, gli Obiettivi Specifici (OS) del FSE+. Gli interventi a favore degli anziani riguardano in particolare:

## Anziani occupati:

**OS d)** *“Promuovere l'adattamento dei lavoratori, delle imprese e degli imprenditori ai cambiamenti, un invecchiamento attivo e sano, come pure un ambiente di lavoro sano adeguato che tenga conto dei rischi per la salute”*

## Anziani, sebbene non esplicitamente nominate, **fragili e/o molto fragili** (non autosufficienti):

**OS k)** *“Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendo l'accesso alla protezione sociale, prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità, anche per le persone con disabilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata”*

# **C D** POLITICHE FSE PER GLI ANZIANI FRAGILI E GRANDI ANZIANI

Per le persone i principali interventi riguardano :

## **Anziani fragili (75 -84 anni), in condizione di autonomia**

Promozione e sostegno, nell'ambito del consolidamento e sviluppo della coesione sociale, finalizzati a creare le condizioni necessarie per preservare la loro indipendenza funzionale, agendo sul mantenimento delle capacità fisiche, intellettive e sociali e contrastando condizioni di isolamento e di deprivazione relazionale e affettiva

## **Grandi anziani, quelli cioè di età superiore agli 84 anni, ove condizioni di non autosufficienza**

Favorire l'accesso ai servizi di assistenza e cura offerti sui territori grazie ad una maggiore informazione, sostenendo misure di formazione degli operatori che si prendono cura di questa fascia di popolazione

Supporto alle famiglie (caregiver) con anziani non autosufficiente contribuendo a favorire, anche attraverso aiuti finanziari ove necessari, la fruizione di servizi di accompagnamento e di supporto socio assistenziali

Per ambedue questi target d'intervento si evidenzia che la strategia complessiva che sottende l'azione del FSE non è quella di finanziare i servizi di cura sanitaria, quanto piuttosto quella di **sostenere le iniziative volte ad assicurare uguaglianza nelle opportunità e nelle condizioni di accesso ai servizi socio assistenziali e di cura presenti nei territori.**

# PROGRAMMI E STRUMENTI PER OTTENERE I FINANZIAMENTI

## Programmi

- 1 Programma nazionale FSE+ sull'inclusione e lotta alla povertà** Obiettivo specifico: ESO4.11.  
Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+) al seguente link <https://poninclusione.lavoro.gov.it/PN-2021-2027/Pagine/default>
- 2 Programmi regionali/ provinciali** per Trento e Bolzano da verificare sui siti di competenza

## Strumenti

Emanazione di **bandi** e **avvisi** a cui rispondere con progettazioni specifiche che saranno valutate da specifiche commissioni. I bandi/avvisi definiscono i temi gli obiettivi e le possibilità di finanziamento.

## IL PIANO DI RILANCIO UE

**Il Consiglio dell'Unione Europea ha adottato, nel dicembre 2020, il Regolamento che stabilisce il Quadro finanziario pluriennale 2021-2027 e il pacchetto di ripresa europeo post Covid-19 (Next Generation EU) per il periodo 2021-2024**

**L'accordo assegna risorse pari a 1.074,3 miliardi di euro al Quadro Finanziario Pluriennale (QFP) 2021-2027 e 750 miliardi di euro al Next Generation EU (di cui 390 miliardi sovvenzioni e fino a 360 miliardi prestiti) per un totale di 1.824,3 miliardi di euro**



# LE RISORSE DEL NGEU A DISPOSIZIONE DELL'ITALIA



Il Next Generation EU (NGEU) include **723,8 miliardi di euro** (338 miliardi in sovvenzioni e 335 miliardi in prestiti a tassi agevolati)



Il NGEU assicura che le risorse stanziare vadano ai Paesi ed ai settori più colpiti dalla crisi



La **quota italiana**, a seguito ultime modifiche approvate dal Consiglio dell'8 dicembre 2023, è pari a **194,4 miliardi** ripartiti in **71,8 miliardi in sovvenzioni** a fondo perduto e **122,6 miliardi in prestiti** e comprende **66 riforme** (7 in più rispetto al PNRR originario 13 luglio 2021) e 150 investimenti



Il processo di attuazione del Piano, secondo l'accordo raggiunto in sede di Consiglio Europeo, avviene su base semestrale **a partire dal secondo semestre 2021 fino al 31 dicembre 2026**



# MISSIONI ORIGINARIE DEL PNRR

(approvato 13 luglio 2021 dotazione 191,5 mld)



## **TRANSIZIONE DIGITALE (Missione 1).**

Promuovere e sostenere la trasformazione digitale del Paese e l'innovazione del sistema produttivo e investire in due settori chiave per l'Italia: turismo e cultura



## **TRANSIZIONE VERDE (Missione 2).**

Migliorare la sostenibilità e la resilienza del sistema economico assicurando una transizione equa e inclusiva



## **INFRASTRUTTURE PER LA MOBILITÀ SOSTENIBILE (Missione 3).**

Sviluppo razionale di una infrastruttura di trasporto moderna sostenibile ed estesa a tutte le aree del Paese



## **ISTRUZIONE E RICERCA (Missione 4).**

Rafforzare il sistema educativo, le competenze digitali e STEM, la ricerca e il trasferimento tecnologico



## **INCLUSIONE E COESIONE (Missione 5).**

Facilitare la partecipazione al mercato del lavoro, anche attraverso la formazione, e rafforzare le politiche attive del lavoro; favorire l'inclusione sociale

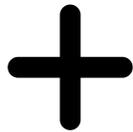


## **SALUTE E RESILIENZA (Missione 6).**

Rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure

## MISSIONE AGGIUNTIVA DEL PNRR

Il Consiglio dell'Ue l'8 dicembre 2023 ha approvato la proposta di decisione presentata dalla CE di modifica del PNRR Italiano, compreso l'inserimento della seguente nuova Missione:



**REPowerEU:** Migliorare le infrastrutture necessarie a rispondere al fabbisogno immediato in termini di sicurezza dell'**approvvigionamento del gas**; incentivare l'**efficienza energetica degli edifici**; realizzare le **infrastrutture strategiche dell'energia**; **decarbonizzare l'industria**, incrementare la **produzione di energie rinnovabili**; biometano e idrogeno verde; contrastare la **povertà energetica** attraverso misure apposite per le famiglie fragili o per le piccole imprese.

Le risorse allocate per REPowerEU sono pari a **2,76 mld di euro** a fondo perduto (non previsti prestiti in quanto già tutti impegnati) che **porta la dotazione complessiva del PNRR a 194,4 mld di euro**.



## MISSIONE 5. OBIETTIVI E COMPONENTI

Finalità generale della M5 è quello di **investire nelle infrastrutture sociali e nei sistemi di protezione delle fragilità sociali ed economiche delle persone.**

La Missione si articola in **3 componenti**:

**1**

M5C1 **Politiche del lavoro** e si propone di promuovere la trasformazione del mercato del lavoro e migliorare l'occupabilità e le competenze dei lavoratori. Prevede 5 investimenti e 2 riforme (€ 6,6 mld)

**2**

M5C2 **Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore**, intende contrastare l'esclusione sociale, rafforzamento dei servizi sociali e maggiore accesso alle discipline sportive. Prevede 9 investimenti e 2 riforme (€ 11,22 mld)

**3**

M5C3 **Interventi speciali per la coesione territoriale** per ridurre le disuguaglianze territoriali promuovendo lo sviluppo integrato del Paese al fine evitare lo spopolamento delle aree interne. Prevede 4 investimenti e 1 riforma (€ 1,98 mld)

# 1

## M5C1. POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO E FORMAZIONE: PRINCIPALI AZIONI

Le politiche attive del lavoro e formazione trovano espressione operativa nel PNRR con:

- 

il **Piano Nazionale Nuove Competenze (PNC)**, che rappresenta il quadro di coordinamento strategico per gli interventi di aggiornamento e qualificazione/riqualificazione volti a fronteggiare i fabbisogni di nuove competenze derivanti dalle transizioni digitali ed ecologiche e dagli effetti della pandemia da COVID 19
- 

il **Programma di riforma Garanzia per l'Occupabilità dei Lavoratori (GOL)**, che, nel costituire il perno dell'azione di riforma delle politiche attive per il lavoro, ha l'obiettivo di accompagnare le persone alla ricerca del lavoro e prevede strumenti e misure per favorire il loro inserimento/ reinserimento lavorativo oppure per avviare percorsi di riqualificazione. Si fa presente come tra i destinatari delle misure d'intervento di questo programma **una attenzione specifica è rivolta ai lavoratori over 55enni**
- 

il **Piano straordinario di rafforzamento dei centri per l'impiego**, già finanziato in buona parte a valere sul bilancio dello Stato e che diventa parte anch'esso del PNRR



# 2

## M5C2. INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE

Questa componente valorizza la dimensione “sociale” delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l’infanzia, **per gli anziani**, per i soggetti più vulnerabili, così come quelle della formazione, del lavoro, del sostegno alle famiglie, della sicurezza, della multiculturalità, dell’equità tra i generi.

La componente si articola in **una riforma** e **quattro investimenti**.

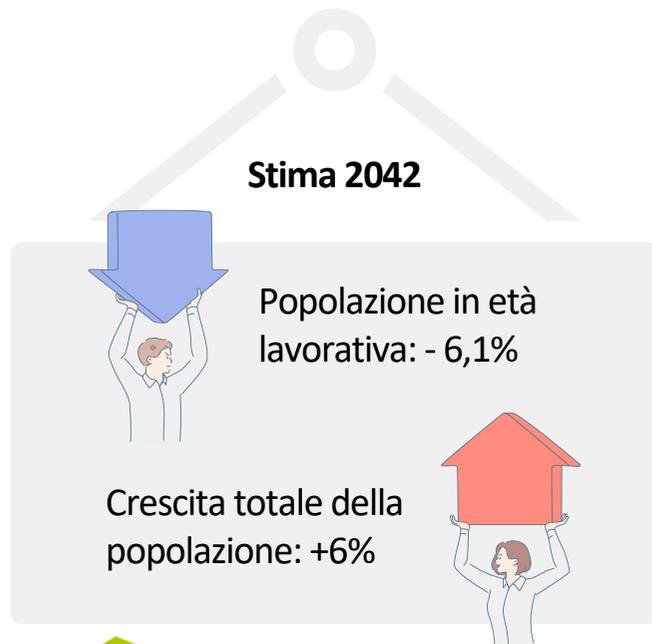
- **Riforma 2.2** - Sistema di interventi per gli anziani non autosufficienti
- **Investimento 1.1** - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non auto-sufficienti
- **Investimento 1.2** - Percorsi di autonomia delle persone con disabilità
- **Investimento 1.3** - Housing temporaneo e Stazioni di posta per le persone senza fissa dimora
- **Investimento 2.2** - Piani urbani integrati - Superamento degli insediamenti abusivi per combattere lo sfruttamento dei lavoratori in agricoltura



# LA CONDIZIONE DEMOGRAFICA NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

La **provincia di Trento**, analogamente a quanto si registra nel resto del nostro paese, presenta un **saldo naturale negativo della popolazione** che, comunque, in quest'ultimo decennio è stato **compensato dai flussi migratori** tanto di **italiani da altre regioni** che di **stranieri**.

Tassi di crescita molto elevati della popolazione si sono registrati nei comuni a fondo valle, mentre è diminuita in maniera consistente la popolazione nelle zone periferiche.



A differenza di altre realtà italiane, poca possibilità di una compensazione da parte del lavoro femminile per già elevata partecipazione al MdL (tasso di attività femminile 67,7% nel 2023, il 10% in più della media italiana). Ne risulta che una possibile compensazione **potrà derivare da un ulteriore significativo aumento del tasso di attività della classe 65-74 anni della popolazione**, il che comporta la necessità di rafforzare nei prossimi anni le politiche finalizzate a promuovere e sostenere l'invecchiamento attivo.

## GLI INTERVENTI FSE+ DELLA PAT IN VIA DI DEFINIZIONE

È attualmente in fase di progettazione una misura volta all'erogazione di **servizi di assistenza integrata socio-assistenziale di tipo domiciliare** a favore di persone anziane parzialmente non autosufficienti, attraverso la concessione di sovvenzioni individuali (**buoni di accompagnamento**), anche a carattere integrativo di altri aiuti economici e/o servizi socio-assistenziali.



I buoni di accompagnamento consistono in titoli di spesa rilasciati dall'Amministrazione provinciale che permettono di acquisire servizi di assistenza familiare, cura e accudimento.

# GLI INTERVENTI DELLA PAT PER GLI ANZIANI NELL'AMBITO DELLE MISURE DEL PNRR M5C1 E M5C2

## Target nazionali

## Target provinciali

## Monitoraggio

M5C1.

Almeno 3M di beneficiari di GOL entro il 2025, di cui almeno il 75% dovranno essere donne, disoccupati di lunga durata, persone con disabilità, giovani under 30, lavoratori over 55. Inoltre, almeno 800 mila dovranno essere coinvolti in attività di formazione, di cui 300 mila per il rafforzamento delle competenze digitali.

- raggiungimento di almeno 29.400 soggetti, di cui almeno il 75% devono essere donne, disoccupati di lunga durata, persone con disabilità, giovani under 30, lavoratori over 55
- almeno 7.840 dei soggetti sopra indicati devono essere coinvolti in azioni formative, di cui 2.940 per il rafforzamento delle competenze digitali
- almeno l'80% dei Centri per l'impiego sul territorio rispetta gli standard definiti quali livelli essenziali in GOL

Concluse le attività previste nel patto di servizio per oltre il 90% degli utenti presi carico (pari a 16.973 al 30 giugno 2024), di questi il 17,8% (in termini assoluti 3.021 individui) è rappresentato da disoccupati di età superiore ai 55 anni

M5C2.

Fine marzo 2026: almeno l'85% degli ATS (Ambiti Territoriali Sociali) ha ottenuto un risultato su anziani non autosufficienti, famiglie con bambini vulnerabili, servizi domiciliari per anziani, azioni per prevenire burn out operatori, eccetera

almeno 125 persone anziane in carico presso i Servizi Sociali Territoriali afferenti alle diverse Comunità.

Con decreto direttoriale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 98 del 9 maggio 2022 sono stati approvati gli elenchi dei progetti degli Ambiti Sociali Territoriali (ambito unico per la provincia di Trento).  
Nel 2023 è stato approvato lo schema di accordo tra la Provincia e i soggetti attuatori locali (deliberazione n. 1990 del 20 ottobre 2023).



**Grazie per l'attenzione**



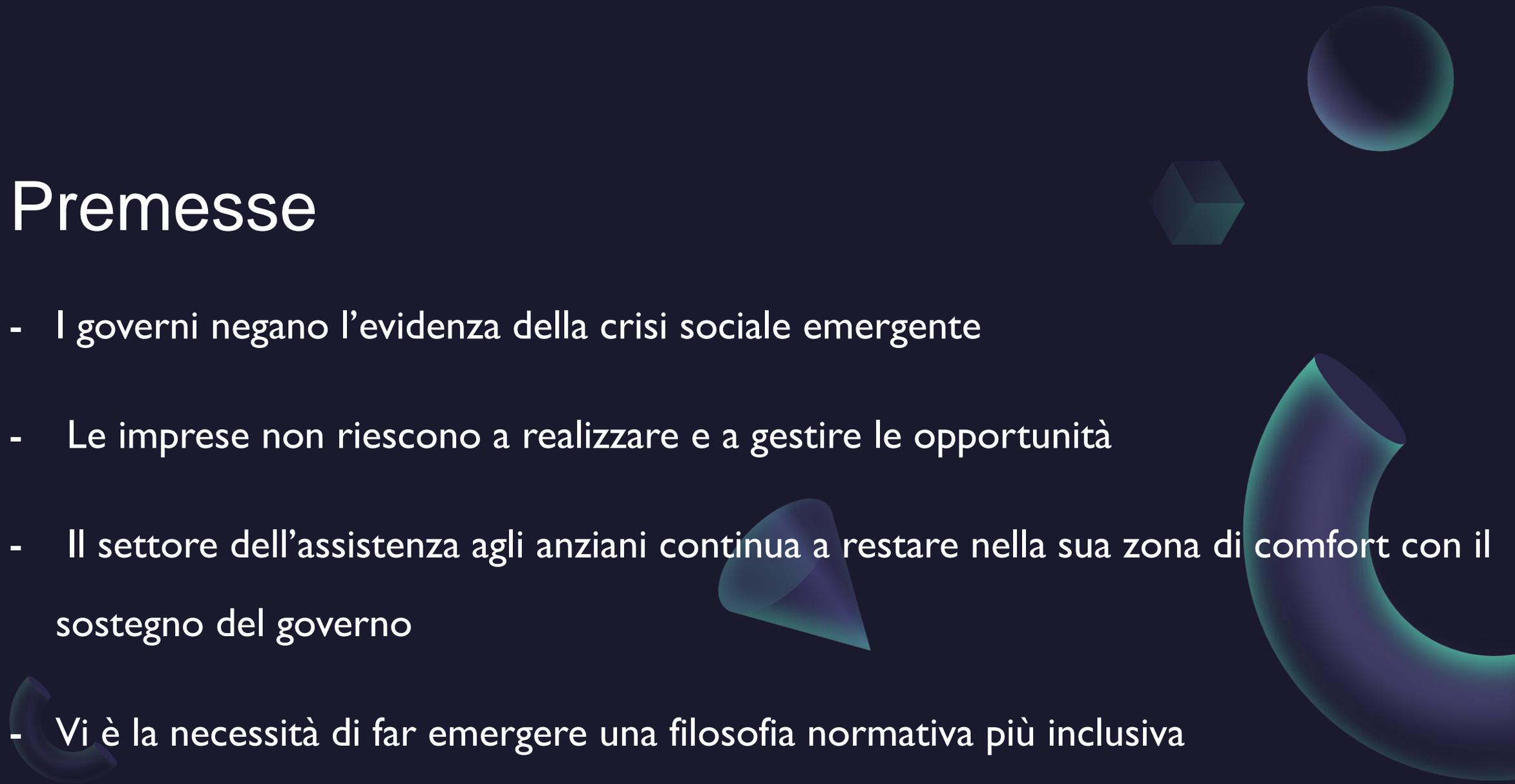
# BEN-fare 2024 iCARE EUROPA

Casteldelnuovo del Garda  
23-24.10.2024



*dott. Elena Weber*  
*Presidente APS RINATA ETS*

# Premesse



- I governi negano l'evidenza della crisi sociale emergente
- Le imprese non riescono a realizzare e a gestire le opportunità
- Il settore dell'assistenza agli anziani continua a restare nella sua zona di comfort con il sostegno del governo
- Vi è la necessità di far emergere una filosofia normativa più inclusiva

## La visione di *European Ageing Network*

- La maggioranza delle RSA si sono evolute da un modello ospedaliero
- Oggi il focus si è spostato sulle capacità ancora presenti nelle persone anziane
- Passaggio da casa di cura tradizionale su base ospedaliera a centro che offre servizi adatti alle esigenze delle persone anziane
- E' necessario fare una distinzione tra *social care* e *health care*
- Decentralizzazione e riduzione delle strutture per anziani
- Bisogna garantire l'autonomia e l'autodeterminazione delle persone più anziane
- Se il profilo di queste strutture non viene cambiato ci saranno sempre più posti vacanti



# Implicazioni pratiche

- Creare una cultura incentrata sulla qualità del servizio che offriamo alle persone anziane e ai loro cari
- Maggiore focus sul miglioramento della qualità di vita degli anziani
- Maggiore focus sul supporto sociale e sui servizi, e non solo sull'assistenza medica
- Dare importanza alla prevenzione, e non solo alla cura
- Il supporto e i servizi per gli anziani rappresentano una vera opportunità economica
- Tutti gli elementi di cura sono importanti nel sistema attuale e futuro
- Bisogna che i membri dell'EAN organizzino e gestiscano un network ben integrato nelle comunità locali

# Il mondo sta cambiando con implicazioni per il nostro settore e non solo

- EAN ha implementato un quadro concettuale universale, non specifico per ogni paese, per identificare le principali influenze, interrelazioni e interazioni
- Il quadro illustra 4 elementi chiave che definiscono l'ambiente per l'assistenza a lungo termine fino al 2030:
  - il futuro dell'invecchiamento
  - il futuro del sistema dell'assistenza agli anziani e dei servizi
  - concetti futuri di assistenza agli anziani e servizi
  - la futura organizzazione e leadership nell'assistenza agli anziani e nei servizi

# Il mondo sta cambiando con implicazioni nel nostro settore e non solo

## **DEMOGRAFIA**

- Crescita molto rapida della popolazione.
- Crescita dell'aspettativa di vita della futura popolazione anziana
- Aumento dell'incidenza della demenza senile

## **SOCIETÀ**

- Incremento della partecipazione al lavoro delle donne nell'UE
- Aumento del numero di nuclei familiari singoli
- Aumento delle disuguaglianze sociali
- Necessità di porre il focus sulla qualità della vita delle persone anziane

# Il mondo sta cambiando con implicazioni nel nostro settore e non solo

## **ECONOMIA**

- Le economie dei paesi europei sono sempre più «intrecciate»
- È previsto l'aumento della pressione nel sistema pensionistico, sia pubblico che privato
- La crescita del settore dei servizi è attesa nei prossimi decenni
- È previsto l'aumento della mobilità di lavoratori e pensionati

## **TECNOLOGIA**

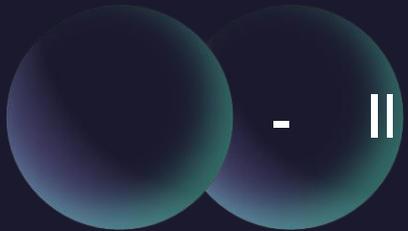
- È previsto l'aumento dell'uso della tecnologia nello sviluppo di servizi e nell'assistenza agli anziani
- Vi è la necessità di sviluppare nuove competenze e una nuova consapevolezza nei pazienti, nelle loro famiglie e nei professionisti
- L'analisi porta ad affrontare questioni nuove: privacy, etica e profiling dei pazienti

# Il mondo sta cambiando con implicazioni nel nostro settore e non solo - ***POLITICA***

- Aumento dei costi nei servizi, nell'assistenza sociale e medica: una sfida per i governi
- Privatizzazione dei servizi e delle strutture per gli anziani e creazione di un ambiente competitivo
- Mantenimento - il più a lungo possibile - a domicilio degli anziani che hanno bisogno di supporto il più possibile
- «Co-payment»

# Il modello concettuale: le quattro dimensioni

- Il futuro dell'invecchiamento
- Il futuro del sistema dell'assistenza agli anziani e dei servizi
- Il futuro dei concetti di assistenza agli anziani e dei servizi
- Il futuro del management e dell'organizzazione



# FUTURE SFIDE

- Diminuzione del bisogno di cure professionali
- Sconfiggere l'imminente carenza di personale
- Aumentare la sostenibilità finanziaria
- Realizzare una trasfigurazione dell'assistenza agli anziani e degli alloggi per anziani
- Maggiore focus su prevenzione, inclusione e miglioramento della qualità della vita
- Deistituzionalizzazione

# FUTURE SFIDE - II

- «Co-creazione» con i familiari
- Passaggio dall'approccio medico a un approccio sociale e di servizio
- Stile di vita come parte dell'identità dell'individuo
- Tecnologie per ridurre la necessità di personale in alcune situazioni
- Passaggio dal finanziamento pubblico unico ai co-pagamenti e al mercato pubblico/privato
- Incentivazione alla mobilità del personale all'interno dell'UE
- Utilizzo del «buon senso» invece di Indicatori critici di prestazione

# FUTURE SFIDE PER LE ORGANIZZAZIONI

- Riflessione sulle sfide degli operatori
- Aspettative degli utenti
- Domanda e offerta
- Modelli di riferimento
- Processi e strutture
- Soluzioni tecnologiche
- Ambienti abitativi
- Forza lavoro

# Come mettere in pratica la visione di EAN

La concretizzazione della visione si basa su 7 livelli:

- Strategia
- Struttura
- Sistemi
- Staff
- Cultura
- Leadership
- Valori condivisi



# RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni sono fornite su tre livelli:

- Livello strategico
- Livello organizzativo
- Livello operativo



# I PERCORSI FUTURI – accelerating the digital transition

- L'Age-tech per LTC è un bisogno urgente
- L'Age-tech per LTC è un problema che coinvolge diversi soggetti interessati
- L'Age-tech per LTC deve essere visto come un investimento
- L'Age-tech per LTC dovrebbe concentrarsi sulle generazioni più giovani
- L'Age-tech per LTC potenzia e coinvolge le persone anziane e i caregiver
- L'Age-tech per LTC offre una varietà di dati significativi

# I PERCORSI FUTURI – group on funding in social services

- Il gruppo è composto da esperti di diversi paesi e inizierà le sue attività a dicembre 2024
- L'obiettivo è delineare direzioni, raccomandazioni, indicatori strategici per il finanziamento dei servizi sociali, tenendo conto dei contesti specifici di ogni paese
- Il risultato previsto alla fine del 2025 è un *position paper*

# Grazie per l'attenzione

Elena Weber

Associazione di Promozione Sociale RINATA Ente  
del Terzo Settore

*sede legale via Calvi 35 29015 Castel San Giovanni  
PC*

*associazionerinataaps2023@gmail.com –  
apsetsrinata@pec.it*

Sede operativa della Presidenza: via del Farneto 36  
– 34142 Trieste – tel. +39 351 7691749





**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



*Esperienza di affiancamento di operatori di Villa Serena con colleghi di Buurtzorg, fondazione che gestisce il Servizio di Assistenza Domiciliare in Olanda*

A cura del team del Centro Servizi Sociali Villa Serena Valle dell'Agno (VI)

Castelnuovo del Garda (VR), 23 ottobre 2024



## DAL DIRE...



## AL (BEN) FARE!!



Tre pagine del nostro progetto

STAKEHOLDERS

VANTAGGIOSI:

- PERSONALE IMPIEGATO NEL SAD
- STAFF DEL CSS VILLA SERENA
- SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI DI VALDAGNO, TRISSINO, RECOARO E BROGLIANO
- AULSS8 BERICA
- ASSOCIAZIONI DI PENSIONATI
- ASSOCIAZIONI DI SETTORE
- GRUPPO PENSARE IL FUTURO
- CITTADINI DEI 4 COMUNI
- IMPRENDITORI COINVOLTI NEL FINANZIAMENTO

COMPETITIVI:

1. IPASVI
2. COOPERATIVE SOCIALI
3. SINDACATI
4. ASSISTENZA PRIVATA A DISTANZA
5. SOCIETÀ DI BADANTI

OBIETTIVI

- Ampliare l'offerta delle prestazioni domiciliari rivolte ai cittadini, attraverso una maggiore diversificazione dei servizi e dal monitoraggio domestico all'assistenza intensiva
- Creare la consapevolezza che "non sarò mai solo": strategia di filiera
- Elevare la qualità dei servizi ai cittadini
- Creare un modello assistenziale sostenibile
- Ottimizzare le risorse attraverso la flessibilità e la personalizzazione delle prestazioni
- Creare opportunità di lavoro innovative per diverse figure professionali

COSTI & FONTI

	Parametro	Importo	Fonte	Note
Volo A/R	Sito dedicato	€1.400,00	CSS Villa Serena - CE Formazione del personale	Prenotazione anticipata per limatura costi
Trasferimenti A/R Almelo	Sito dedicato	€500,00	CSS Villa Serena - CS Formazione del personale	
Vitto e alloggio	Sito dedicato	€1.500,00	CSS Villa Serena - CS Formazione del personale	Collaborazione con Buurtzorg per soluzioni più vantaggiose
Formazione	Offerta Buurtzorg	€7.500,00	Finanziamento esterno	
<b>TOTALE</b>		<b>€10.900,00</b>		

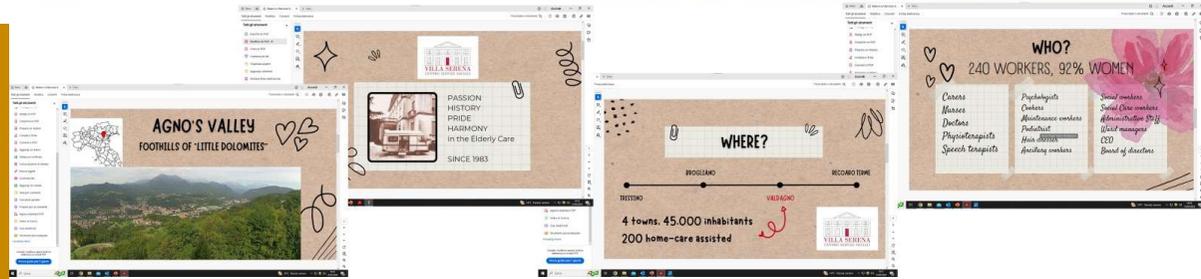
**Lunedì 22 gennaio... Valdagno – Venezia – Amsterdam - Almelo**



**22 gennaio 2024 – Almelo**  
Pigiama Party per mettere a punto la presentazione di Villa Serena in inglese



**Ilaria, Infermiera e Assessore ai Servizi Sociali Recoaro Franca, Operatrice Socio Sanitaria SAD Trissino**  
**Marta, Operatrice Socio Sanitaria SAD Valdagno**  
**Silvia, Direttrice**  
**Roberta, Fisioterapista e Referente di Nucleo**



23 gennaio 2024: sede di Buurtzorg

Ecco le nostre domande iniziali!



Qual è il ruolo del settore pubblico nell'assistenza domiciliare?

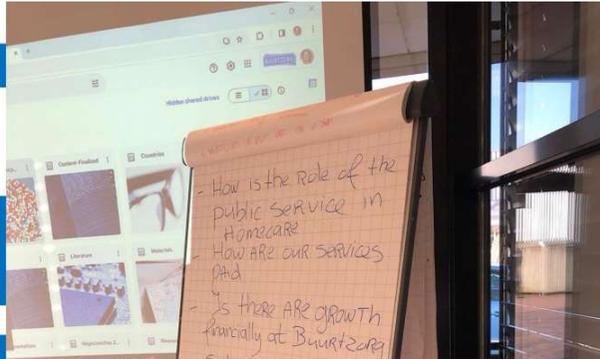
Chi finanzia e chi paga i servizi?

Buurtzorg è in equilibrio finanziario?

A quanto ammontano gli stipendi?

C'è carenza di personale?

Come è organizzato il lavoro?



Buurtzorg è partito dalle stesse problematiche che abbiamo noi oggi!

Frammentazione tra assistenza, cura, prevenzione

Standardizzazione delle attività assistenziali

Qualità più bassa/costi più alti, e incentivi sbagliati: dare più assistenza a fronte di costi bassi è conveniente

Grandi problemi di risorse dovuti all'andamento demografico

Nessuna informazione sui costi per cliente/prestazione

Le persone si dovevano confrontare con molti caregivers

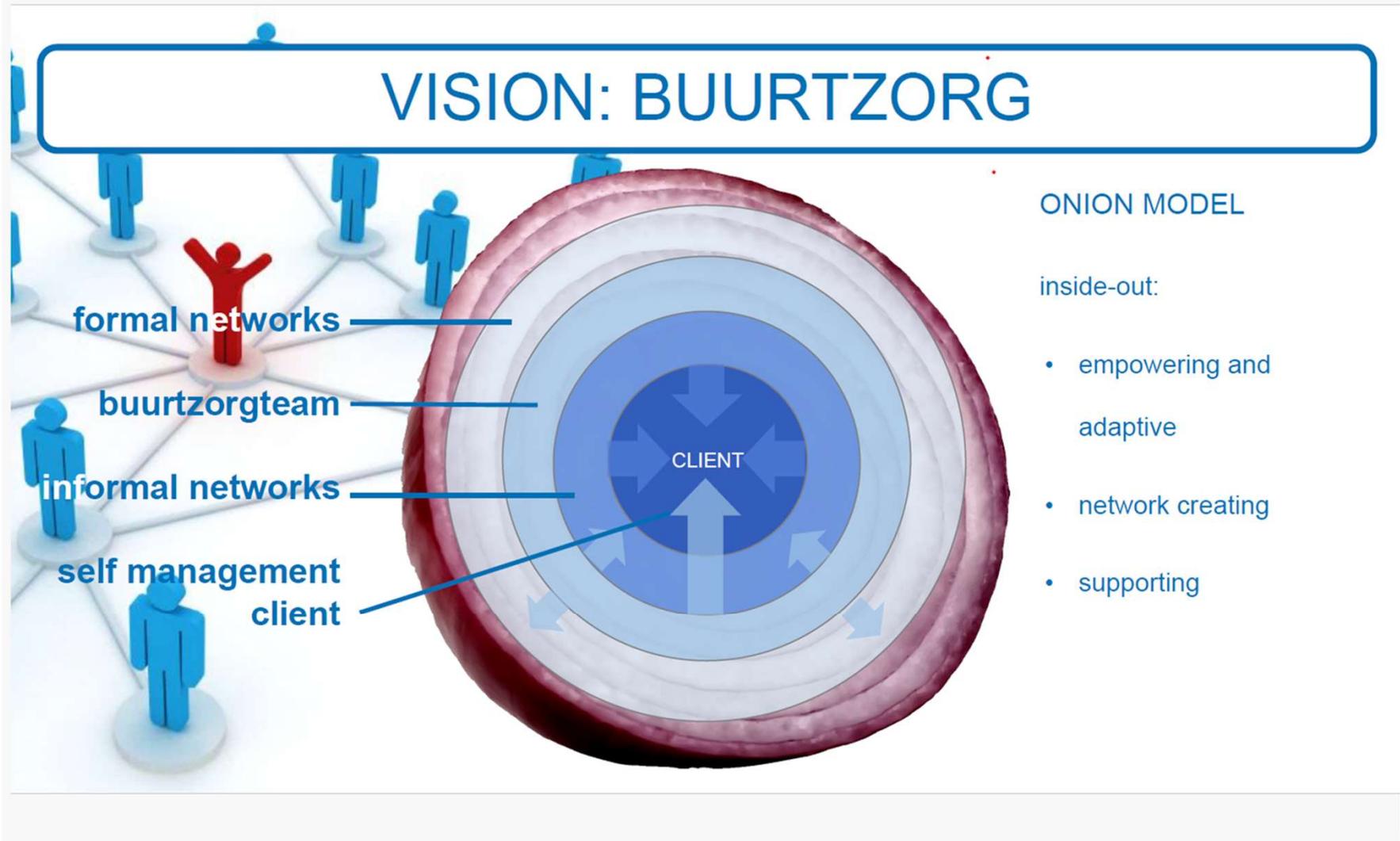
I professionisti erano molto infelici



### RESULTS POLICY ON HOMECARE 2006

- Fragmentation of cure, care, prevention
- Standardization of care-activities
- Lower quality / higher costs and wrong incentives: delivering much care against low cost is profitable
- Big capacity problems due to demographic developments
- Information on costs per client/outcomes: none!
- Clients confronted with many caregivers
- Professionals were very unhappy





## Self Organization

Autonomia ottimale e non gerarchica: FIDUCIA

Riduzione della complessità (anche attraverso l'uso della tecnologia nelle comunicazioni)

Generalità: assistere tutti i tipi di pazienti

70% infermieri «registrati»/ 40% infermieri laureati

Budget autonomo per la formazione

Le relazioni informali sono molto più importanti delle strutture formali organizzate

Gruppi autogestiti 8-10 persone che lavorano su un bacino di 10 mila abitanti

Massiva attivazione delle relazioni informali di quartiere e di vicinato

Molteplicità di prestazioni ed efficacia delle comunicazioni

Grande aderenza alla mission. Coach (no manager)



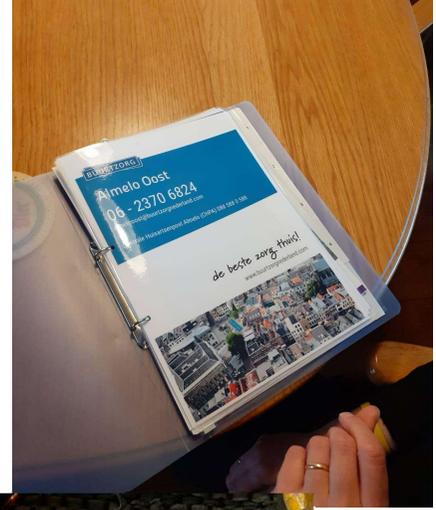
24 gennaio 2024 – La giornata di affiancamento con i colleghi olandesi



*Sicurezza in casa e pronto intervento*



*Sistemi di comunicazione semplici!!*



*Terapia monodose preparata dalla farmacia di quartiere*



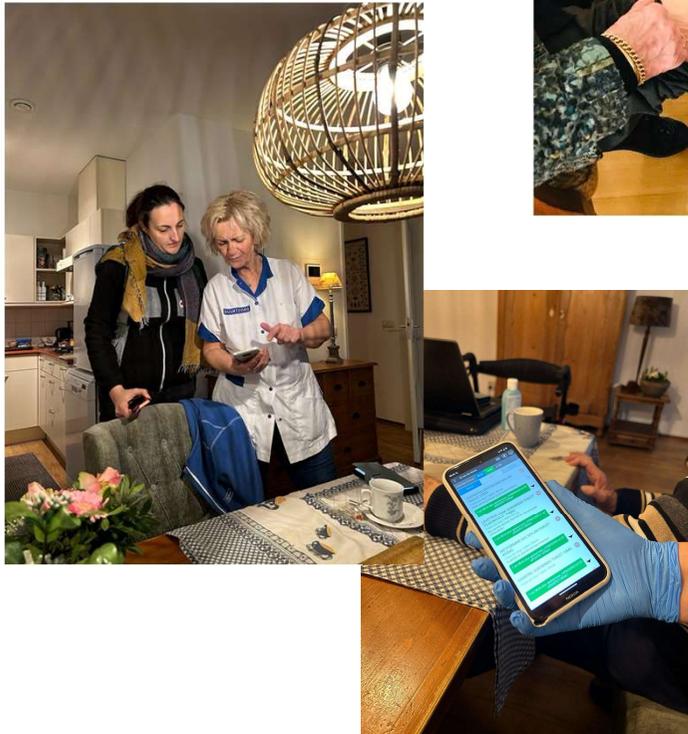
24 gennaio 2024 – La giornata di affiancamento con i colleghi olandesi



*Tecnologia?  
Siamo sul pezzo!*



*Non risponde nessuno?  
... torniamo più tardi!*

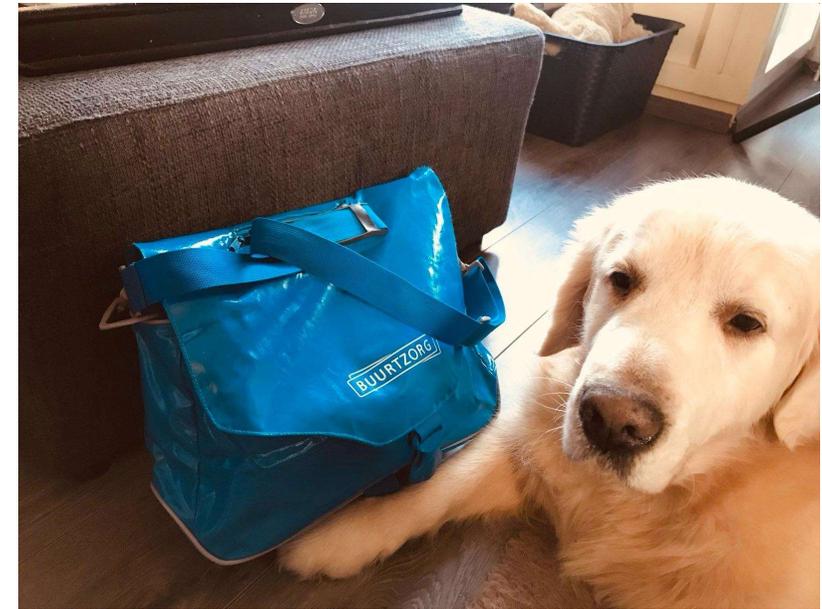


*Belle idee per facilitare l'assistenza!*

*Vivere da sola a 101 anni!  
... e se cade??*



24 gennaio 2024 – La giornata di affiancamento con i colleghi olandesi!



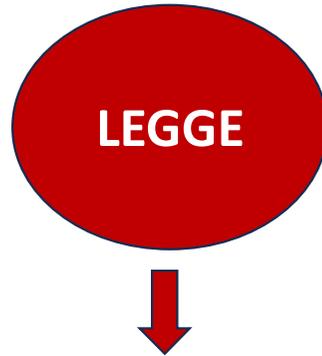
*Che procedure  
rigorose!!!*

Bei moment!



I PRESUPPOSTI DI SISTEMA

Cultura: STATO di DIRITTO



Cultura: PUBLIC INTEREST



Solo lo STATO eroga servizio pubblico, ne è garante

I servizi sono finanziati con la tassazione generale

I servizi territoriali sono gestiti dal COMUNE

Il cittadino si rivolge al Comune che decide ed eroga i servizi, anche tramite delega (come nel nostro caso)

Il cittadino paga una parte del costo del servizio

Approccio assistenzialista e familiare

Chiunque eroghi un SERVIZIO considerato PUBBLICO, è PUBBLICO

I servizi sono finanziati tramite assicurazione obbligatoria

I servizi territoriali sono gestiti da soggetti privati convenzionati con le Assicurazioni

Il cittadino si rivolge direttamente al soggetto privato erogatore

Il cittadino non paga nulla (ha già pagato l'assicurazione)

Approccio self-made e relazioni informali



I PRESUPPOSTI ORGANIZZATIVI



Ente pubblico che svolge i servizi territoriali in forza di un contratto con i Comuni

Fondazione privata no profit che svolge i servizi territoriali in forza di un contratto con le compagnie assicurative

Villa Serena è pagata dai Comuni €26,00/ora

Buurtzorg è pagata dalle Assicurazioni €81/ora

Team di OSS che operano all'interno dell'organizzazione generale

Team di Infermieri che operano in autonomia

Referenti – Responsabili - Amministrazione

Team – Coach - Back Office

OSS: Servizi assistenziali – consegna pasti e monitoraggio

Infermieri : Servizi infermieristici e assistenziali

Sezione pulizie domestiche

## COSA PORTIAMO NELLA NOSTRA VALLE DELL'AGNO???



### AMPLIAMENTO DEI SERVIZI

PICCOLE MANUTENZIONI,  
TRASPORTI E COMMISSIONI,  
PULIZIE, «NEGOZIO» SERENA  
ORIENTA, AUSILI...

PIU' ADDETTI, MAGGIORE  
COPERTURA ORARIA, NUOVI  
STRUMENTI, TECNOLOGIA,  
EDUCAZIONE E FORMAZIONE

### SOSTENIBILITA'



**ONION MODEL:** Coinvolgimento strutturale dell'informal network: ASSOCIAZIONE ALPINI, AMICI D'ARGENTO, PARROCCHIA, BAR, NEGOZI, VICINI

**OPPORTUNITA' DI IMPIEGO:** Personale ausiliario, professioni da spendere nel territorio

**INTEGRAZIONE DEI SERVIZI:** Primi passi di dialogo con Medici MMG e ADI

**PROGETTO SPERIMENTALE CON IL SAD DI RECOARO TERME E VALDAGNO**

## COSA PORTIAMO NELLA NOSTRA VILLA SERENA?



*First coffee, then care*

**IDEE, SPUNTI E CONFERME NEI SERVIZI TERRITORIALI**

INCONTRI DI RESTITUZIONE DELL'ESPERIENZA DI FORMAZIONE E AFFIANCAMENTO CON I COLLEGHI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE OLANDESE

MERCOLEDÌ 14 FEBBRAIO  
LUNEDÌ 19 FEBBRAIO  
DALLE 14:00 ALLE 15:30  
SALA RELAX DEL CENTRO DIURNO

**BOOK NOW!!!!**

Tel/Whatsapp/Signal  
377 3229375  
info@ccsvillaserena.it

ISCRIVITI AD UNO DEI DUE INCONTRI DI FORMAZIONE: LA PARTECIPAZIONE È CONSIDERATA ORARIO DI SERVIZIO

Modello organizzativo Buurtzorg nei team SAD ... e nei nuclei

Autonomia e autogestione del lavoro da parte dei gruppi: fiducia e responsabilità

Linguaggio: Coach e non Manager, Back Office e non Amministrazione

Intranet aziendale e miglioramento nella comunicazione interna

Semplici strategie di sicurezza e assistenza

Tempi flessibili



qualità & benessere

**BEN-fare 2024** *è* **Care Europa**

**ACCOGLIENZA**

**PASTI A DOMICILIO CON MONITORAGGIO**

**BACK OFFICE PROFESSIONISTI**

**ATTIVITA' CON I CAREGIVER**

**RACCOLTA FONDI**

**SIAMO  
FORTI IN:**

**28 novembre 2024:**

Presentazione a Bologna del manuale  
*«I servizi territoriali per le persone  
anziane in ambito montano: il modello  
della Valle dell'Agno»*

**SAVE THE DATE!**

**25 gennaio 2025:**

Convegno a Valdagno sul tema dei  
servizi territoriali con esperti ed  
esperienze a confronto

**GRAZIE!!!!**

*Outcome: Non sono solo nell'affrontare i problemi legati all'invecchiamento!*



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Approccio valoriale alla Qualità della vita delle persone con demenza in Europa

A cura di:

- Marco Fumagalli - *Coop. La Meridiana*
- Marco Falorni - *Autore e regista*

*Nel corso del seminario verrà proiettato il  
Docufilm “la Memoria delle Emozioni”*

# UMANIZZAZIONE

Essere ascoltato  
Personalizzazione  
Presenza in carico

Qualità  
dell'assistenza

Dimensione  
umana del  
personale

*La possibilità di essere accolti  
nella propria globalità con una  
presa in carico attenta  
all'ascolto, alla  
personalizzazione degli  
interventi ed alla dimensione  
umana e relazionale  
dell'assistenza*



## UMANIZZAZIONE

### PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Accostarsi all'anziano affetto da demenza con un **atteggiamento empatico**, **riconoscere il suo mondo** al fine di farlo sentire accolto e compreso nelle sue necessità, ricollegando il momento presente alla fase della storia personale.
- **Valorizzare la presenza e la conoscenza delle persone da parte dei loro cari**, coinvolgendoli nella individuazione dei desideri e delle preferenze delle persone, nella lettura e nella decodificazione dei feed back comportamentali di benessere o malessere, nella personalizzazione degli interventi.
- Garantire una **specificità competenza e supervisione dell'equipe** e dei singoli professionisti per la gestione delle relazioni con la persona demente.
- **Curare in modo particolare i momenti di transizione** e cambiamento in modo da limitarne l'impatto disorientante sulla persona

# RISPETTO

Rispetto delle  
esigenze del  
residente

Rispetto  
della  
riservatezza  
e della  
dignità della  
Persona

Attenzione  
istituzionale  
alla Persona

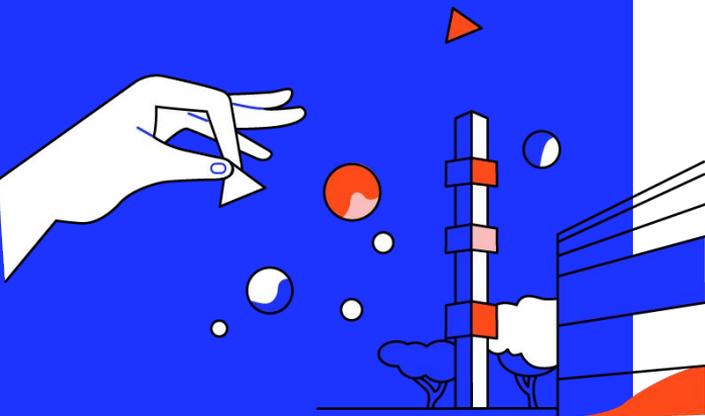
*Possibilità di vedere riconosciuti dall'organizzazione il rispetto dei tempi e ritmi di vita personale degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori*



# RISPETTO

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Organizzare la vita quotidiana **adattando gli interventi ed i tempi ai ritmi di vita** delle persone ed alle loro esigenze contingenti (ad es. momenti alimentari, risveglio, riposo). Adattarsi al bisogno di lentezza in tutte le attività ed i bisogni relazionali.
- Garantire **il rispetto dei comportamenti e degli stati emotivi** anche se non compresi (ad es. essere di cattivo umore, arrabbiati, tristi), attraverso l'ascolto professionale ed empatico. Approcciarsi con quella sensibilità e delicatezza tipiche di un atteggiamento non intrusivo, ma desideroso di conoscere la persona.
- **Riconoscere**, nel caso di persone con difficoltà ad esprimersi verbalmente, **agli stati di alterazione del comportamento o dell'umore, pari dignità** ed importanza di una segnalazione, un suggerimento o un reclamo, rispetto ai quali i vertici istituzionali devono garantire un monitoraggio ed una presa in carico sul piano gestionale.



# Shifton

Design Practices for Social Innovation

## BEN-fare 2024

Progettare oggi le residenze di domani per e con le comunità. L'esperienza di un Community Hub a Milano che integra Cura e Cultura

Emanuel Ingrao  
24 Ottobre 2024

# CASO STUDIO

## Adriano Community Center & Magnete

2020-

Partner:

Shifton  
Proges  
Fondazione Cariplo

3 Years



# Adriano Community Center

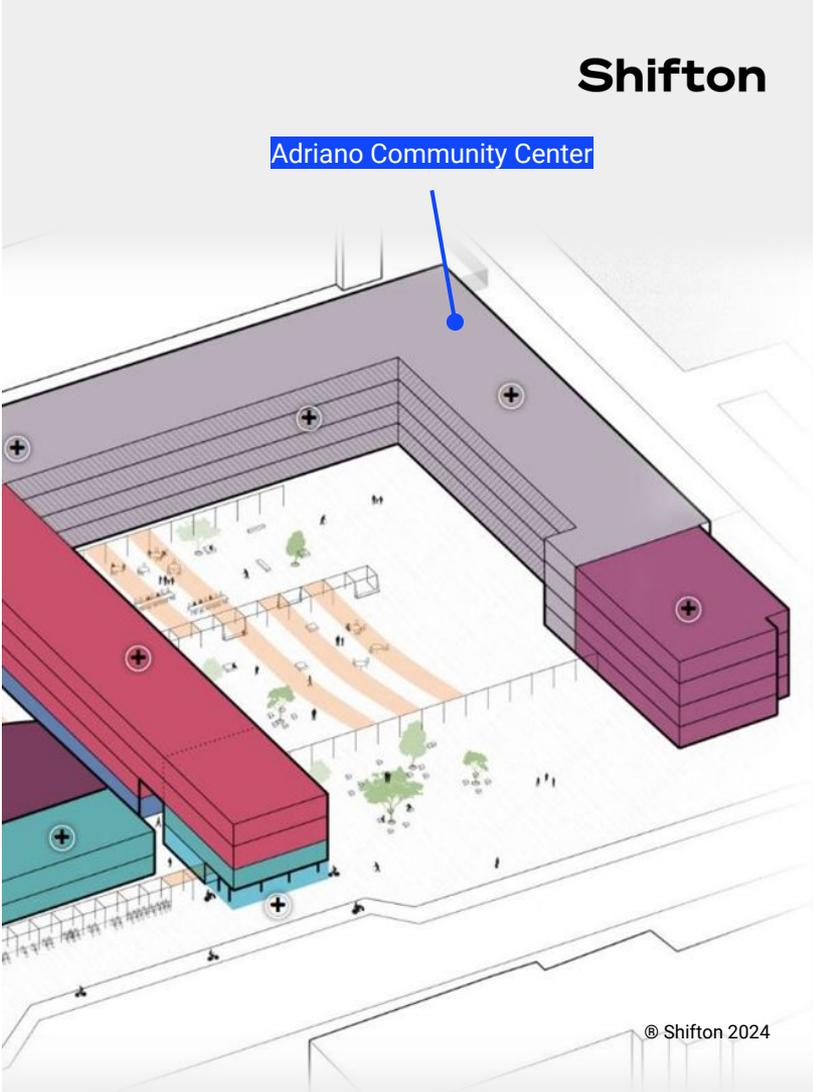
## I numeri dell'Adriano Community Center

**140** Beneficiari\* per RSA

**22** Appartamenti di social housing con 60 beneficiari\*

**150** Dipendenti di Proges nelle strutture

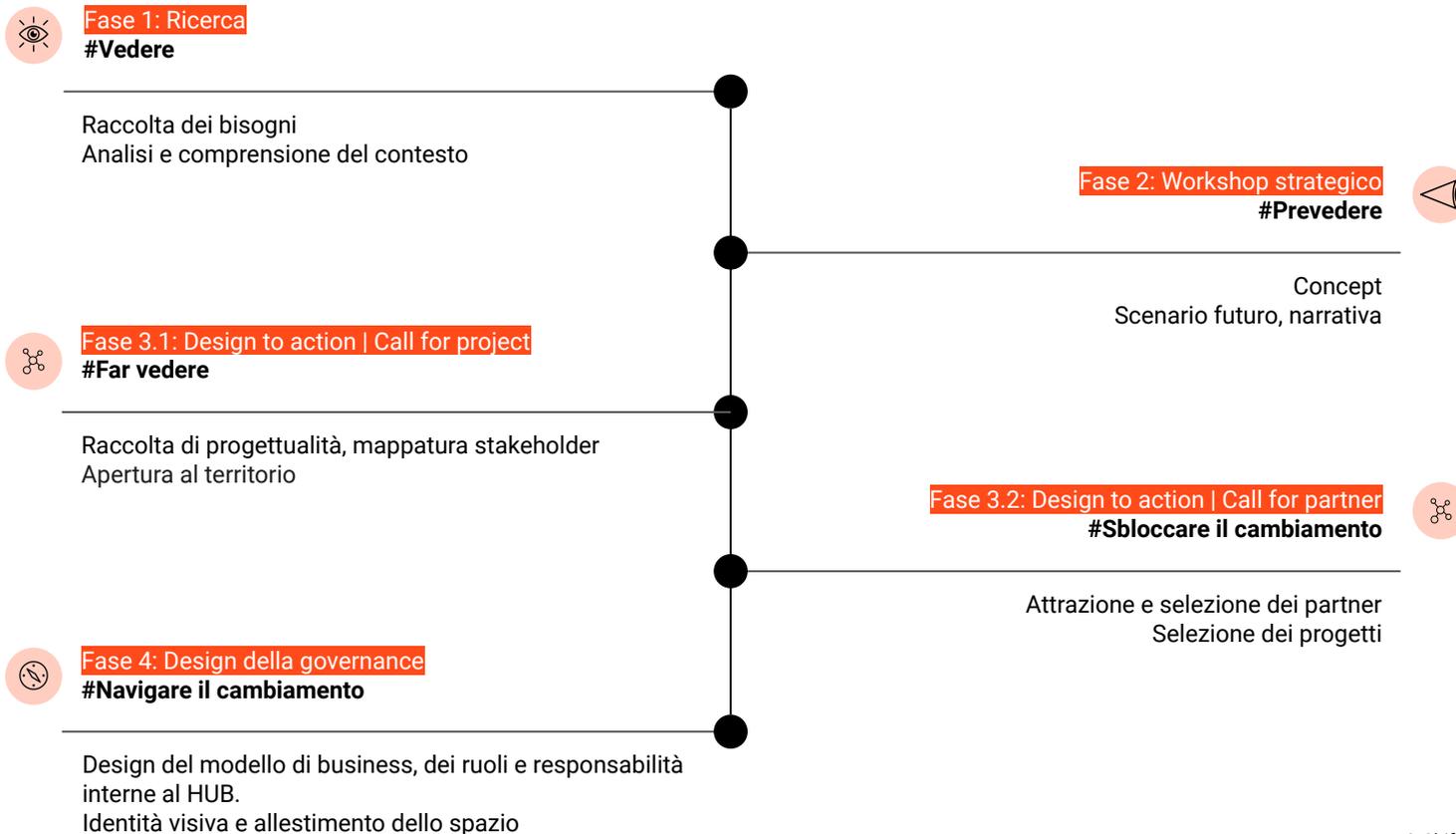
**17** Appartamenti protetti con 60 beneficiari\*



# Adriano Community Center

Shifton





Fase 3.1

## Design to action | Call for project: Adriano Community Days

#Far vedere



Fase 3.2

**Design to action | Call for partner:** **FUTURE ~ DAYS**  
PER ADRIANO COMMUNITY CENTER  
**#Sbloccare il cambiamento**



Welfare culturale, ricerca, nuovi format,  
nuovi pubblici



Formazione. Teen, Learning, Edutainment,  
Neet



Cibo per accogliere, per nutrire le relazioni,  
per allargare i pubblici

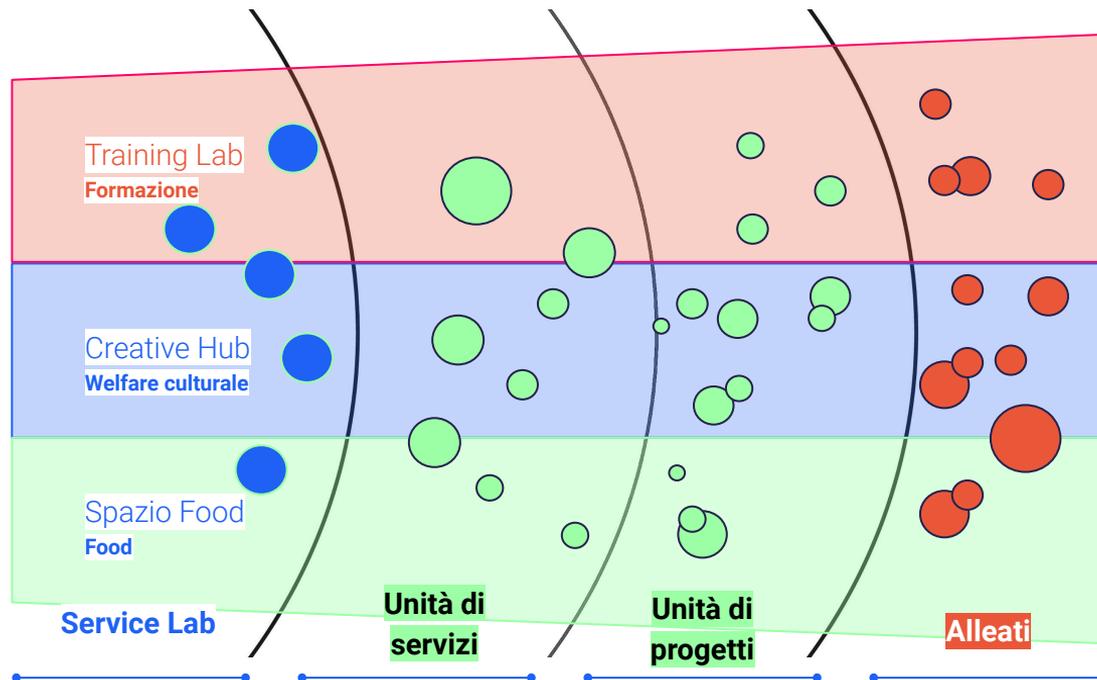
Fase 4

## Design della governance

#Navigare il cambiamento



La governance di Magnete si struttura su **3 livelli di gestione** con responsabilità e compiti differenti, cui corrispondono **3 ruoli: Alleati, Unità di progetti e servizi e Service Lab.**





# Il sistema integrato di comunicazione di Magnete

**ADRIANO FRINGEMI**  
Festival

**VAI COL LISCIO**  
Balere di quartiere

**CONFINI**  
Passeggiata sonora per Quartiere Adriano

24 settembre, ore 18.00 e ore 19.30  
Partenza da Magnete, Via Adriano 107



Affacciati al balcone, vieni a ballare con noi sotto casa!



**A CORPO LIBERO**  
Spettacolo di e con Silvia Gribaudo

**ADRIANO A/R**  
Sabato 24 settembre, ore 20.45  
Magnete, Via Adriano 107

**CULTURAL TOOLBOX**  
Ecate e Theatron 2.0.

**ADRIANO A/R**  
22 e 23 settembre, alle 15  
Magnete, Via Adriano 107



**ADRIANO A/R**  
Venerdì 2 settembre 2022, dalle 20:30 alle 23:00  
con la band Rita e Guerrino  
Anfiteatro della Martesana via Agordat, Milano  
Evento gratuito

**JAZZMI**

**JAZZMI 2022**

**MAGNETE SABATO 8 OTTOBRE**

#jazzmi2022



**ANCORA IO, ANCORA TU.**  
Identità, affetti e Alzheimer

Martedì 16 novembre ore 9-30  
MAGNETE MILANO - via Adriano 107

Con Francesco Campione (docente di Psicologia Clinica e Psicologia delle Situazioni di Crisi all'Università di Bologna) e Alessandro Fusaro (Comitato scientifico dell'area Assistenza della cooperativa sociale Proges)

**MAGNETE**

ESPOSIZIONE  
21-22-23  
GIUGNO

**DRAL**  
- MILANO -

**MAGNETE**  
VIA ADRIANO 107

**LO SPECCHIO E L'INCUBO**  
di Aram Ghasemy

"Lo specchio e l'incubo" parla di uomini e donne che sono stati costretti a lasciare la loro patria, ma che continuano a vivere in quella patria con la loro mente e il loro cuore. Aram Ghasemy prova a raccontare e ricreare un mondo surreale attraverso i linguaggi della danza contemporanea, della video-arte e della poesia.

**ADRIANO A/R**  
sabato 10 settembre, alle 21:00  
Magnete, via Adriano 107, Milano

**MAGNETE**

## Gli spazi di Magnete

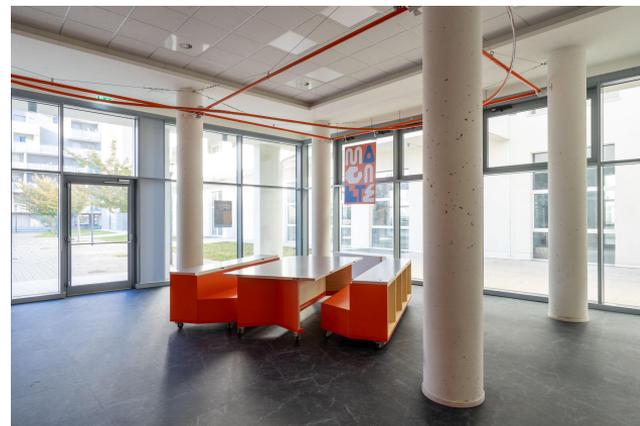
Arredi modulari



# Gli spazi di Magnete

Arredi modulari

# Shifton



# Gli spazi di Magnete

Arredi modulari

# Shifton



## Gli spazi di Magnete

Arredi modulari





An aerial photograph of a city, likely Adriano, showing a mix of residential buildings and green spaces. In the foreground, there is a large green park area with a circular path and a small structure. The middle ground is filled with various apartment buildings and houses. The background shows a hazy cityscape under an overcast sky. The text 'Adriano community days' is overlaid in a white, cursive font in the center of the image.

*Adriano  
community  
days*

# CASO STUDIO

## Spazio alla bellezza, Carcere di San Vittore

2021

Partner:

Shifton

Triennale di Milano

Fondazione Maimeri

Amici della Nave

Fondazione di Comunità

1 Year





1B

# Spazi detentivi

Shifton



# Spazi detentivi

Shifton



# Spazi detentivi

Shifton



**Spazi dismessi**

**Shifton**



# Sale colloqui e spazi di incontro

Shifton



# Spazio mensa per Agenti di Polizia

Shifton



# Alloggi Agenti di Polizia

Shifton

Spazi esterni

Shifton

1968  
Candido  
Cannab



# Shifton

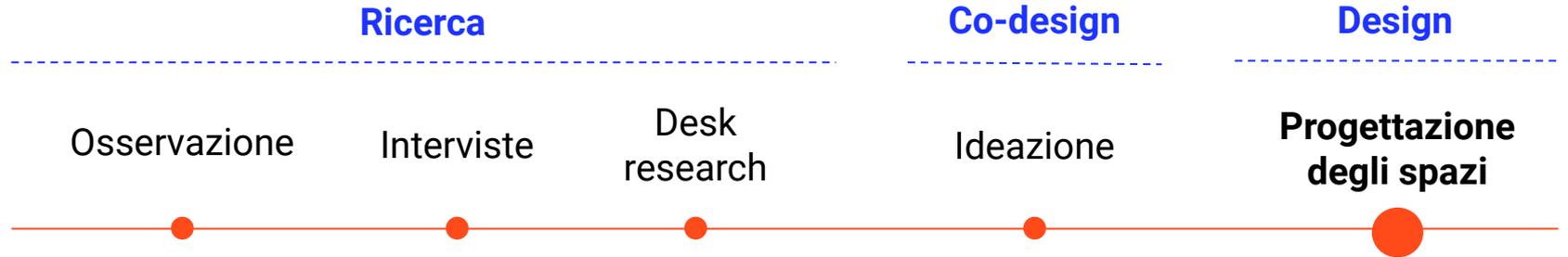


A. INTERAZIONE CON LA CITTÀ

B. COMUNITÀ E SPAZI ABITATIVI

C. RI-CREATIVITÀ E BENESSERE

# I brief e la progettazione unitaria



## Le 3 aree di intervento

Comunità e spazi abitativi



Interazione con la città



Ri-creatività e benessere





## Community space di reparto



# Campus dei talenti: scuola professionale e multiteca



# Spazio polifunzionale e flessibile: mensa e bar



# Privacy e relax in caserma





## Colloqui e incontri





**Spazio aperto comune**



## Tedx Modena | Design di nuovi futuri di Emanuel Ingraio

L'impatto del metodo Human-Centered Design in un intervento di rigenerazione degli spazi nel carcere italiano San Vittore. I bisogni di agenti di polizia e detenuti al centro del processo di innovazione.

<https://www.youtube.com/watch?v=Qb029221VdY>



# CASO STUDIO

## Ex-Colombofili | Rigenerare spazi per rigenerare relazioni

2024

Partner:

Shifton  
Fondazione di Modena  
Diverse righe Studio

6 Mesi



# VISIONI

Idee emerse

Tante funzioni

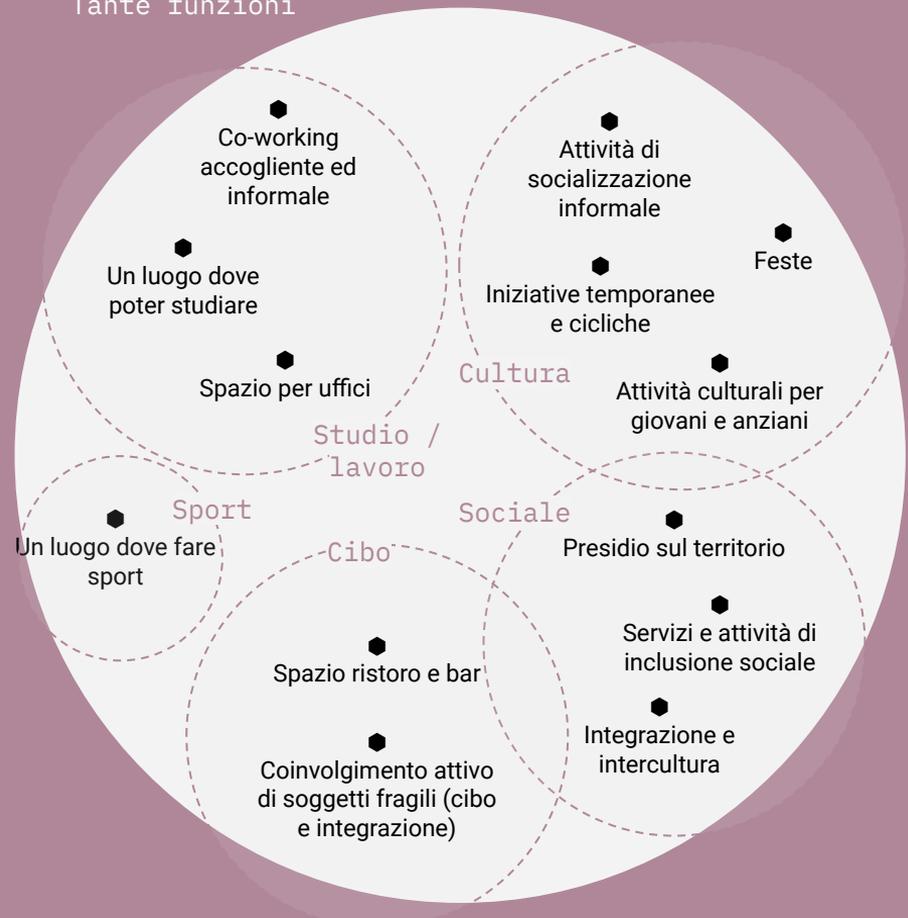
Pubblici



Governance



Continuità



Un luogo...

Aperto

Permeabile

Poroso

Attraversabile

Ecosistemico

Fatto di tanti luoghi

Di sperimentazione

Colorato

Luminoso

Accogliente

# Un ponte come parco

## Scenario 1

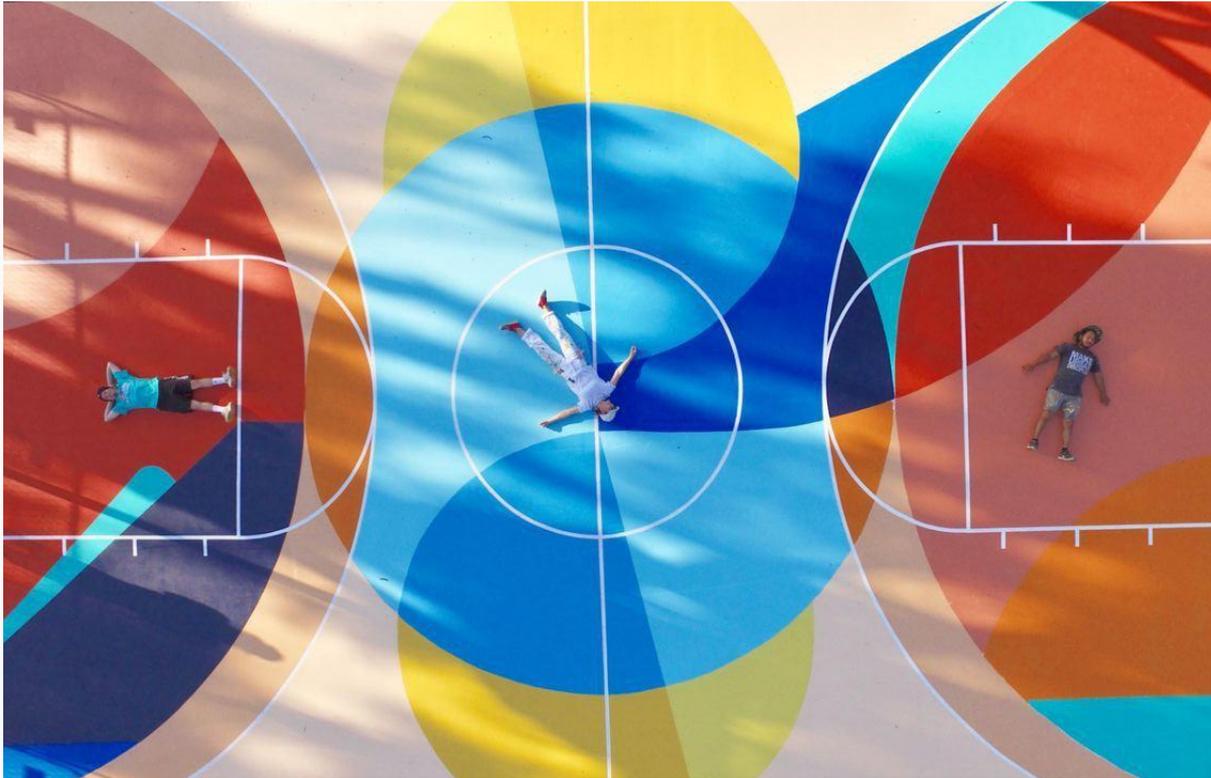


# Palco di comunità Scenario 2



# Sport, comunità e Scuola Aperta

## Scenario 3

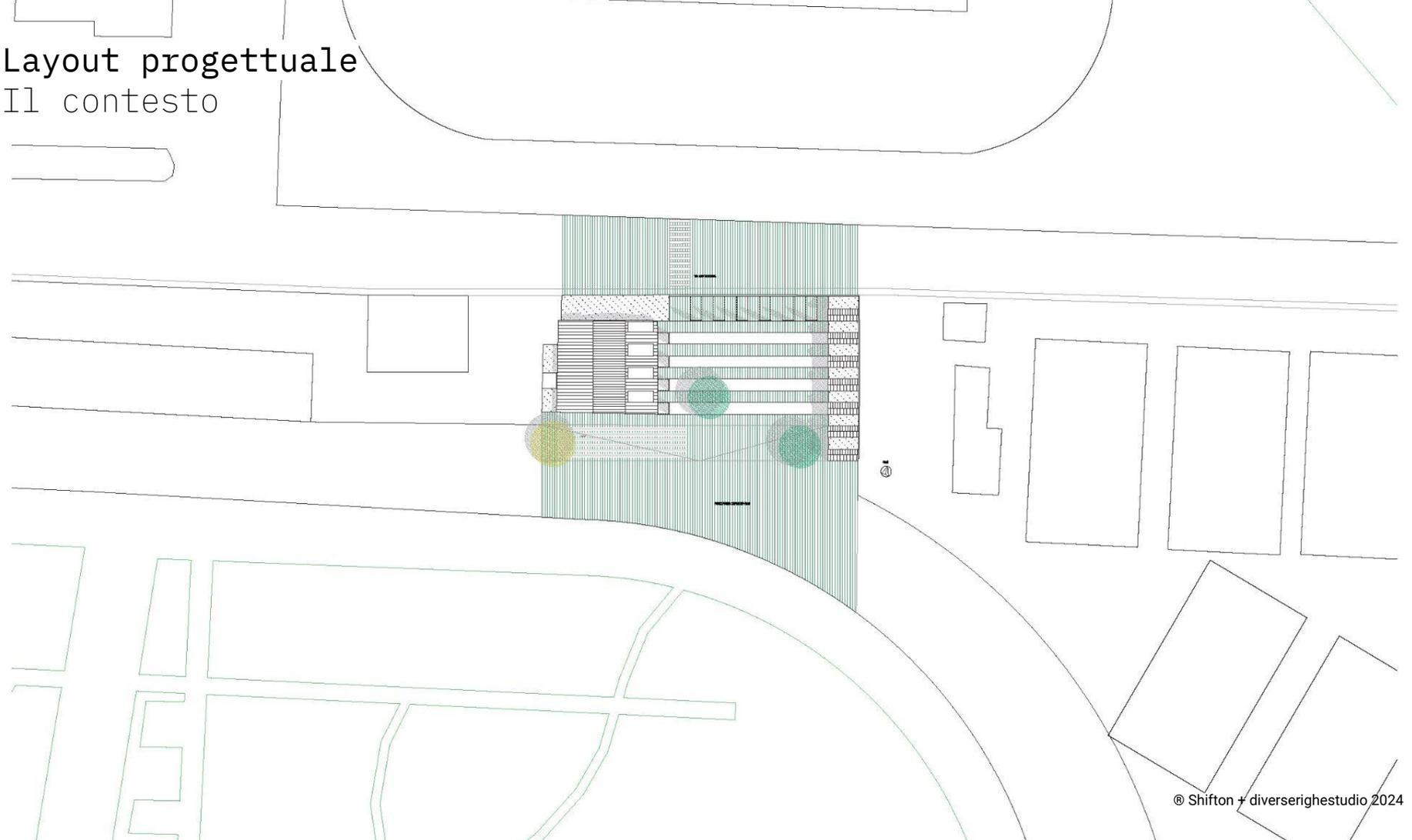


Levante  
Scenario 4



# Layout progettuale

## Il contesto



Vista 01



Vista 02





# Shifton

Design Practices for Social Innovation

SHIFT the contemporary through kindness  
SHIFT the society by empowering communities  
SHIFT towards a brighter future  
Embrace the SHIFT with us!

## Whitepaper Portfolio



Emanuel Ingrao  
Founder & CEO  
M: +39 335 7481222  
E: [emanuel.ingrao@shifton.it](mailto:emanuel.ingrao@shifton.it)



[shifton.it](http://shifton.it)  
[hello@shifton.it](mailto:hello@shifton.it)

Subscribe to our bi-monthly  
newsletter [\*Orbite\*](#)



# **COSTRUIRE PONTI TRA GENERAZIONI**

---

L'esperienza del Centro Spinelli di Cadoneghe, Padova



## OFFICINA DI COMUNITÀ

Uno spazio dedicato alla **partecipazione**, all'inclusione e allo **sviluppo della comunità**. Attraverso l'arte e la cittadinanza attiva mira a **promuovere il benessere** e a prendersi cura degli spazi e delle relazioni, sviluppando progetti di **rigenerazione urbana e mediazione sociale**.



**MARCHESI  
LIVING LAB**  
Casa di Quartiere  
ARCELLA

## CASA DI QUARTIERE

Prima Casa di Quartiere a Padova. co-gestione di questo **spazio generativo, inclusivo e di prossimità**, un luogo di aggregazione a carattere sociale, educativo e culturale di **incontro per il quartiere e le sue comunità** (culturali e generazionali).



## CIC Casetta in Comune

Uno **spazio di prossimità, di comunità e intergenerazionale** frutto di un processo di gestione collettiva di un luogo aperto alla cittadinanza insieme ad attori locali attraverso il **Regolamento Beni Comuni** del Comune di Padova.

# LA PSICOLOGIA DI COMUNITÀ

- promuovere l'**inclusione sociale** e la **partecipazione attiva**
- rafforzare i legami sociali, il senso di appartenenza al territorio, l'**empowerment**
- rendere le **persone protagoniste di un cambiamento** positivo all'interno della società

# CENTRO SPINELLI



spazio polifunzionale



# IL CONTESTO

**Cadoneghe è un Comune di circa 16 mila abitanti situato nella provincia di Padova, in Veneto.** Frazionata in tre territori Mejaniga, Bragni e Bagnoli, ognuna con una propria identità e servizi locali.

## CADONEGHE PADOVA



Comune di Cadoneghe  
Provincia di Padova





# AREA RESIDENZIALE

## 20 appartamenti

- Residenti over 65
- Residenti emergenza Ucraina



# SPAZI PER LE

# ASSOCIAZIONI

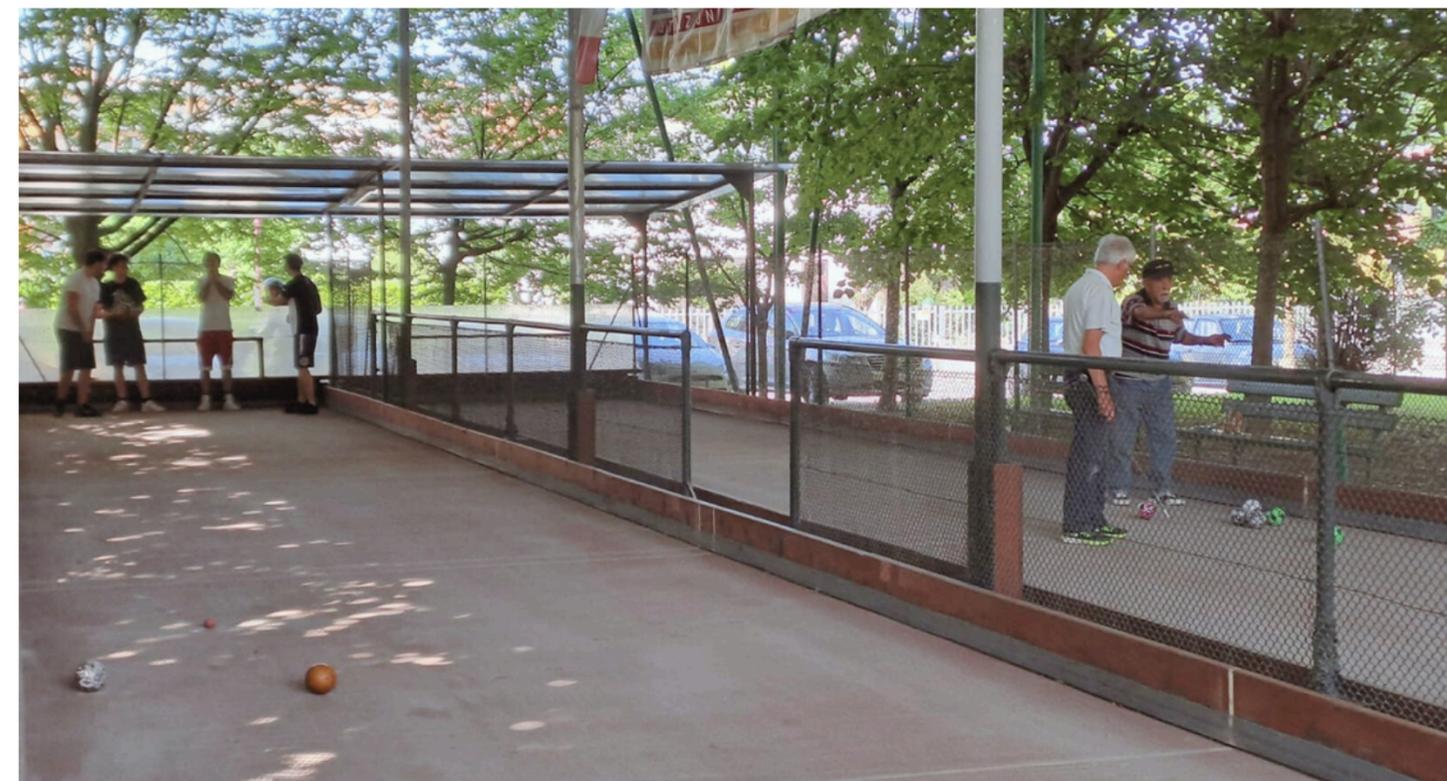




- sale polifunzionali
- spazi verdi esterni
- campo da bocce



GLI SPAZI  
DEL CENTRO



# IL PROGETTO

**UN LUOGO DI INCONTRO PER TUTTE E TUTTI**

**OBIETTIVO** rivitalizzare il Centro, trasformandolo in un **hub culturale e sociale** che coinvolga attivamente tutti i cittadini, rafforzando le relazioni e la coesione sul territorio.

- punto di incontro tra generazioni e culture
- propulsione della vita sociale, culturale e ricreativa a disposizione di più realtà
- processi partecipativi



# IL TEAM



COMMUNITY  
WORKERS



ESPERTO DI  
COMUNICAZIONE



PERSONE  
VOLONTARIE

# LE ATTIVITÀ

1. Animazione e partecipazione
2. Promozione e informazione
3. Portierato sociale





# I VOLTI DEL CENTRO





# MONITORIAGGIO E VALUTAZIONE

**Impianto di monitoraggio e valutazione continua che nel giro del primo anno  
riporterà i risultati del lavoro svolto e la programmazione del successivo**



# COME SARÀ

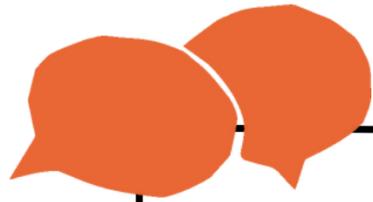
Promozione dell'indagine il **CENTRO CHE VORREI** una consultazione aperta a tutte e tutti per ripensare insieme le attività del Centro.

## Indagine IL CENTRO CHE VORREI



Proposte e visioni per disegnare insieme  
il Centro Polifunzionale Spinelli

# CONTATTI



320 219 4614



centrospinelli.cadoneghe@gmail.com

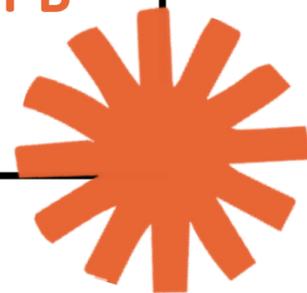


@centrospinelli



Centro Spinelli - Spazio Polifunzionale

Via Giacomo Leopardi, 2, 35010 Cadoneghe PD



CENTRO SPINELLI  
SPAZIO POLIFUNZIONALE

UN LUOGO PER TUTTE E PER TUTTI  
COSA TROVI  
AL CENTRO ?

ATTIVITÀ  
E SERVIZI

Corsi, laboratori,  
sportelli tematici,  
orientamento ai servizi

SPAZI

Disponibilità di stanze  
interne, giardino e  
campo da bocce

COME CONTATTARCI

centrospinelli.cadoneghe@gmail.com  
320 219 4614  
Centro Spinelli - Spazio polifunzionale  
centrospinellcadoneghe  
via Giacomo Leopardi 2, Cadoneghe

Progetto realizzato dalla Cooperativa Il Sestante con il contributo del  
Comune di Cadoneghe

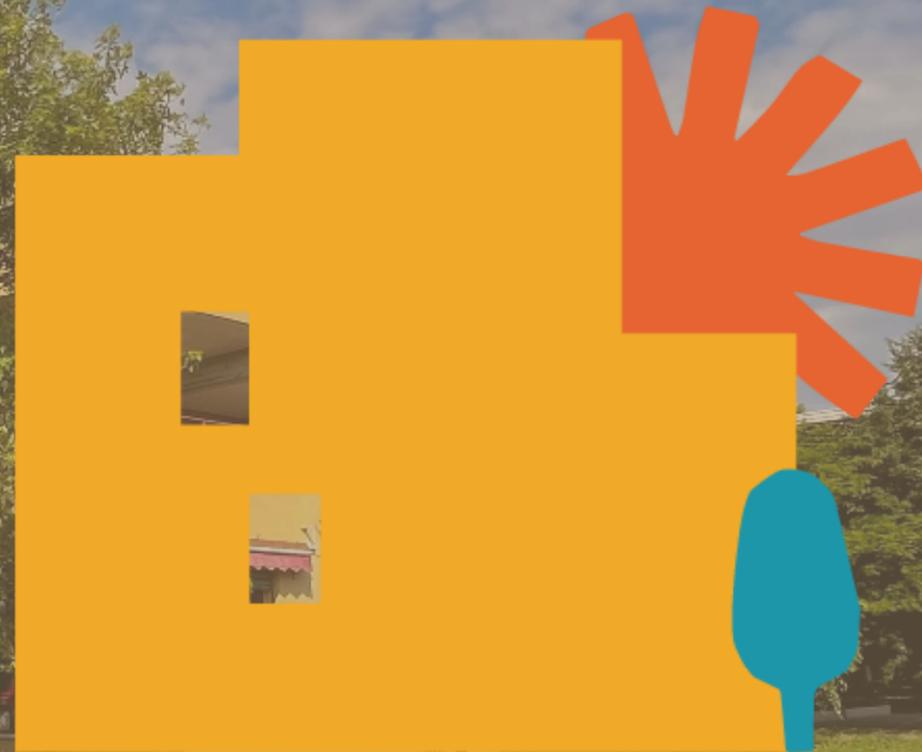
CENTRO SPINELLI  
SPAZIO POLIFUNZIONALE



# CENTRO SPINELLI

SPAZIO POLIFUNZIONALE

GRAZIE



**SARA**

**RANZATO**



Comune di Cadoneghe  
Provincia di Padova

---

Assessore alle politiche educative, scolastiche e culturali, servizi sociali



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



## Workshop 1

**Affrontare le relazioni  
incrinatae, strumenti per  
contrastare le aggressioni  
agli operatori**

**23 ottobre 2024**

Antonia Ballottin  
SPISAL AULSS 9 Scaligera Verona

**Affrontare le relazioni incrinare  
permette di contrastare le aggressioni agli operatori ?**

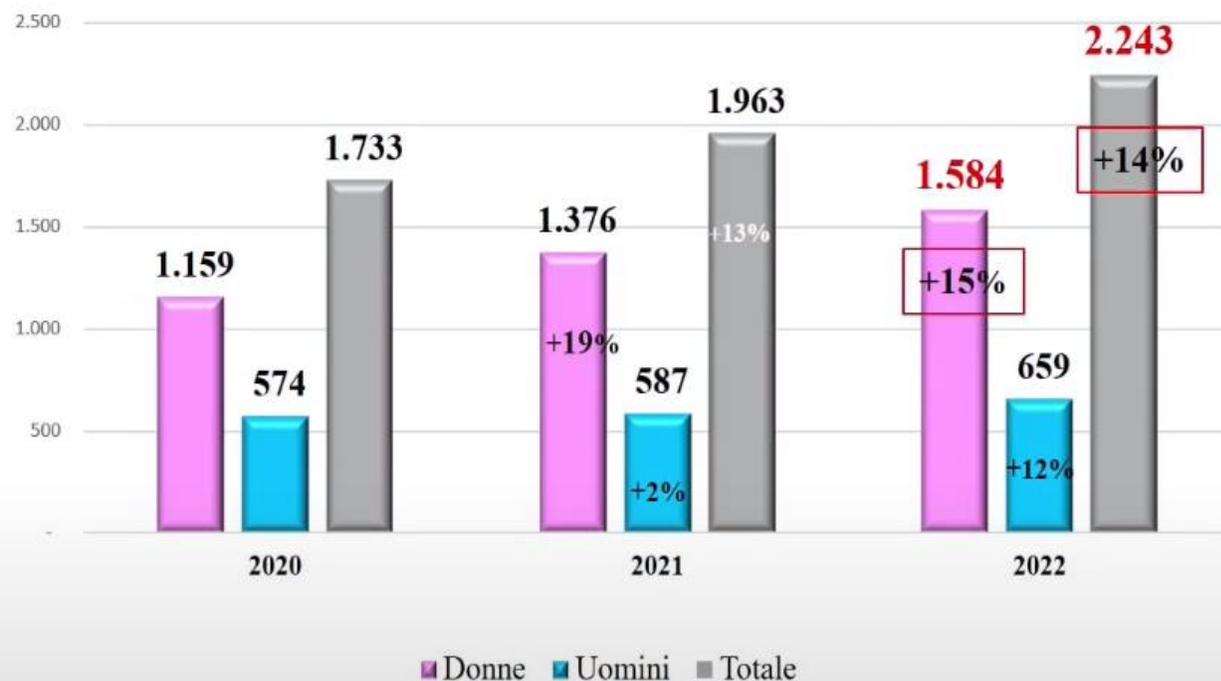
## Infortunati in occasione di lavoro riconosciuti dall’Inail nel settore della Sanità e Assistenza sociale causati da violenze e aggressioni – triennio 2020-2022

Sezione/Divisione Ateco	2020	2021	2022	Totale triennio 2020-2022
Q 86 - ASSISTENZA SANITARIA	905	1.010	1.168	3.083
Q 87 - SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE	537	624	716	1.877
Q 88 - ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE	291	329	359	979
<b>TOTALE SANITA' E ASSISTENZA SOCIALE</b>	<b>1.733</b>	<b>1.963</b>	<b>2.243</b>	<b>5.939</b>

*Esclusa aggressione, calca, violenza da parte di animali (codice 84 Var: Esaw/3 – Deviazione): **99 casi nel 2022***

## SANITA' E ASSISTENZA SOCIALE - Infortuni violenze riconosciuti in occasione di lavoro per genere - triennio 2020-2022

### Genere e anno di accadimento



### Genere (incidenze nel triennio)



**LEGGE 14 agosto 2020 , n. 113** *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*

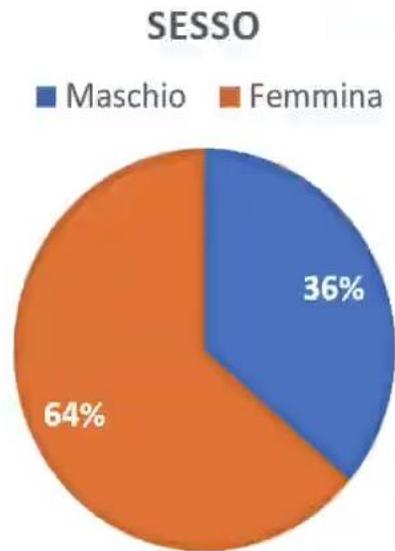
## OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SICUREZZA DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE

Aggressione verbale  
Aggressione fisica  
Aggressione contro la proprietà

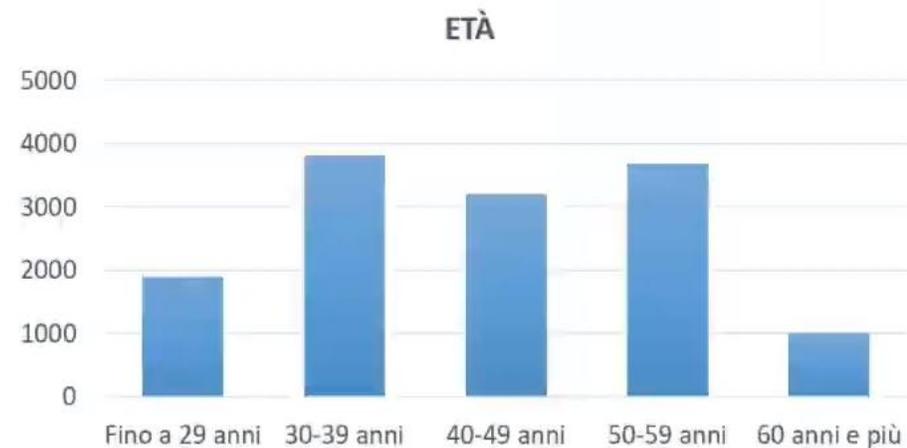


Emergenza delle condizioni di rischio  
Capacità di riconoscere i segnali  
Adottare interventi di prevenzione

## LE AGGRESSIONI SEGNALATE NEL 2023 AI CRGRS



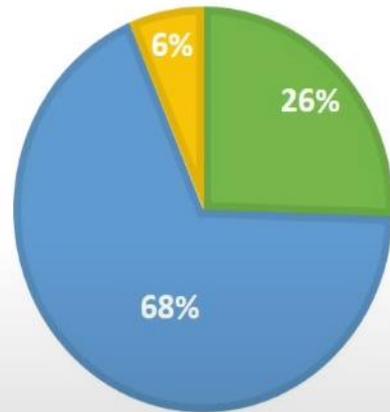
Oltre 16mila segnalazioni di  
aggressione per un totale di circa  
18mila operatori coinvolti



## LE AGGRESSIONI SEGNALATE NEL 2023 AI CRGRS

TIPO DI AGGRESSIONE

- Fisica
- Verbale
- Contro la proprietà



Considerate per la prima volta su scala nazionale anche le aggressioni verbali e contro la proprietà



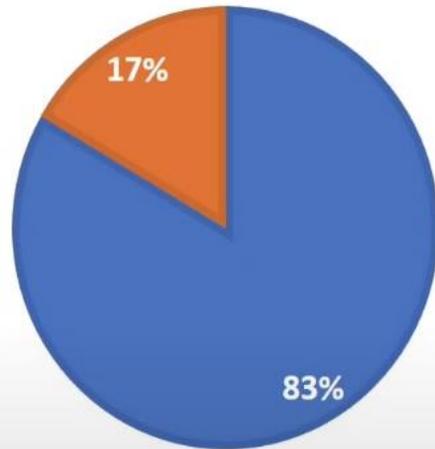
È possibile contrastare la sottostima del fenomeno



## LE AGGRESSIONI SEGNALATE NEL 2023 AI CRGRS

### GIORNO EVENTO

■ Feriale ■ Festivo



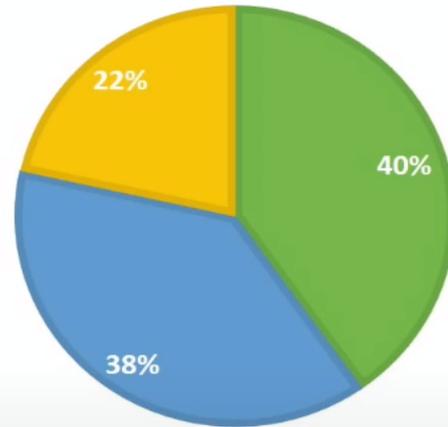
Professionisti  
maggiormente coinvolti:  
Infermieri, Medici e OSS



## LE AGGRESSIONI SEGNALATE NEL 2023 AI CRGRS

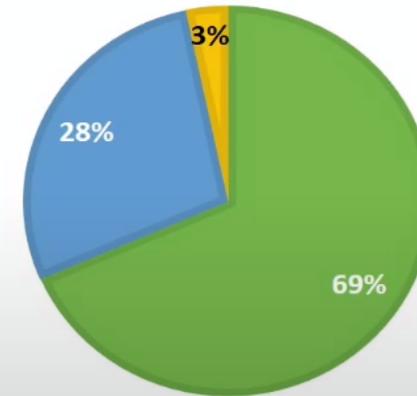
### FASCIA ORARIA

■ Mattina ■ Pomeriggio ■ Sera/Notte



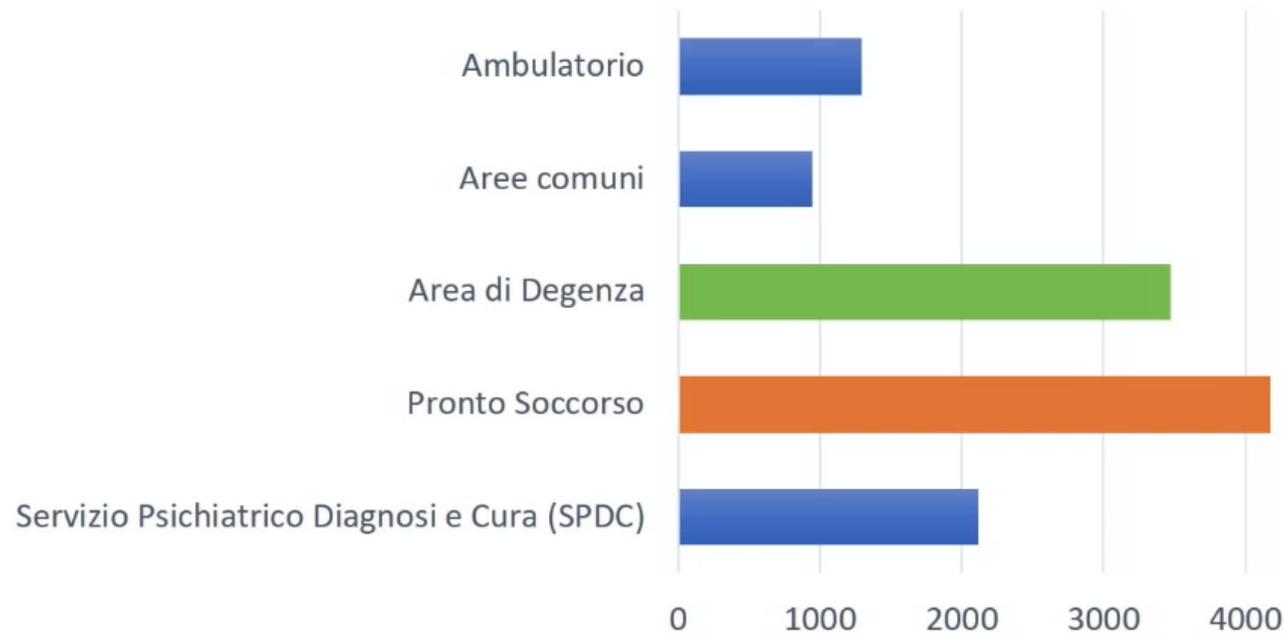
### TIPO DI AGGRESSORE

■ Utente / Paziente ■ Parente / caregiver / conoscente ■ Estraneo



## LE AGGRESSIONI SEGNALATE NEL 2023 AI CRGRS

### Setting assistenziale - Ospedale



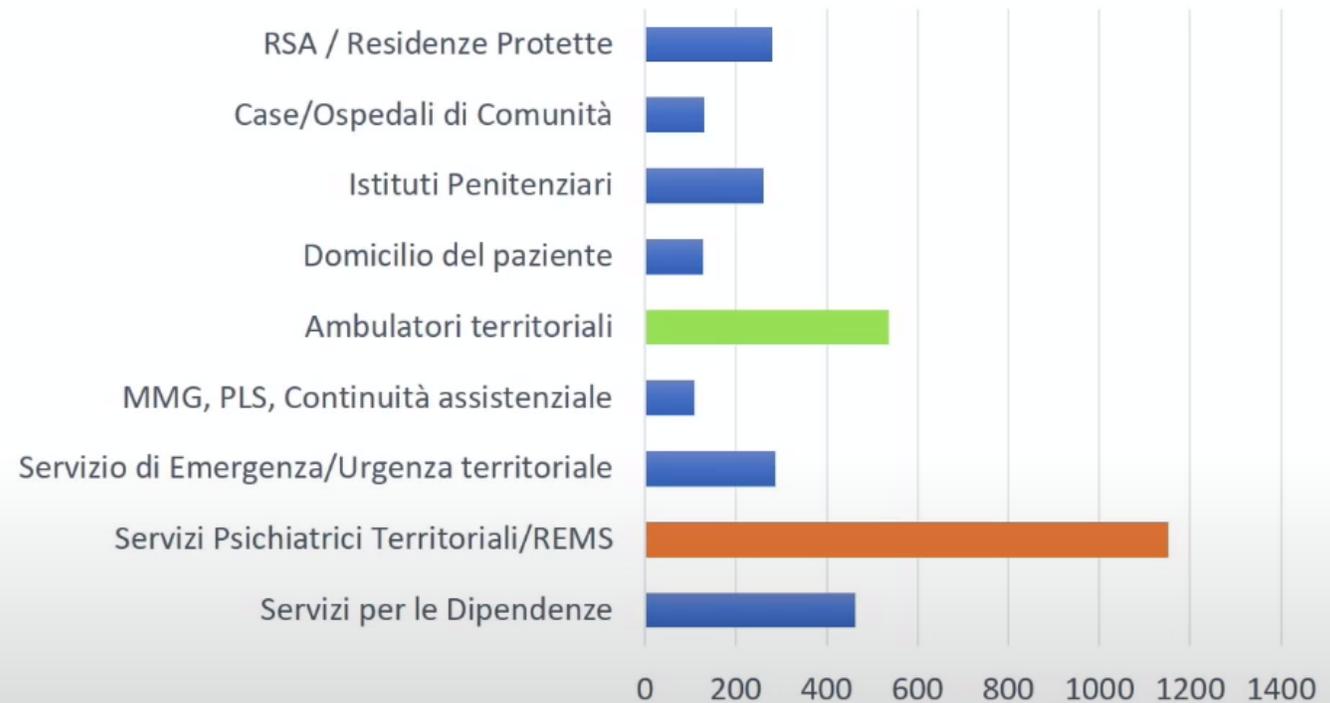
PS e Aree di  
Degenza i setting  
più rischiosi in  
ambito  
ospedaliero



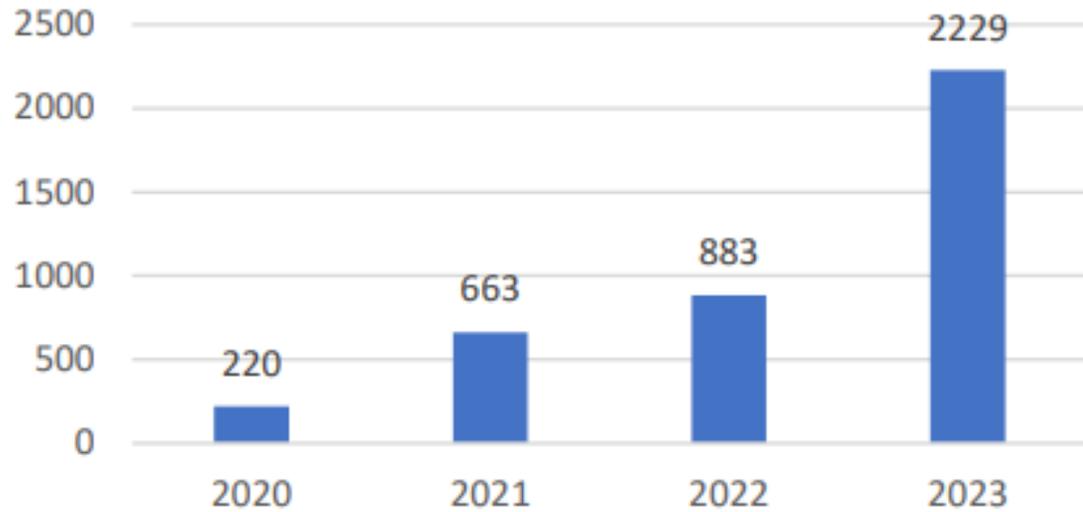
## LE AGGRESSIONI SEGNALATE NEL 2023 AI CRGRS

Sul territorio i  
luoghi più a  
rischio sono i  
Servizi  
Psichiatrici e gli  
Ambulatori

### Setting assistenziale - Territorio



### Segnalazioni di aggressioni Regione Veneto



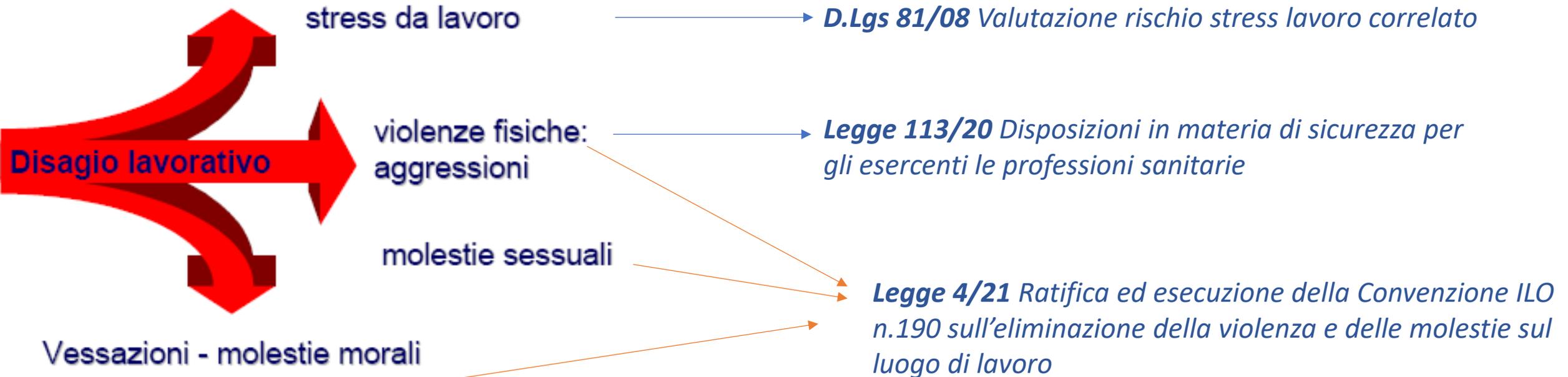
#### Modi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni - anno 2023

Regione/PA: REGIONE VENETO

Modalità	Dato aggregato a livello regionale/P.A.
Pubblico	2206
Privato accreditato convenzionato SSR	23

10	Tipo di aggressione	Fisica	712
		Verbale	1517
		Contro la proprietà	0
11	Tipo di aggressore	Utente / Paziente	1509
		Parente / caregiver / conoscente	663
		Estraneo	57

“ ASPETTI DI PROGETTAZIONE, ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL LAVORO, ED I LORO CONTESTI AMBIENTALI E SOCIALI, CHE POTENZIALMENTE POSSONO DAR LUOGO A DANNI DI NATURA PSICOLOGICA, SOCIALE O FISICA”



## INDICATORI DI RISCHIO

## EVENTI SENTINELLA

NUMERO DI SEGNALAZIONI
NUMERO DI INFORTUNI
SEGNALAZIONI AUTORITA' GIUDIZIARIA E FORZE DI POLIZIA
REFERTI PS
ESITI DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA APPLICATA DAL MC
RISULTATI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO

## TIPOLOGIA DI ATTIVITA'

A CONTATTO CON IL PUBBLICO
MANIPOLANO DENARO
LAVORANO DA SOLI
LAVORANO IN ORARI SERALI/NOTTURNI O AL MATTINO PRESTO
UNITA' OPERATIVA SOFFRE DI CARENZA DI PERSONALE
IN TERRITORIO AD ELEVATO TASSO DI CRIMINALITA'
TRASPORTANO MERCI O PASSEGGERI
EFFETTUANO ATTIVITA' CHE POTREBBERO CREARE CONDIZIONI DI CONFLITTO CON GLI ALTRI (ispezioni, vigilanza, affido minori..)

## TIPOLOGIA DI UTENZA

PAZIENTI CON PATOLOGIA PSICHIATRICA
PAZIENTI SOTTO L'EFFETTO DI ALCOL O DROGA
SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO GIUDIZIARIO
CONFUSO/AGITATO
DEFICIT COGNITIVO
BARRIERE LINGUISTICHE/CULTURALI
PRELIEVO A DOMICILIO (MINORE PER INTERRUZIONE PATRIA POTESTA'..)
SOGGETTI VIOLENTI NOTI IN STRUTTURA O ASSISTENZA DOMICILIARE
POPOLAZIONE INFASTIDITA DA DIVISA E ELEMENTI DISTINTIVI
UTENTI CON ANIMALI PERICOLOSI

**CONTESTO ORGANIZZATIVO**

Organizzazione del lavoro, modalità di accesso degli utenti alle prestazioni, comunicazione e gestione delle attività, sistemi di identificazione, copertura dei turni...

**AMBIENTE DI LAVORO**

Illuminazione, arredi, sistemi di allarme, videosorveglianza....

**AREA ESTERNA ALLA STRUTTURA**

Entrate, illuminazione, sistemi di sorveglianza, modalità di accompagnamento in orari notturni..

**AREA PARCHEGGIO**

Modalità di accesso riservata, sorveglianza, ....

**ASSISTENZA DOMICILIARE**

Programmazione, mappatura interventi a rischio, presenza di altri operatori, sistemi di segnalazione emergenza

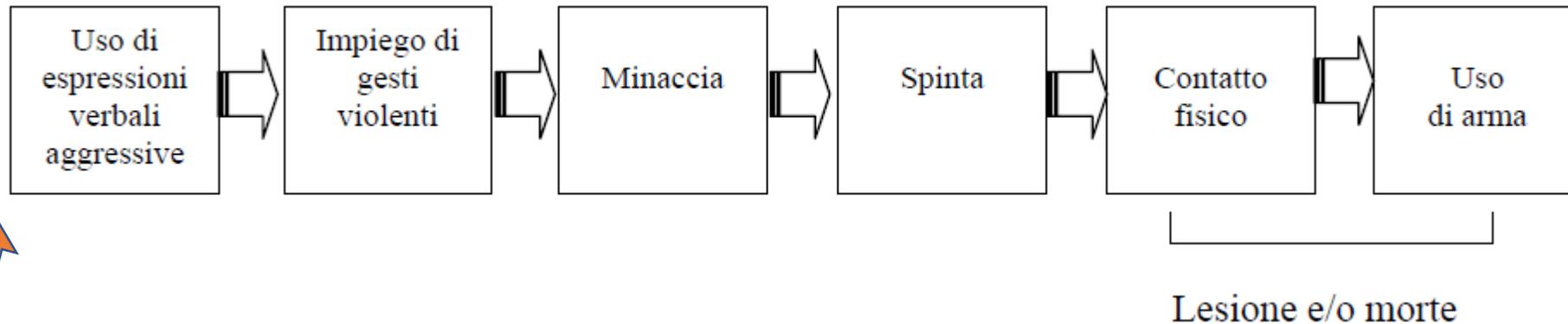
**INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO E  
SENSIBILIZZAZIONE**

Programmi di comunicazione, informazione, formazione specifici erogati dalla struttura....

# RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI (n°8/2007)

Ministero della Salute

## Progressione del comportamento violento



Senza segnalazioni della fase di “innesco”  
non c'è prevenzione

## PREVENZIONE DELLE AGGRESSIONI

- ADOZIONE DI UNA POLITICA AZIENDALE DI TOLLERANZA ZERO che preveda azioni concrete: piano di comunicazione ospedale-paziente, monitoraggio delle condizioni interne di organizzazione e gestione del personale che possono favorire atteggiamenti aggressivi
- COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI VALUTAZIONE in capo al RSPP coinvolga MC, RLS, responsabile rischio clinico, e referenti interni di competenza (psicologia della struttura , gestione del personale, formazione..)
- FORMAZIONE
- REALIZZAZIONE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO AGGRESSIONE PER TUTTI I LAVORATORI
- IDENTIFICAZIONE DI MISURE CORRETTIVE CORRISPONDENTI
- DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI SUPPORTO ALLA VITTIMA ED AL GRUPPO DI APPARTENENZA

**PRIMI RISULTATI:  
CHECK AUTOVALUTAZIONE NELLE  
RESIDENZE SANITARIE  
ASSISTENZIALI**

REGIONE DEL VENETO



**ULSS9**  
SCALIGERA

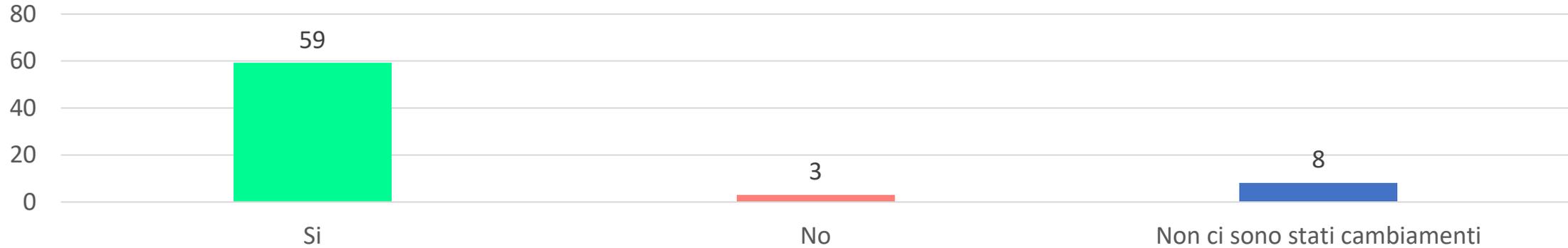
**SPIBAL**

PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DA RISCHI ERGONOMICI E STRESS LAVORO CORRELATO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

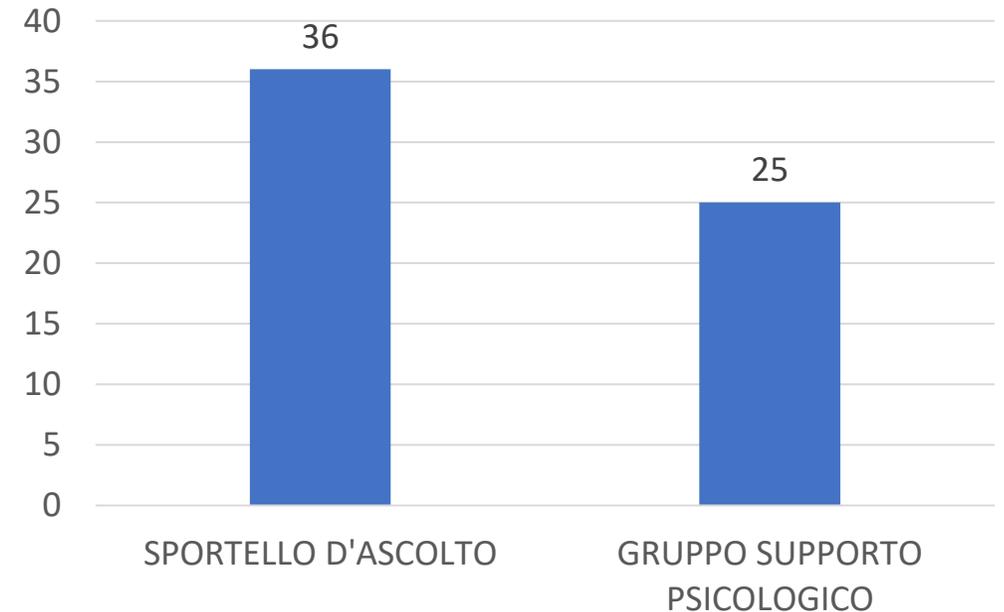
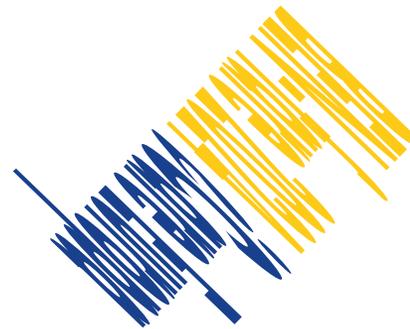
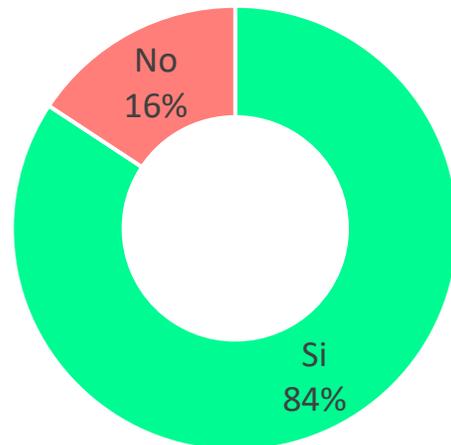
**PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DA  
RISCHI ERGONOMICI E STRESS LAVORO  
CORRELATO NELLE STRUTTURE  
RESIDENZIALI PER ANZIANI**

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE AZIENDALE

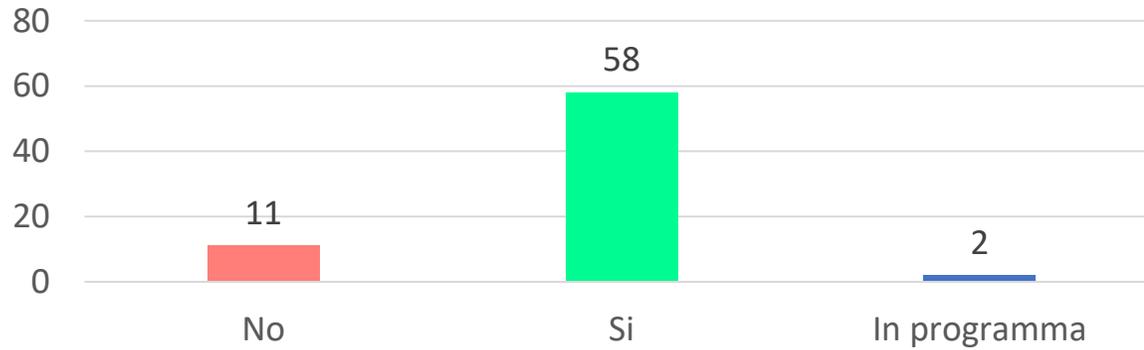
3. La valutazione del rischio stress lavoro correlato ha tenuto conto dei cambiamenti intervenuti nel mondo del lavoro negli ultimi 3 anni?



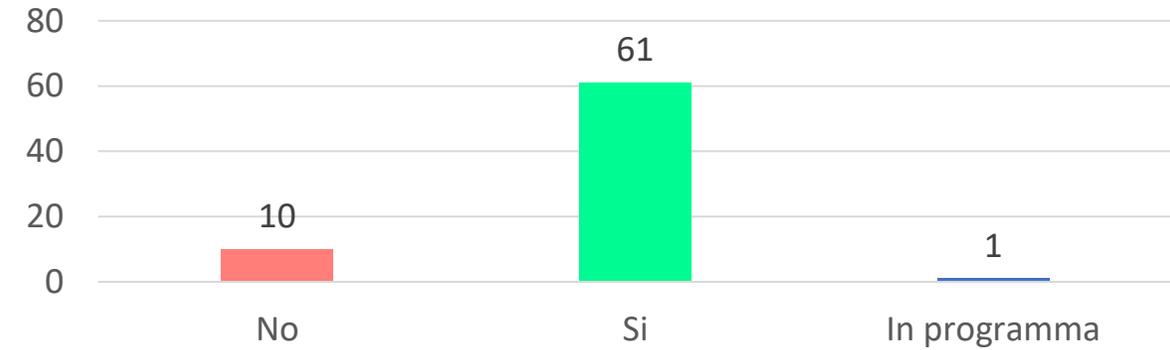
4. Durante la pandemia sono state introdotte misure specifiche di contenimento della condizione di stress per gli operatori?



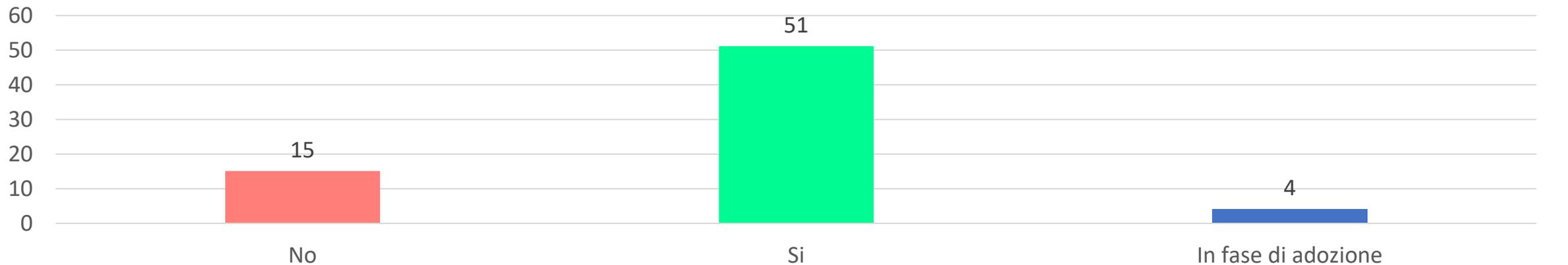
12. A livello aziendale è stata svolta attività informativa in relazione alla prevenzione delle aggressioni?



13. A livello aziendale è stato individuato uno strumento per la segnalazione delle aggressioni (oltre a quelle che producono infortunio)?



14. A livello aziendale è stato attivato un protocollo per la gestione dei casi di violenza ed aggressione in ambito lavorativo?





**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



**Una proposta  
operativa:  
la sperimentazione  
condotta presso la  
A.P.S.P. di Malé**

**A cura di: Orietta Fedrizzi  
Francesca Melchiori**

## Dati di contesto

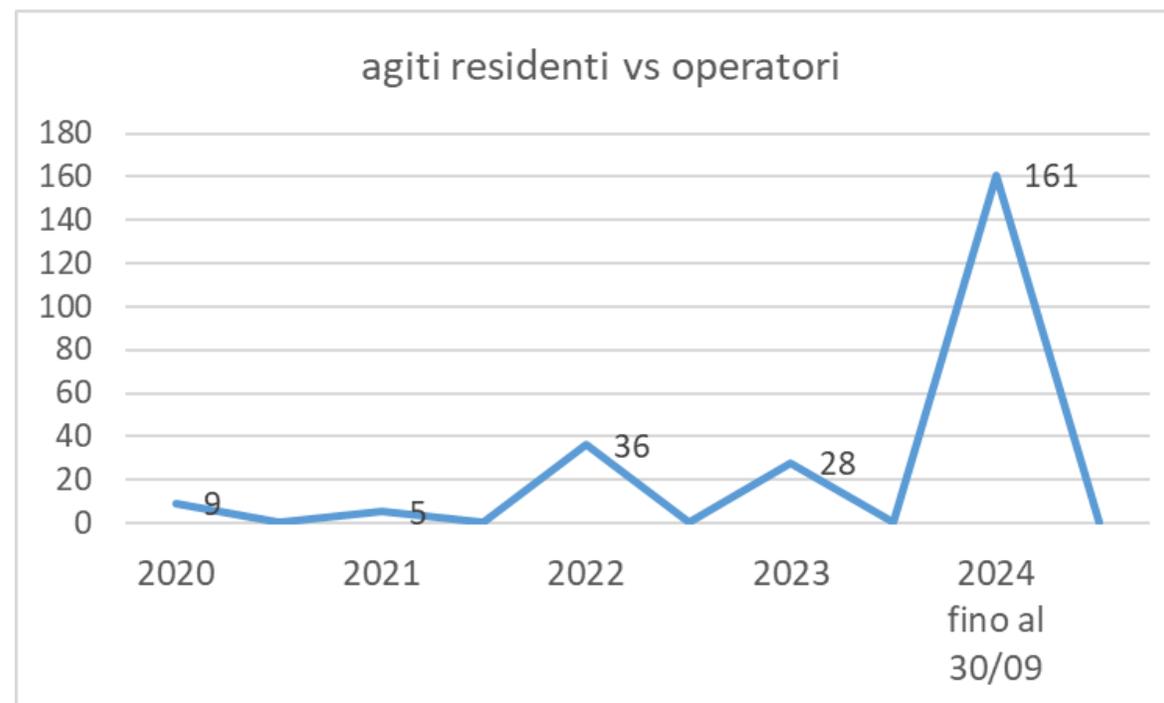
# Centro Servizi Socio Sanitari e Residenziali Malè

<b>N. residenti</b>	<b>Operatori sanitari operativi</b>	<b>N.</b>
90	operatori socio sanitari (full e part-time)	54
	infermieri (full e part-time)	11
	animatori (full e part-time)	4
	fisioterapisti	2
	medico	1

# Trend segnalazioni agiti contro operatori sanitari

## Periodo 2020-30/09/2024

anno	Agiti residenti vs operatori
2020	9
2021	5
2022	36
2023	28
2024 fino al 30/09	161



## Cos è cambiato?

**Partecipazione al progetto:** Azioni per la prevenzione del rischio delle violenze contro gli operatori sanitari

**Gruppo di miglioramento:** Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti in RSA

composto da: medico, coordinatrice dei servizi, 2 infermiere, 3 OSS e responsabile animazione

(5 incontri da 2,5 ore tra novembre e dicembre 2023)

**Procedura:** SO7 Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti (12/12/2023)

## Obiettivi

- incoraggiare il personale a **segnalare eventi** aggressivi o potenzialmente tali
- identificare le **modalità per segnalare e gestire** gli agiti violenti
- acquisire **competenze nel valutare e gestire** tali eventi quando accadono

# S07 - Prevenzione, monitoraggio e gestione degli agiti violenti

## FASE 1

Valutazione del rischio  
Misure di prevenzione e protezione

## FASE 2

Riconoscimento e gestione dei comportamenti aggressivi

## FASE 3

Supporto alla vittima  
Segnalazione e analisi dell'evento  
Aspetti infortunistici e legali

# Riconoscimento comportamento aggressivo

L'individuazione del rischio permette di adottare  
fin da subito delle strategie per

**contenere – evitare l'escalation**

(comportamentali-ambientali-fisiche-occupazionali-farmacologiche)

# Brøset Violence Checklist

Indicatore	Presenza	Non presenza
Confusione	1	0
Irritabilità	1	0
Clamorosità	1	0
Minacce verbali	1	0
Minacce fisiche	1	0
Crisi pantoclastica	1	0
Punteggio totale	1	0

Per ciascun indicatore della scala BVC viene valutata la sua presenza (punteggio = 1) o la sua assenza (punteggio = 0) per un punteggio complessivo massimo di 6, dove all'aumentare del punteggio aumenta il rischio di violenze fisiche eterodirette.

# Utilizzo Brøset Violence Checklist

La scala viene utilizzata in caso di:

- alterazioni comportamentali rilevate dal personale e segnalate in forma verbale o scritta;
- rivalutazione a distanza di precedenti episodi di agito violento.

## Segnalazione dell'evento

- **cartella clinica/diario-parametri/diario agiti violenti di CBA** per le situazioni residente vs operatore
- **scheda segnalazione** per le situazione collega/familiare/caregivers vs operatore

## Analisi e gestione dell'agito residente vs operatore

- Viene fatta in **équipe multidisciplinare**.
- All'équipe partecipano **5 OSS, 1 infermiere, 1 fisioterapista, 1 animatore, 1 psicologo, coordinatrice dei servizi**.

# Centratura e Osservazione Metodo Validation®

**Centratura per** accogliere le emozioni dell'altro avendo prima riconosciuto e validato le nostre

**Osservazione per** tentare di comprendere il bisogno che l'altro cerca di esprimere con il comportamento

# Esempi di analisi e gestione degli eventi

## periodo 01/01 – 30/09/2024

	DESCRIZIONE
SITUAZIONE 1	<p>UOMO 79 ANNI DEGENERAZIONE CEREBRALE SENILE CON BPSD, PRESBIACUSIA, GLAUCOMA</p> <p><b>SPSMQ:</b> 10/10 grave compromissione cognitiva  <b>ADL:</b> dipendente, mobilizzato in bascula con sollevatore passivo.  <b>Aspetti sociali:</b> integrato nella vita comunitaria, tende ad isolarsi per la compromissione cognitiva e sensoriale. I familiari sono molto presenti.</p>
SITUAZIONE 2	<p>DONNA 83 ANNI PSICOSI, IPOACUSIA</p> <p><b>SPSMQ:</b> 6/10 moderata compromissione cognitiva  <b>ADL:</b> necessita di aiuto. Deambula con deambulatore. Si alimenta in autonomia  <b>Aspetti sociali:</b> passa molto tempo in camera, si gestisce la giornata in modo autonomo. A volte è disponibile al dialogo. Ha una assistenza privata due volte settimana e una sorella che abita fuori provincia.</p>
SITUAZIONE 3	<p>UOMO 87 ANNI DEGENERAZIONE CEREBRALE, PRESBIACUSIA</p> <p><b>SPSMQ</b> 9/10 grave compromissione cognitiva  <b>ADL:</b> necessita di aiuto. Deambula in autonomia. Si alimenta con supervisione.  <b>Aspetti sociali:</b> trascorre la giornata al piano. I familiari sono molto presenti.</p>

# Analisi e gestione degli eventi

periodo 01/01 – 30/09/2024

	SEGNALAZIONI									
<b>SITUAZIONE 1</b> UOMO 79 ANNI DEGENERAZIONE CEREBRALE SENILE CON BPSD, PRESBIACUSIA, GLAUCOMA	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	Totale
	9	5	2	6	1	2	0	0	1	26
	Agito fisico 24, agito fisico+verbale 1, agito verbale 1 Mattino 9, pomeriggio 14, notte 6 Durante le attività assistenziali di cura di sé.									
<b>SITUAZIONE 2</b> DONNA 83 ANNI PSICOSI, IPOACUSIA	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	Totale
	7	4	4	4	4	1	0	3	0	27
	Agito fisico + verbale 27 Mattino 12, pomeriggio 10, notte 5 Durante la giornata compresi i momenti del pasto e delle attività sanitarie.									
<b>SITUAZIONE 3</b> UOMO 87 ANNI DEGENERAZIONE CEREBRALE, PRESBIACUSIA	ago	set	Totale							
	5	1	6							
	Agito fisico 5, agito verbale + fisico 1 Mattina 2, notte 4 Durante le attività assistenziali di cura di sé.									

# Scelte équipe multidisciplinari

SCELTE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE	
<p><b>SITUAZIONE 1</b> UOMO 79 ANNI DEGENERAZIONE CEREBRALE SENILE CON BPSD, PRESBIACUSIA, GLAUCOMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• portatore di apparecchi acustici e occhiali</li> <li>• alterazione ritmo sonno veglia</li> <li>• disconfort aumenta l'aggressività</li> </ul>	<p>Accertato che indossi i presidi acustici e visivi prima di ogni attività Predisposto schema settimanale manutenzione degli apparecchi acustici Ridotta l'umidità con l'uso dell'urocontrol per un periodo Variati gli orari della terapia Incrementato il supporto dei familiari in orari concordati</p>
<p><b>SITUAZIONE 2</b> DONNA 83 ANNI PSICOSI, IPOACUSIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alterazione repentine dell'umore</li> <li>• difficile comprendere l'evento scatenante</li> <li>• alterazione ritmo sonno veglia</li> <li>• presenti deliri e allucinazioni</li> </ul>	<p>Collaborato con il Centro Salute Mentale Rivalutata la terapia nel tempo Incrementata l'osservazione partecipata Rivisti i tempi di assistenza e assecondate le richieste (ad esempio mangiare o rimanere in camera) Cambio strategico dell'operatore</p>
<p><b>SITUAZIONE 3</b> UOMO 87 ANNI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• evidente afasia, agnosia</li> <li>• incremento ansia per soddisfare il bisogno di eliminazione</li> <li>• wandering marcato</li> <li>• sindrome del tramonto</li> </ul>	<p>Incrementato il tempo di assistenza Usato soprattutto il canale non verbale Assecondato e monitorato i momenti di wandering Incrementato i momenti relazionali individualizzati Mantenuto nello stesso contesto di cura Ridefiniti gli orari della terapia farmacologica</p>

## Considerazioni ad oggi

L'analisi delle segnalazioni in équipe multidisciplinare permette di:

- adottare un **linguaggio comune**;
- monitorare nel tempo l'**evoluzione** delle situazioni;
- avere uno **strumento** (diario agiti) immediato e di **facile consultazione**;
- **sensibilizzare il personale** al tema attraverso l'analisi condivisa di situazioni reali.
- **incrementare il confronto** per collegare la manifestazione comportamentale al bisogno della persona.
- dare **supporto** agli operatori **vittima** di agito violento.

## Riflessioni e aspetti da migliorare

Proseguire con la **formazione in ambito relazionale** con la persona che manifesta aggressività.

Lavorare su **fattori ambientali e modalità comportamentale** dell'operatore.

Incrementare la **conoscenza della persona**.

Costruzione **check list** di analisi dell'agito violento.



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Il coinvogimento dei familiari nei servizi di cura

## sottotitolo:

### *Per cosa e con quali strumenti*

A cura di: Salvatore Rao –  
Presidente de La Bottega del Possibile

**Dal dizionario Treccani «Coinvolgere»** : rendere partecipe; Trascinare con sé in una responsabilità; rendere partecipe di un'iniziativa, di un progetto.....

## **Il coinvolgimento dei familiari /caregiver finalizzato:**

- alla personalizzazione dell'azione di cura
  - ad assicurare la centralità della persona
  - al sostegno della domiciliarità
- a trasformare le RSA in luoghi aperti dell'abitare comunitario
- ad innovare e a riorganizzare il sistema territoriale dei servizi alla persona
- Sperimentare nuovi strumenti e pratiche partecipative



## La centralità della persona

**Se c'è una cosa che bisognerebbe evitare di fare è parlare di persona in termini esclusivamente astratti, concettuali.**

Perché “persona” non è solo una parola: è chi incontriamo, chi abbiamo incontrato.

«Ciascuna con un suo volto, un suo sguardo, un suo nome. Ciascuna con un'identità **che non è solo quella desumibile dai documenti**, ma, prima di tutto, quella scaturita da una storia, da un “essere al mondo” animato da passioni, bisogni, speranze, desideri

**Persona è chi abbiamo di fronte**, chi ci guarda negli occhi, è l’“altro” con cui siamo in relazione..

Don Luigi Ciotti

## LA PERSONA:

le persone, vivono in un contesto, presentano dei bisogni, hanno dei disturbi e delle malattie, possiedono delle capacità, hanno una personalità, vengono da una storia, hanno lasciato un mondo, vivono in una rete di relazioni e di interazioni:

sono quello che sono e quello che gli altri riconoscono

### **Trattare le persone come persone**

- valutazione e approccio individualizzati consentono di conoscere meglio le capacità, le vulnerabilità e i bisogni unici della persona
- La disabilità/ malattia non è la loro identità ma parte della persona, parte di un intero.

# La cultura della Domiciliarità può essere utile per raggiungere questi obiettivi?

SI A PATTO DI CONDIVIEDERE CHE:

**La Domiciliarità** non è il domicilio.....non è l'assistenza domiciliare.....

non è l'ADI e neppure il SAD.....

Se siamo disponibili a condividere questo passaggio ci apriamo ad una traduzione più complessa e a considerare la persona come essere unico e indivisibile, nella sua globalità e con la sua domiciliarità

## DOMICILIARITA' E':

- Patrimonio dell'essere della persona
- Strumento di appoggio
- Nicchia ecologica
- Un concetto globale che richiama la globalità della persona e la globalità della salute
- Luogo fisico e ambientale nel quale la persona non si sente estranea
- L'inter-azione, che avviene nell'incontro e nella relazione, che consente di sentirsi a casa
- **Intero, Interno e Intorno** della persona

## La traduzione del lemma:

**La Domiciliarità** è uno strumento di appoggio di cui la persona ha bisogno per non sentirsi smarrita, spogliata della propria identità, storia, dignità e capacità di autodeterminarsi.

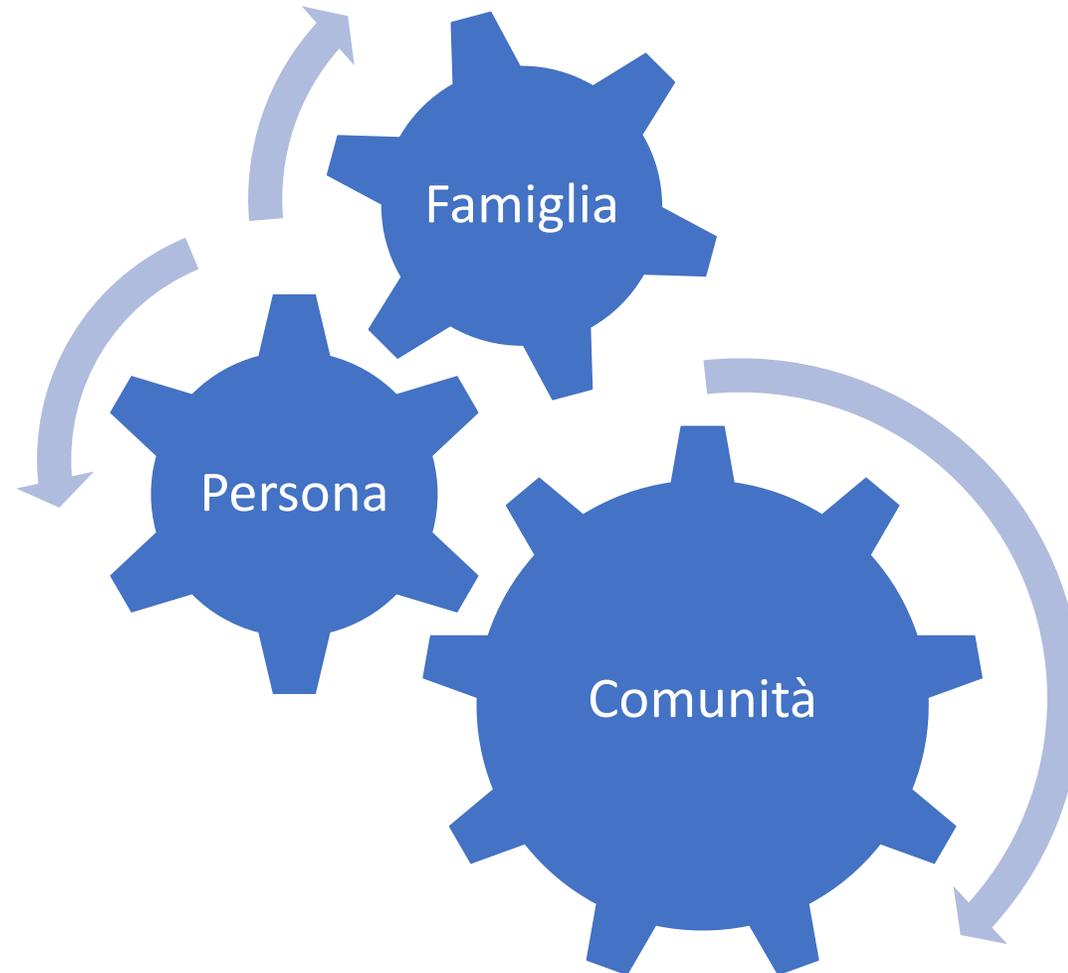
**Domiciliarità** è quel contesto dotato di senso per la persona, lo spazio significativo che comprende la persona stessa, il luogo nel quale abita e ciò che la circonda, questo spazio è una sorta di nicchia ecologica, dove la persona sta bene, sente di essere a suo agio, dove desidera vivere e abitare, lo spazio che non vorrebbe abbandonare

**La Domiciliarità non può essere confusa con la casa**, con il domicilio, pur avendo consapevolezza del significato che essa assume, del legame che si stabilisce, specie quando si trascorrono molti anni al suo interno.

# Nuovo dizionario di servizio sociale

Diretto da Annamaria Campanini

Il sostegno alla domiciliarità deve essere un'azione estensiva e inclusiva per .....



## Sostenere la domiciliarità.....

### Un intervento su tre ambiti (3 i):

#### INTERO



L'intervento indirizzato sul suo benessere fisico, psichico, spirituale. Prendendosi cura del corpo, della malattia, della sua sofferenza, fragilità, disagio, solitudine

#### INTERNO



Intervento di riconoscimento, ascolto; supporto anche per rendere il luogo nel quale abita curato, piacevole, abitato, luogo «Pieno». Mantenere vivo il legame con il luogo, per stimolare desideri, ricordi, emozioni, sentimenti

#### INTORNO



Intervento teso ad alimentare la rete di relazioni, la partecipazione, la frequentazione a delle attività, luoghi, realtà, il legame sociale con la comunità di cui è parte e per potersi sentire ancora un abitante della stessa

## Nella struttura residenziale....la domiciliarità....

- La struttura con la propria organizzazione è chiamata ad accogliere un /a nuovo/a abitante
- La persona resta tale, anche se chiamata erroneamente ospite
- La persona vi accede anche con la sua domiciliarità, questa giorno dopo giorno subisce un processo di indebolimento se non viene annaffiata e nutrita (Chi è il giardiniere?)
- Come ricomporre quella parte di domiciliarità «amputata» essendo presente un **Intorno** diverso e un **Interno** del tutto nuovo?:
  - Prendendosi cura *dell'Interno* che rischia di essere impersonale, estraneo, privo di quel legame che univa la persona al precedente luogo: sfera dell'IO Interiore
  - Favorendo la nascita di nuove relazioni, osservando e facilitando l'incontro con l'Altro

## Chi e come si ricostruisce quella parte di domiciliarità perduta?

*La vita di un «ospite» in una RSA sarà determinato da ciò che sarà prodotto nella relazione, ed è lì non solo per la priorità di qualcosa dell'ordine del già costituito, la sua non autosufficienza, e lì sperando che venga per lui un nuovo reale. (Prof. G. Andreis)*

E' lì in quanto spera che vi possa essere qualcuno capace di prendersi cura di lui, che possa essere lenito il suo dolore, la sua ansia, che possa esserci un "nuovo" che si presenta, è lì per poter ritrovare tranquillità, serenità, una nuova «Casa». E questa «Casa» sarà quella che sapranno ricostruire, facendola riemergere (anche nel cuore, nella mente, nei ricordi e sentimenti) gli operatori, attraverso la relazione, il con-tatto, la com-presenza, con la com-passione, con l'ascolto e con il riconoscimento dell'essere colei che hanno di fronte una persona.

Questo nuovo sarà l'azione ricostruttiva della propria domiciliarità.

(Salvatore Rao)

## Ma la struttura è chiamata a:

- Non solo a dare attuazione al Piano assistenziale, ma anche a prestare cura e sostegno ad un nuovo progetto di vita e a preservare e nutrire la domiciliarità della persona accolta
- Valorizzando vissuto, storia, competenze, risorse ancora possedute dalla persona
- Alimentando i desideri per non far deporre nel cassetto la voglia di vivere
- Considerare la persona non come ospite ma come nuovo abitante che necessita di cure per sentirsi accolto come co-abitante di una comunità

## Il coinvolgimento dei familiari nella gestione di una RSA:

Parte integrante della filosofia che deve essere presente in una RSA.

I familiari non sono semplici visitatori, un corpo estraneo, ma parte integrante del progetto di cura della persona accolta. Sono una componente essenziale per garantire la migliore personalizzazione degli interventi e per creare un ambiente più familiare e rassicurante

E' strumento efficace, all'interno del processo di cura, per favorire il benessere del familiare che produce a sua volta risvolti nella relazione che intercorre tra coloro che si occupano della cura dell'anziano fragile o non autosufficiente.

E' fattore rilevante per garantire delle relazioni positive e rispettose tra operatore-familiare

E' utile per superare conflitti e incomprensioni, per promuovere il benessere di tutti gli attori coinvolti e per poter costruire patti fiduciosi tra operatori e familiari

Contribuisce a migliorare significativamente la qualità della vita degli anziani presenti e a desanitarizzare l'ambiente

Permette di guardare alla cura come azione co-costruita, come intreccio di fili che produce un progetto non su qualcuno ma con qualcuno.

## Il coinvolgimento dei familiari nella gestione di una RSA:

Alleati preziosi per poter trasferire fuori un'immagine ALTRA della struttura, come luogo vivo, partecipato, dove scorre vita

Contribuisce a promuovere una cultura dei servizi meno mercificata, a rendere i familiari stessi meno «clienti» e più attori e responsabili della qualità e utilità di quel servizio

Contribuisce a rendere meno traumatico quel passaggio che si è imposto e a ridurre le differenze tra il prima e il dopo

E' determinante per la condivisione di un obiettivo che non può non essere comune: il benessere della persona accolta

Contribuisce a rendere quel luogo abitato dalla prossimità e a coinvolgere le risorse presenti nella comunità

## Il coinvolgimento dei familiari nella gestione di una RSA:

E' necessario investire sull'informazione e su una comunicazione costante per rendere i familiari più consapevoli e responsabili, la comunicazione permanente è fattore rilevante e l'uso dei social può renderla più agevole e personalizzata.

La formazione degli operatori, deve essere indirizzata non solo sulle tecniche e materie obbligatorie, ma anche sulle abilità relazionali e comunicative, sulla capacità di promuovere la partecipazione dei familiari, delle persone accolte e della comunità

Informazione e formazione , sono fattori necessari affinché i professionisti possano tessere un rapporto che possa basarsi sulla fiducia, sull'ascolto, sul riconoscimento, sulla comprensione e sulla trasparenza.

## Ma a sua volta per coinvolgere i familiari nella gestione di una RSA occorre...:

Prevedere e programmare momenti a loro dedicati con incontri informativi e formativi

Garantire un supporto psicologico, sia a livello individuale che di gruppo, per gestire ansia, stress, sensi di colpa per l'avvenuta istituzionalizzazione, il decadimento fisico e cognitivo...

Promuovere Gruppi di Parola per condividere stati d'animo e vissuti; lo scambio delle esperienze e forme di auto mutuo aiuto

Gruppi di Parola misti composti da familiari e operatori per potersi confrontare come caregiver a livello più paritario, facilitanti per co-costruire percorsi di cura personalizzati, ritagliati non solo sui bisogni assistenziali degli anziani, ma anche sulle risorse ancora presenti e sui desideri ancora possibili

Sperimentare nuove forme partecipative di governance interna: ad esempio prevedendo un componente dei familiari nel Comitato di direzione, favorendo la nascita di comitati dei familiari come organismo formale riconosciuto con funzioni consultive

Disporre di spazi appositi per questo scopo pensati e progettati

## Pensare futuro

Il coinvolgimento attivo dei fruitori dei servizi è fattore decisivo per poter riorganizzare il sistema dei servizi che verrà e che ancora non è

Futuro che necessita di alcuni cambi di paradigma, di sconfinamenti anche per consentire l'intreccio tra saperi esperienziali con quelli professionali, la valorizzazione del lavoro di cura e di chi si prende cura

Documento di indirizzo contenente  
indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti,  
dei cittadini.... nell'ambito dei servizi

Agenas dic.2023

*Iniziative volte alla partecipazione nella gestione dei servizi attraverso l'inserimento di pazienti, familiari, volontari nella co-gestione di alcuni aspetti dell'organizzazione dei servizi e nell'attuazione dei percorsi assistenziali ( a titolo di esempio: la conduzione dei servizi di accoglienza, guida e orientamento; gruppi di educazione terapeutica, gruppi di sostegno alla aderenza alla terapia, la formazione del personale con i pazienti in veste di testimonial*

Anche se il timore avrà sempre più argomenti,  
tu scegli la speranza.

(Seneca)



Grazie

per l'attenzione



LA BOTTEGA  
DEL POSSIBILE  
CULTURA DELLA DOMICILIARITÀ



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Titolo Intervento

A cura di:

**Delio Fiordispina**  
(DIRETTIVO ARET-ASP TOSCANA)

*Il coinvolgimento dei familiari  
nei servizi di cura*

CASTELNUOVO DEL GARDA 23 OTTOBRE 2024

## 4. l'affettività è.....

La possibilità di mantenere e sviluppare relazioni affettive ed emotive autentiche anche all'interno della residenza sia con persone,..... che con oggetti personali ed animali significativi.

## LE RELAZIONI IN RSA

- *Un groviglio di personaggi, attori, comparse, di gente perduta, di chi si sente solo, di chi ha paura, di chi si sente il potere, di chi ha perso il suo ruolo, di chi è alla ricerca di qualcosa .... DI PUNTI DI RIFERIMENTO*

FAMILIARI

RESIDENTI



VOLONTARIATO

OPERATORI

## ***RELAZIONI CON I FAMILIARI***

Promuovere la presenza in struttura di **figure significative** per gli anziani residenti (familiari, amici, conoscenti),

Favorire la loro visita e la loro permanenza  
Offrire servizi, occasioni.....

Promuovere e incentivare **il rientro in famiglia** in tutte le occasioni possibili.

## ***PERCHE' VIENE SCELTA L'RSA?***

L'anziano vive solo

La famiglia non riesce o non vuole gestire la situazione

Esiste una complessità sanitaria

Il miglior progetto di vita non è più al domicilio

## ***SITUAZIONI DIVERSIFICATE***

Familiare cliente esigente, apprensivo

Delega completa alla struttura

In attesa di capire dove si trova

L'abbandono....

## ***IL FAMILIARE E' UN INTRUSO?***

- RSA come **luogo di accoglienza** anche per i familiari e non di giudizio
- Grande **bisogno** di ascolto, saper cogliere opportunità dalle sofferenze
- I **cambiamenti di ruolo** dentro le relazioni: quando il figlio diventa padre del padre, crea tanta sofferenza
- Dare la possibilità di mantenere un **rapporto diretto**  
**Anziano-Familiare** è importante **per garantire la continuità dei legami affettivi**

## ***I FAMILIARI IN RSA***

La ricerca costante delle relazioni con i familiari dei residenti è uno degli obiettivi principali: la struttura deve essere sempre aperta, con la possibilità di comunicare costantemente,

- la flessibilità degli orari delle visite,
- la condivisione dei progetti assistenziali,
- le feste,
- la partecipazione al pasto nei giorni festivi e nel compleanno,
- gli incontri continui,

sono tutte occasioni che vengono ricercate per promuovere le relazioni e **incentivare la presenza attiva dei familiari.**

## *COINVOLGERE I FAMILIARI*

Non avere paura della loro presenza farli sentire utili-  
importanti, incentivare la loro presenza

Dare la possibilità di farli sempre **partecipare al progetto di  
vita**

Come?: PAI, suggerimenti, reclami “formali o solo percepiti”,  
incontri, open day per familiari, protagonisti nelle feste, nelle  
attività, nei laboratori, progetti, comitato dei familiari ...

## ***DALLA STESSA PARTE***

Spesso ci consegnano un “bene prezioso” (genitore, coniuge ....),

garantire sicurezza della cura

-Trasparenza-verità

-Coinvolgimento nella cura ( ...)

-Stabilire un'alleanza terapeutica, il familiare è un alleato

Reclutarlo nella nostra squadra (équipe) - **è uno di noi**



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Il modello Dementia Friendly: Laboratorio di confronto sulla carta dei valori e gli indicatori collegati

A cura di: Mario Iesurum, Eleonora Negri & Cinzia Siviero

# Rispetto

Possibilità di vedere riconosciuti dall'organizzazione il rispetto dei tempi e ritmi di vita personale degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori



## I NOSTRI IMPEGNI

- Modificare gradualmente l'organizzazione e lo stile di lavoro degli operatori per garantire la maggiore personalizzazione possibile degli orari, per meglio rispettare le abitudini di vita e le esigenze dei residenti.
- Prestare una costante attenzione alla dignità ed alla riservatezza dei residenti, in particolare in tutte quelle attività che richiedono il contatto fisico diretto o la conoscenza degli elementi della sfera più intima della persona, facendo dell'empatia e della delicatezza strumenti di relazione diffusi.
- Promuovere una comunicazione costante ed efficace tra i vertici istituzionali dell'ente e gli anziani residenti ed i loro familiari, valorizzando gli strumenti formali delle segnalazioni, dei suggerimenti e dei reclami, ma anche facilitando la conoscenza, la vicinanza ed i contatti con Presidente e Direttore.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Organizzare la vita quotidiana adattando gli interventi ed i tempi ai ritmi di vita delle persone ed alle loro esigenze contingenti (ad es. momenti alimentari, risveglio, riposo). Adattarsi al bisogno di lentezza in tutte le attività ed i bisogni relazionali.
- Garantire il rispetto dei comportamenti e degli stati emotivi anche se non compresi (ad es. essere di cattivo umore, arrabbiati, tristi), attraverso l'ascolto professionale ed empatico. Approcciarsi con quella sensibilità e delicatezza tipiche di un atteggiamento non intrusivo, ma desideroso di conoscere la persona.
- Riconoscere, nel caso di persone con difficoltà ad esprimersi verbalmente, agli stati di alterazione del comportamento o dell'umore, pari dignità ed importanza di una segnalazione, un suggerimento o un reclamo, rispetto ai quali i vertici istituzionali devono garantire un monitoraggio ed una presa in carico sul piano gestionale.

# Autorealizzazione

Possibilità di attuare concretamente le proprie aspirazioni, desideri, passioni, stili di vita e sentirsi appagati e soddisfatti di ciò, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza



## I NOSTRI IMPEGNI

- Promuovere la vitalità e lo sviluppo delle persone residenti sollecitandole a riprendere, mantenere e coltivare passioni ed interessi. Sperimentare nuove esperienze di avventura e di protagonismo, rivalutando l'immagine individuale dell'anziano e la sua storia personale.
- Far sentire le persone uniche ed importanti, ponendo la giusta attenzione alla realizzazione della persona ed alla valorizzazione del protagonismo.
- Garantire a tutti la possibilità di scegliere come vestirsi, di curare il trucco e l'acconciatura secondo il proprio desiderio e secondo le proprie abitudini, nella consapevolezza dell'importanza di sentirsi belli per sé e per gli altri.
- Valorizzare la memoria, la storia di vita, la personalità e la ricchezza di relazioni degli anziani residenti, promuovendone una conoscenza rispettosa ed interessata e riconoscendo nella persona lo spessore di ciò che è stata nella vita.
- Riuscire ad offrire alle persone affette da demenza contesti di espressione di sé e di natura esperienziale, in cui il disorientamento cognitivo sia reso ininfluenza e si possa recuperare il piacere della scoperta e del contatto con l'ambiente e le persone.
- Accompagnare le persone nei momenti dell'igiene e della cura di sé in un modo e contesto ambientale che possa essere piacevole e rilassante, che consenta una modalità non traumatica ed il più possibile autonoma di cura della propria persona, consentendo di sperimentare audeterminazione nei piccoli gesti quotidiani (ad esempio nella scelta dei vestiti, taglio dei capelli, farsi la barba, pettinarsi, etc).
- Curare l'aspetto esteriore della persona in coerenza con le sue abitudini di vita ed in coerenza con le sue scelte precedenti anche nei momenti in cui non è più in grado di esprimerle, lasciandosi guidare dalla storia di vita e dai feedback di natura comportamentale, senza imporre abbigliamento, taglio di capelli, o altro, esclusivamente funzionale alla gestione della persona.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Favorire il mantenimento da parte della persona di abitudini e stili di vita ancora attuabili, in grado di sostenere quel senso di continuità nella propria identità personale, in genere gradualmente intaccata dalla malattia e pertanto fonte di smarrimento ed angoscia.
- Individuare per ciascuno una attività personale per la sua autorealizzazione.

# Operosità

Possibilità di vedere valorizzate e promosse le capacità, le attitudini, le abilità, le competenze del residente nella gestione del tempo libero e nell'agire quotidiano, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza



## I NOSTRI IMPEGNI

- Prestare attenzione alle capacità conservate delle persone residenti, valutando con attenzione le potenzialità ed i livelli di autonomia e non solo i problemi ed i deficit funzionali, per trovare la modalità di valorizzarle e dare loro spazio in ogni possibile occasione, anche attraverso l'utilizzo di particolari ausili ove necessari.
- Progettare, finanziare e realizzare interventi individualizzati e di piccolo gruppo, finalizzati a recuperare e riattualizzare le capacità pratiche ed operative dei residenti, in base alla loro storia personale, alle loro attitudini ed ai loro desideri, integrandoli nelle attività di vita quotidiana della struttura e valorizzando la loro capacità e desiderio di fare.
- Proporre attività di animazione del quotidiano che partano dai suggerimenti, dai desideri e dalle esperienze delle persone residenti, che siano varie e qualificate, che sollecitino la possibilità di scelta e la partecipazione attiva secondo le proprie capacità e favoriscano le relazioni e la riflessività, oltre a stimolare le capacità motorie.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Individuare attività occupazionali che la persona può svolgere in concomitanza di alcune delle attività di vita quotidiana (colazione, pranzo, cena), quali apparecchiare, sparecchiare, rassettare la sala da pranzo, etc. sia che possa svolgere nell'arco della giornata in assenza di interventi di grande o piccolo gruppo strutturati, (es. piegatura stoffe, dipingere, curare le piante e l'orto, riparare oggetti rotti, etc). Proporre attività che si basino inizialmente sulla storia biografica riferita dai familiari, ma ad esse va associata la possibilità di sperimentarne di nuove, osservando e registrando le reazioni della persona.
- Favorire le attività manuali che consentano un'attivazione delle competenze procedurali (ad es. fare il caffè, riordinare l'armadio, vestirsi, lavarsi i denti), che da un lato consentono la gestione dell'affaccendamento, dall'altro permettono alla persona di sentirsi competente.
- Promuovere l'attività fisica, l'impegno in attività considerate piacevoli dalla persona (sulle quali convogliare le energie della persona).
- Impegnarsi a dare un senso a comportamenti che apparentemente possono apparire privi di significato, ma che sono significativi per chi li fa, riconoscendoli come operosi.

# Affettività

Possibilità di mantenere e sviluppare relazioni affettive ed emotive autentiche anche all'interno della residenza sia con persone, che con oggetti personali ed animali significativi



## I NOSTRI IMPEGNI

- Facilitare le relazioni tra gli anziani residenti nella struttura, creando le condizioni per la nascita di nuove amicizie ed affetti, dando spazio alla conversazione in piccoli gruppi, (per esempio offrendo ritagli di tempo auto gestito, garantendo opportunità di scelta del compagno/a di stanza o di tavola).
- Promuovere la presenza in struttura di figure significative per gli anziani residenti, favorendo la loro visita e la loro permanenza ed offrendo servizi integrativi e aperti al territorio per facilitarla. Promuovere altresì il rientro in famiglia in tutte le occasioni possibili.
- Consentire, nei limiti del possibile, attività di accudimento e cura di piccoli animali aventi valore affettivo, personali o comunitari che siano, e l'interazione con gli stessi-
- Sollecitare la personalizzazione degli spazi privati con oggetti personali aventi valore affettivo che valorizzino la persona e i ricordi, trovando anche idonee forme di flessibilizzazione degli spazi.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Sentire riconosciute le proprie inclinazioni affettive, le proprie "simpatie" ed "antipatie", sia verso gli altri residenti che verso gli operatori. Significa:
  - o valorizzare tali manifestazioni come possibilità di intervento e di espressione della persona stessa, in cui le relazioni che si configurano come privilegiate possano divenire strumenti utili a promuovere e garantire il ben-essere della persona;
  - o che gli operatori riconoscono l'affezione verso alcuni oggetti personali valorizzandone l'uso da parte dell'anziano;
  - o percepire che la modalità privilegiata di interazione con la persona si caratterizza aspetti non verbali della comunicazione, quindi la prossemica, la vicinanza, in cui il contatto fisico e l'abbraccio sono utilizzati come modalità possibili per esprimere affetto.
- Nella relazione con la persona focalizzarsi sulla percezione e sulla ricerca di significato dei suoi stati emotivi, aiutandolo a dare un nome alle emozioni, ad allontanare eventuali fonti di stati d'animo negativi.
- Promuovere tra gli operatori e l'équipe la conoscenza delle storie di vita delle persone con demenza e l'attenzione a cogliere le abilità di ognuno e 'vivere nel mondo di volta in volta scelto'. Considerare il contributo del/i caregiver come una risorsa da valorizzare, integrando le informazioni di quest'ultimo con quelle del personale.

# Interiorità

Possibilità di fruire di occasioni, spazi e servizi adeguati al raccoglimento spirituale (nel rispetto del pluralismo religioso), per riflettere sul sé ed il senso della vita anche affrontando l'esperienza della morte



## I NOSTRI IMPEGNI

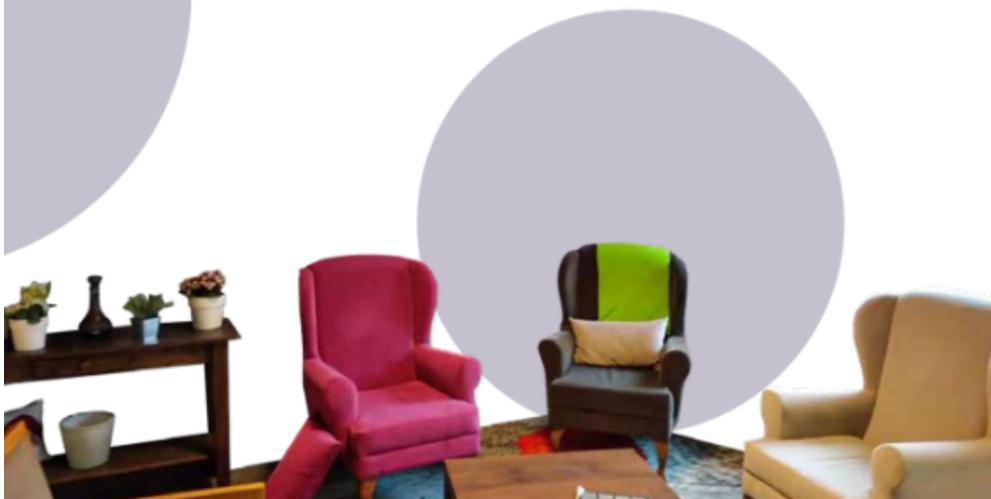
- Garantire a tutte le persone residenti la possibilità di riflessione e raccoglimento, predisponendo a tale scopo idonei spazi, anche di culto e rendendoli accessibili anche individualmente, con l'offerta di un supporto e di un'assistenza spirituale che sappia farsi carico di eventuali istanze religiose diverse.
- Offrire a tutti gli anziani residenti un supporto di ascolto e rielaborazione della propria vita e della propria condizione di dipendenza, anche attraverso un servizio psicologico specifico, al fine di facilitare l'accoglimento della nuova situazione e affrontare positivamente i cambiamenti.
- Considerare il percorso di avvicinamento alla morte come un fatto naturale e possibile ed offrire agli anziani residenti ed ai loro cari un supporto competente, empatico e discreto, che faciliti la loro presenza e consenta di vivere bene anche questo momento, cercando di garantire a coloro che non hanno riferimenti una vicinanza costante.
- Creare le condizioni per tenere in considerazione le indicazioni anticipate di cura e le volontà della persona in particolare per quanto riguarda la gestione del fine vita.
- Dare dignità e garantire vicinanza nel momento della terminalità.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Prestare attenzione agli aspetti della ritualità e del ritmo e ciclicità del tempo impressi nella memoria, consentendo e facilitando la partecipazione ai momenti religiosi (messa e rosario) in base alle abitudini di vita ed alle sensazioni di benessere delle persone disorientate, creando le condizioni per una presenza non disturbante e positiva. Affinare la capacità di cogliere il bisogno di spiritualità anche attraverso le emozioni manifestate della persona affetta da demenza e offrire ambienti o accorgimenti che facilitino il rilassamento e il benessere psicologico individuale che siano effettivamente fruibili e fruiti dalle persone affette da demenza.
- Offrire una particolare attenzione alla rielaborazione della diagnosi di demenza sia alle persone interessate, (nella fase iniziale di comprensione della propria situazione), sia ai loro cari che si confrontano costantemente con il lutto per la perdita di autonomia del loro caro e i profondi cambiamenti che caratterizzano il progredire della patologia.

# Comfort

Possibilità di fruire di un ambiente fisico nel quale la persona vive ed opera in grado di coniugare le proprie esigenze personali e vita comunitaria con particolare attenzione alla dimensione familiare



## I NOSTRI IMPEGNI

- Dare all'ambiente residenziale un aspetto accogliente, caldo, adatto alle necessità ed alle patologie dei residenti senza essere forzosamente sanitario, rifiutando i modelli dell'ospedale e dell'albergo per avvicinarsi il più possibile al modello della casa.
- Garantire la vicinanza al verde a tutte le persone residenti, ove possibile realizzando collegamenti diretti e sicuri con aree verdi esterne fruibili ed adatte alla fruizione o creando angoli verdi all'interno della struttura.
- Considerare la stanza come la casa del residente, facendo in modo che possa essere utilizzata anche per scopi diversi dal sonno e dall'allettamento in caso di malattia e che possa presentarsi accogliente ed ospitale anche per gli esterni.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Creare un ambiente tranquillo e rassicurante che faciliti l'orientamento, che abbia le caratteristiche di uno spazio protesico e pensato per le persone affette da demenza.
- Fare in modo, in particolare negli ambienti comuni e negli spazi condivisi e non specializzati, che l'arredo, i colori e l'organizzazione dello spazio risultino facilitanti e non penalizzanti per le persone con disorientamento cognitivo.

- Prestare attenzione a che l'ambiente di vita venga via via adeguato alle proprie mutate abilità conservate, sia da un punto di vista fisico che cognitivo e relazionale, ed ai propri desideri in particolare per quanto riguarda gli spazi privati.
- Individuare percorsi protetti e guidati che facilitino l'espressione dell'esigenza di movimento delle persone affette da demenza e consentano la fruizione dell'esterno in sicurezza.
- Utilizzare la domotica e la tecnologia in una logica di benessere della persona, di personalizzazione nella fruizione in sicurezza dell'ambiente abitativo e di valorizzazione delle abilità conservate, evitando l'eccesso di controllo e di automazione che riducano la percezione di libertà ed autonomia/autodeterminazione della persona.
- Offrire ambienti specificamente dedicati al rilassamento e/o alla stimolazione sensoriale.

# Umanizzazione

Possibilità di essere accolti nella propria globalità con una presa in carico attenta all'ascolto, alla personalizzazione degli interventi ed alla dimensione umana e relazionale dell'assistenza



## I NOSTRI IMPEGNI

- Adottare un'ottica bio-psico-sociale, in cui la patologia e le eventuali difficoltà di tipo cognitivo o funzionale siano considerate come alcuni degli aspetti della persona e non la sua unica possibilità di espressione.
- Curare la fase di accoglienza e di inserimento della nuova persona in struttura, sia cercando di conoscerla prima del suo arrivo che dedicandole l'attenzione ed il tempo necessario il giorno dell'inserimento. Avere altresì attenzione all'aspetto emotivo del momento di passaggio, favorendo la vicinanza dei cari e ponendosi in atteggiamento di ascolto delle emozioni e del vissuto della persona nelle prime settimane di ambientamento.
- Valorizzare lo strumento del Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.), facendolo diventare il mezzo e l'occasione di una effettiva individualizzazione e personalizzazione dell'assistenza, e non solo un adempimento burocratico obbligatorio. Responsabilizzare gli operatori affinché sappiano riconoscere la persona descritta nel P.A.I., prima ancora della patologia e del problema, persona con tutta la sua storia, le sue caratteristiche, facendo in modo che anche i suoi cari partecipino da protagonisti.
- Considerare la storia personale, le esigenze e le preferenze individuali come risorse e potenzialità, per garantire una effettiva personalizzazione dell'assi-

stenza impegnandosi a venire incontro alle richieste specifiche che possono contribuire a migliorare la qualità della vita dei residenti.

- Diffondere a tutti gli operatori la consapevolezza dell'importanza della relazione in ogni attività di servizio o di cura, anche quando sembra non esserci più capacità di risposta da parte dell'anziano residente, aumentando la capacità, individuale e dell'équipe, di riflettere sugli effetti delle proprie scelte.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Accostarsi all'anziano affetto da demenza con un atteggiamento empatico, riconoscere il suo mondo al fine di farlo sentire accolto e compreso nelle sue necessità, ricollegando il momento presente alla fase della storia personale.
- Valorizzare la presenza e la conoscenza delle persone da parte dei loro cari, coinvolgendoli nella individuazione dei desideri e delle preferenze delle persone, nella lettura e nella decodificazione dei feed back comportamentali di benessere o malessere, nella personalizzazione degli interventi.
- Garantire una specifica competenza e supervisione dell'équipe e dei singoli professionisti per la gestione delle relazioni con la persona demente.
- Curare in modo particolare i momenti di transizione e cambiamento in modo da limitarne l'impatto disorientante sulla persona.

# Socialità

Possibilità di trovarsi inseriti in un contesto sociale e comunitario aperto verso l'esterno e permeabile dall'esterno, nel quale mantenere la comunicazione e lo scambio con la comunità di riferimento



## I NOSTRI IMPEGNI

- Creare le premesse organizzative e strutturali perché le Strutture residenziali per anziani diventino un luogo centrale della vita della comunità, garantendo permeabilità tra la struttura e l'esterno ed accessibilità alla struttura ed ai suoi spazi comuni, in modo rispettoso dei residenti, ma tale da non lasciarli isolati e rendendo la struttura attrattiva come luogo di socializzazione anche con la messa a disposizione di servizi per gli esterni.
- Costruire reti di relazione, scambio e comunicazione (anche facilitando quelle di iniziativa individuale dei residenti) che facilitino la relazione ed il contatto con il territorio e la comunità nelle sue varie forme di aggregazione, affinché gli anziani residenti mantengano il maggior numero di relazioni sociali e possano cogliere l'occasione di ricostruirle anche attraverso il supporto della residenza.
- Trasformare e superare l'immagine stereotipata della "Casa di Riposo" come ultima spiaggia, promuovendo, attraverso una comunicazione attenta ed intelligente una visione sociale della struttura residenziale come luogo delle opportunità per coloro che hanno limitazioni permanenti derivanti da condizioni di non autosufficienza.

- Coinvolgere in azioni di volontariato e di servizio le differenti fasce generazionali, in modo da abbattere le barriere ed i pregiudizi relazionali nei confronti degli anziani non autosufficienti.
- Coinvolgere familiari e cari significativi nella vita della struttura.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Parlare anche alle realtà sul territorio di demenza (per es. scuole, associazioni, ospedali...) in modo da far crescere la conoscenza e la cultura del rispetto. Tutto questo per garantire la permeabilità con il territorio (per una 'reintegrazione' sociale) e per contribuire a ridurre lo stigma del ricovero in struttura e della malattia.
- Promuovere una relazione con il territorio per renderlo capace di riconoscere la demenza e farsene carico in forma di responsabilizzazione, in modo che la presenza all'esterno delle persone con demenza sia accettata e favorita dall'atteggiamento accogliente della comunità.
- Offrire un contesto capace di supportare ed abilitare tirocinanti, volontari ed care givers informali a relazionarsi con le persone con demenza in modo competente.
- Essere in grado di supportare e coinvolgere le famiglie nella gestione della relazione con la persona demente.

# Salute

Possibilità di fruire di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione erogate da personale professionalmente preparato, personalizzate ed integrate nel contesto di vita quotidiano, evitando forme di accanimento e sanitarizzazione eccessiva o non gradita



## I NOSTRI IMPEGNI

- Offrire un contesto organizzativo e professionale di cura altamente qualificato, che faccia dell'integrazione socio-sanitaria e del rifiuto della medicalizzazione fine a se stessa gli elementi guida di una presa in carico orientata alla salute complessiva della persona.
- Realizzare tutte le attività di prevenzione, terapeutiche ed assistenziali necessarie a garantire la salute degli anziani residenti con una costante attenzione al loro impatto sulla qualità della vita della persona, alla ricerca di ogni possibile forma di conciliazione tra cura e qualità della vita, evitando eccessi che peggiorano invece le condizioni di vita, limitando ulteriormente le possibilità dell'anziano residente.
- Adottare una efficace valutazione dei rischi sanitari ed assistenziali (risk management) come cultura e metodo organizzativo proattivo finalizzato alla prevenzione. Avere attenzione al contesto di vita dell'anziano non autosufficiente per una gestione del rischio attenta alla valorizzazione delle abilità conservate.
- Condividere nell'équipe e mettere a disposizione del residente e dei suoi cari in modo corretto e semplice, nonché rispettoso delle norme sulla riservatezza, tutte le informazioni sanitarie ed assistenziali per facilitare

la collaborazione nella cura della persona e l'espressione di un consenso informato e consapevole sulle scelte, in particolare in materia di conciliazione tra la cura e qualità della vita.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Prestare una attenzione particolare alla lettura delle manifestazioni di disturbo comportamentale come potenziale segnale di dolore inespresso e lavorare per ridurre al massimo l'impatto del dolore nelle persone non in grado di comunicarlo.
- Ridurre sensibilmente il ricorso ai farmaci per la gestione dei problemi assistenziali quotidiani (ad esempio stipsi, malnutrizione, disturbo comportamentale, inversione sonno veglia, ecc.). Valutare altresì la beneficiabilità di tutte le attività diagnostiche e terapeutiche aventi un effetto invasivo e destabilizzante, in particolare quando necessitano di invii in strutture ospedaliere.
- Applicare tecniche non farmacologiche che risultano utili, individualizzate e scelte in base alle caratteristiche della persona.
- Proporre gli interventi terapeutici e riabilitativi nel rispetto della consapevolezza della persona, individuando le modalità più consone ad un'effettiva aderenza dell'anziano alle indicazioni terapeutiche.

# Libertà

Possibilità di agire liberamente entro limiti di rischio ragionevoli e correlati alle proprie capacità, esercitando la libertà di scelta, nel rispetto delle regole della civile convivenza e partecipando alle decisioni dell'organizzazione riguardanti la vita quotidiana dei residenti



## I NOSTRI IMPEGNI

- Garantire la possibilità a tutti i residenti di muoversi con la maggiore autonomia e libertà possibile, nel più ampio ambito spaziale disponibile e desiderato, riducendo al minimo gli strumenti di contenzione che limitano la libertà di movimento per ragioni di sicurezza e migliorandone costantemente le modalità di prescrizione, alla ricerca di tutte le alternative che la tecnologia è in grado progressivamente di offrire per la loro rimozione o sostituzione.
- Promuovere una cultura del personale nell'approccio al residente che sappia valorizzarne la libertà e l'autonomia, stimolandone l'esercizio della libertà di scelta e la partecipazione alle decisioni, anche costruendo sempre maggiori ambiti organizzativi in cui sia possibile esercitare la propria libertà di scelta e decisione ed esprimere preferenze individuali.
- Creare le premesse organizzative affinché a tutti i residenti, che ne hanno ancora una capacità, sia consentito di esercitare forme di autonomia economica e di gestione individuale e personale del proprio denaro sia all'interno che all'esterno della struttura, prevedendo idonee modalità di sostegno e tutela per coloro la cui capacità è solo parziale o comunque limitata.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Impegnarsi ad evitare il ricorso a strumenti di limitazione dell'autonomia di movimento o a farmaci per la gestione dei disturbi comportamentali, considerandoli invece come una modalità di espressione di uno stato emotivo della persona e non come un problema assistenziale da risolvere.
- Adottare tutti gli accorgimenti organizzativi affinché la predisposizione di uno spazio protesico dedicato (nucleo) non diventi una forma di preclusione o limitazione costante nelle possibilità di movimento e fruizione degli altri spazi.
- Promuovere nei familiari una cultura di accettazione degli eventuali cambiamenti intervenuti nel proprio caro in seguito alla malattia, in modo che sappiano valorizzare e tutelare la libertà e l'autonomia della persona con demenza, anche quando questa si esprime in comportamenti in contrasto con le aspettative dei familiari stessi.
- Responsabilizzare gli operatori affinché le scelte quotidiane da loro operate al posto degli anziani con demenza siano collegate agli orientamenti ed alle abitudini di vita rilevate.

# Gusto

Possibilità di fruire di un servizio ristorazione con un'alimentazione sana e completa, adeguata alla libertà di scelta e alle condizioni di salute, collegata alle tradizioni alimentari del luogo ed attenta alla valorizzazione della funzione sociale del momento dei pasti



## I NOSTRI IMPEGNI

- Riconoscere l'importanza del momento del pasto da un punto di vista fisico, psicologico e relazionale, curandone varietà, gusto, collegamento all'esperienza di vita, in un contesto rispettoso degli effetti sulla salute ed attento a stimolare le capacità sensoriali, cognitive e relazionali delle persone.
- Curare il servizio di ristorazione e di distribuzione del pasto in modo attento: alla presentazione dei piatti, all'allestimento e nella preparazione dell'ambiente (sia esso una sala ristorante, un soggiorno di nucleo o la stanza della persona allettata), al comportamento del personale, in modo da mantenere il più possibile alto il desiderio di alimentarsi anche nelle persone a maggiore rischio nutrizionale.
- Studiare costantemente modalità di adattamento del menù, dei piatti, degli strumenti e dell'ambiente, tali da consentire il più possibile di gustare colore e sapore delle pietanze anche a coloro che hanno limitazioni derivanti da patologie dell'alimentazione, garantendo misure organizzative ed ambientali per garantire la qualità del momento del pasto anche alle persone meno autonome.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Comprendere quando per la persona con demenza l'esperienza del mangiare e l'occasione di mangiare diventa più importante del momento e del modo del pasto, riorganizzando intorno a questa nuova esigenza i momenti alimentari:
  - o con flessibilità di modalità, tempo e luogo;
  - o con l'utilizzo di elementi familiari che richiamino la memoria dell'esperienza casalinga del mangiare e siano direttamente collegati con il piacere e le emozioni positive del mangiare in sé.

# Vivibilità

Possibilità di vivere in un luogo caldo, accogliente, confortevole, pulito, con un'atmosfera stimolante e rispettosa delle esigenze dei residenti e del contesto della vita comunitaria



## I NOSTRI IMPEGNI

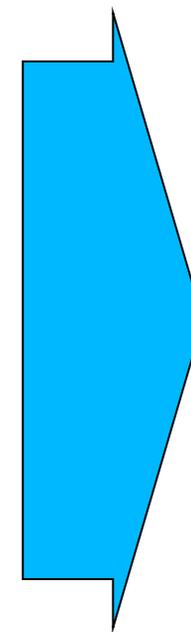
- Realizzare un ambiente residenziale di qualità, che offra un'impressione piacevole ed accogliente all'ingresso, in cui sia facile orientarsi e intuire i percorsi, che sia tranquillo e capace di facilitare le relazioni.
- Costruire ambienti e contesti organizzativi in cui a tutti sia possibile esprimere se stessi senza essere di disturbo agli altri, individuando modalità per valorizzare spazi fisici privati in forma individuale, dalla stanza singola ai piccoli spazi di incontro.
- Stimolare la tensione dell'organizzazione verso il miglioramento delle competenze del personale, la gestione delle ricadute delle attività formative e la diffusione delle competenze e della conoscenza.
- Favorire lo sviluppo di un clima organizzativo positivo, che garantisca qualità e soddisfazione per il lavoro agli operatori, fiducia e ascolto ai residenti, ai loro cari ed a tutti i portatori di interesse, presidiando in particolare il monitoraggio del clima interno e del benessere organizzativo del personale ed il coinvolgimento delle persone care ai residenti nella valutazione e nel miglioramento della qualità del servizio nel suo complesso.

## PER LA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

- Allenarsi a relazionarsi con la persona affetta da demenza accompagnandola nel suo mondo e provando a guardare la realtà con i suoi occhi, anche attraverso un costante aggiornamento e supervisione per gli operatori del nucleo, avendo particolare attenzione ai loro vissuti.
- Prevenire le reazioni aggressive e i disturbi del comportamento grazie ad un'osservazione attenta della persona, la sua conoscenza e la prevenzione degli eventi scatenanti.
- Garantire un ambiente di vita rilassato e sereno.

## Metodologia autovalutazione / valutazione Q&B\_DF

**Il processo di autovalutazione (e quindi di valutazione) è caratterizzato per prima cosa dall'attività di indagine per mezzo degli strumenti predisposti e solo successivamente ad una rielaborazione sistemica e collegiale dei risultati emersi con la associazione delle evidenze emerse ai 12 macro-indicatori, evidenziando punti di forza e di debolezza, azioni di miglioramento in corso.**



Identificazione dei punti di forza e di debolezza  
Assegnazione del punteggio per ogni indicatore



Fattore	3 – Operosità
Determinante	Requisiti integrativi <u>Dementia Friendly</u>

<p><b>Indicatore 3.d – L’operosità nelle strutture residenziali per anziani con demenza.</b></p> <p><b>Obiettivo - Rilevare come la struttura residenziale aderisce ai seguenti impegni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuare attività occupazionali che la persona può svolgere in concomitanza di alcune delle attività di vita quotidiana (colazione, pranzo, cena), quali apparecchiare, sparecchiare, rassettare la sala da pranzo, etc. sia che possa svolgere nell’arco della giornata in assenza di interventi di grande o piccolo gruppo strutturati, es. piegatura stoffe, dipingere, curare le piante e l’orto, fare piccole manutenzioni, riparare oggetti rotti, etc. Le attività proposte si baseranno inizialmente sulla storia biografica riferita dai familiari, ma ad esse va associata la possibilità di sperimentarne di nuove, osservando e registrando le reazioni della persona.</li> <li>- Favorire le attività manuali che consentano un’attivazione delle competenze procedurali (ad es. fare il caffè, riordinare l’armadio, vestirsi, lavarsi i denti), che da un lato consentono la gestione dell’affaccendamento se presente e dall’altro permettono alla persona di sentirsi competente.</li> <li>- Promuovere l’attività fisica, l’impegno in attività considerate piacevoli dalla persona (sulle quali convogliare le energie della persona)</li> <li>- Impegnarsi a dare un senso a comportamenti che apparentemente possono apparire privi di significato, ma che sono significativi per chi li fa, riconoscendoli come operosi.</li> <li>- Permettere alla persona affetta da demenza di svolgere le attività di cui è capace, nel modo in cui è capace, facendola sentire libera e non giudicata e permettendole di sentirsi operosa.</li> </ul>
---

*Sono caratterizzati da un obiettivo di rilevazione articolato su più punti e dei suggerimenti operativi altrettanto descritti*

# Gli indicatori sono 12 Uno per ogni fattore

## Suggerimenti operativi

Ricerca evidenze formali e informali per mezzo di osservazione ambientale ed etnografica, verifica documentale, analisi di un caso specifico, focus **group** personale e familiari di elementi coerenti con gli impegni. A seguire si riportano alcuni esempi indicativi e non esaustivi di evidenze da ricercare.

Vi sono evidenze che:

- si rilevano le abilità procedurali conservate e che si collegano con le attività da proporre alla persona con demenza, anche con l’uso di ausili;
- c’è un impegno costante a creare occasioni per tenere impegnate le persone con demenza in attività loro gradite a partire da quelle della quotidianità domestica;
- la progettazione dell’animazione tiene conto di cosa proporre alle persone con demenza e con quali obiettivi individuali, collegando il tutto alla storia di vita e leggendo i **feed back** da parte delle persone coinvolte.

Alcuni esempi di elementi da ricercare:

- o esiste un’individuazione formalizzata delle abilità procedurali conservate o recuperabili ed un collegamento con le attività proposte;
- o vi è la presenza di accorgimenti, strumenti, prassi innovative per valorizzare le abilità conservate, per esempio la domotica e gli altri strumenti tecnologici sono pensati ed applicati per consentire una maggiore autonomia alle persone con demenza;
- o vi sono finanziamenti di progetti finalizzati al mantenimento dell’operosità quotidiana a cui partecipano persone con demenza;
- o nei progetti/laboratori programmati per il mantenimento dell’operosità quotidiana vi è il collegamento con le abilità conservate delle persone con demenza ed il loro effettivo coinvolgimento;
- o l’effettivo utilizzo dei risultati prodotti dai residenti (“non buttare quanto fatto”);
- o sono presenti modalità per individuare le forme di animazione da proporre alle persone con demenza e gli obiettivi individualizzati ad esse collegati;
- o il collegamento delle proposte alla storia di vita dei residenti e alla conferma del **feed back** comportamentale da parte loro.

## *Tool Kit Auditor*

- Carta dei valori
- Vademecum
- Istruzioni Operative Focus
- Indicatori Q&B\_DF
- Check List ambientale
- Griglia osservazione etnografica

*Tutto il processo è governato dal PORTALE.*

## *Materiali didattici*

- Caso studio
- Temi guida focus



		Esempi
1	L'ambiente promuove l'interazione significativa e la relazione tra i residenti, le loro famiglie e il personale	Ampia scelta di posti a sedere confortevoli, per esempio, divani e poltrone singole (zone tranquille/rifugio dove i residenti possono scegliere di sedersi) Spazi dedicati per attività diverse (oltre a quella passiva di guardare la TV) Attività di animazione rivolte ai residenti vi sono quelle di impegnarsi nella vita domestica come ad esempio la preparazione dei cibi, servizio di lavanderia (con adeguati spazi)
2	L'ambiente favorisce lo star bene	livello di illuminazione è confortevole ed è adeguato buona luce naturale nelle camere da letto e negli spazi comuni arredamento è appropriato ed è culturalmente coerente
3	L'ambiente favorisce l'alimentazione e l'idratazione	accesso autonomo alle bevande calde e fredde disponibilità di accedere in autonomia a snacks e finger food stoviglie e bicchieri hanno un design familiare e sono di un colore distintivo Ambiente familiare delle sale da pranzo
4	L'ambiente favorisce la mobilità	Colore pavimenti e pareti, presenza corrimano punti di interesse Accesso sicuro e indipendente agli ambienti incluso lo spazio esterno/giardino

		Esempi
5	L'ambiente favorisce la continenza e l'igiene personale	servizi igienici sono facilmente visibili, riconoscibili, con segnaletica dedicata, con colori che fanno contrasto Rubinetti facili da usare con design tradizionale Facilità di accesso ai propri accessori per l'igiene quotidiana
6	L'ambiente favorisce l'orientamento	camere e i letti sono personalizzati per facilitare l'orientamento Le porte sono facilitanti l'orientamento Presenza di calendari e orologi di grandi dimensioni e ben visibili
7	L'ambiente favorisce la calma e la sicurezza	Il rumore di fondo è gestito? ambiente il meno restrittivo possibile, pur mantenendo un livello adeguato di sicurezza

## Esercitazione

Immergiamoci nell'ambiente del nostro nucleo/RSA

Punti di forza e di debolezza – cosa potremmo migliorare già domani

## Riflessioni condivise (1/2)

### Aspetti da «copiare»

Presenza di tavolini dove fermarsi

Atmosfera di casa

Importanza di avere luoghi «raccolti»

Elementi di orientamento lungo/sulle pareti – senso di identità riconoscibile dalle persone

Sale da pranzo piccole

Poltrone facilmente spostabili che possono creare anche angoli in «semicerchio» e riservati

Presenza di fuochi attrattivi che fanno parte della storia della persona (anche sale dedicate: al cucito, alla musica, alla lettura, alla preghiera con un madonnina...)

Capacità di creare spazi privati in una spazio comune; poter essere isolati in uno spazio abitato

Cucina attiva, come essere davvero a casa

Presenza di animali

Giardino circolare – avere una continuità sicura dentro/fuori

Oggetti – tipo le «sedie» – che possono e vengono lasciate diventare «altro»

## Riflessioni condivise (2/2)

### Aspetti da «copiare»

Angolo relax (con caminetto)

Stanza multisensoriale

Riflettere sull'importanza della luce naturale

Pannelli sensoriali

Colori omogenei per zona

Luogo (appartamento/sala) per ricorrenze private

### Temi aperti da discutere nel prossimo learning tour sulla demenza

Modalità di gestione nella quotidianità dei finger food

Modalità di gestione e riconoscimento dei bagni (colorare le porte?/aiutare a riconoscere i percorsi)

Modalità di identificazione delle stanze

Uso della divisa

## Enti partecipanti

Fondazione Maria Rossi onlus

APSP Padre Odone Nicolini Pieve di Bono

APSP Beato de Tschiderer

IPAB Andrea Danielato

Casa Albergo per Anziani Lendinara

Centro Servizi Anziani Scarmignan

Proges Scarl

Casa Fenzi

APSP Brentonico

APSP Cumer di Vallarsa

RSA Mons. Olinto Fedi

Parrocchia dei Santi Vito, Modesto Crescenzia

*Ho finito !*

*Grazie !*



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Affrontare le relazioni incrincate, strumenti per prevenire i maltrattamenti

A cura di: Luisa Lomazzi, già prof. SUPSI DEASS in management e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari, docente Master Net-Megs USI, sociologa delle organizzazioni

# Maltrattamenti

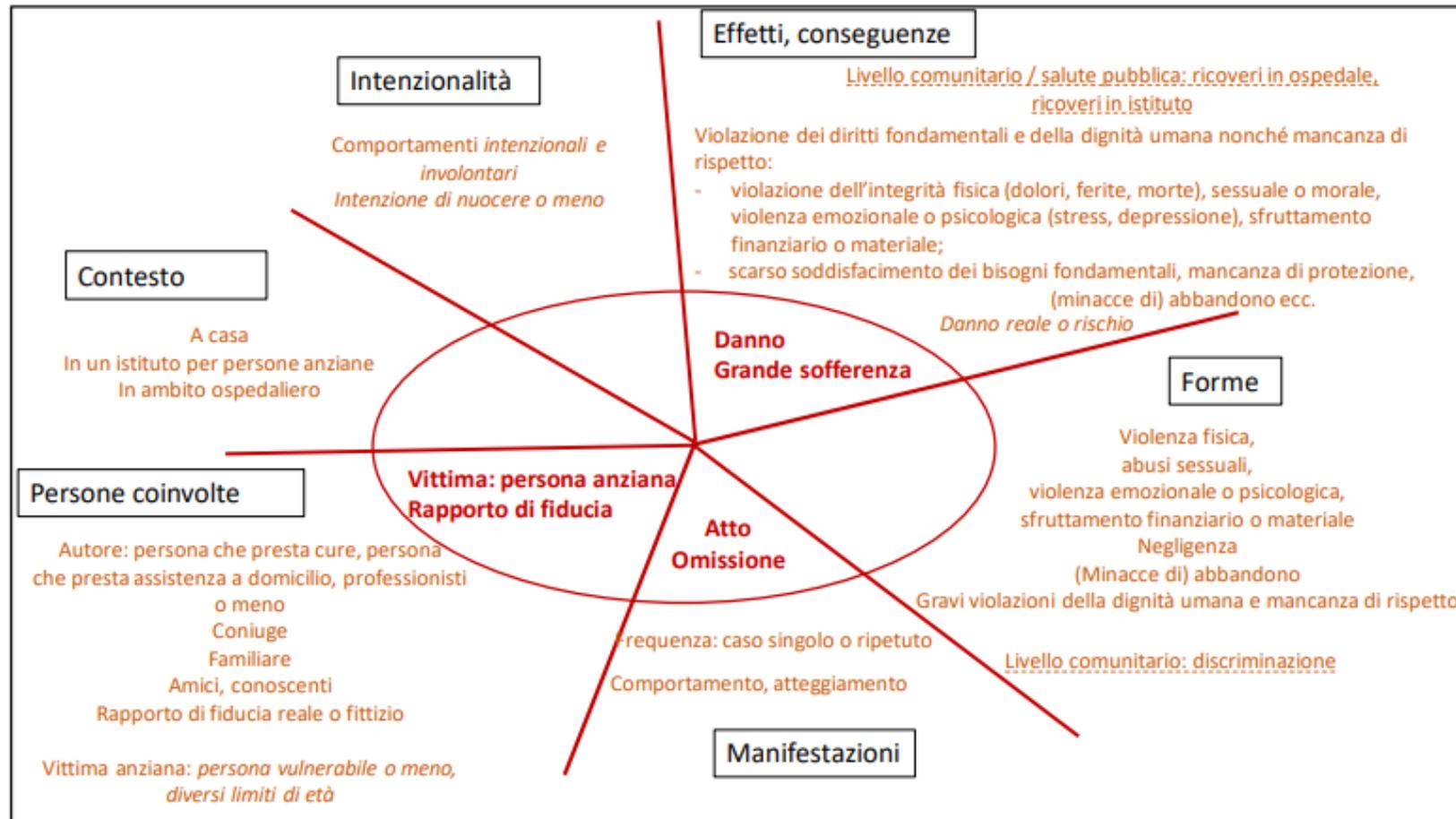


*«Per maltrattamento di una persona anziana si intende qualsiasi atto, singolo o ripetuto, o la mancanza di un'azione appropriata, che si verifica all'interno di qualsiasi relazione in cui vi sia aspettativa di fiducia, che determina danno o sofferenza ad una persona anziana» (OMS, Violenza e salute nel mondo. L'abuso nei confronti dell'anziano. Quaderni di sanità. 133/134, 27 giugno 2004)*

### **Origini principali di abusi:**

- 1) Legate al comportamento individuale
- 2) Legate a fattori istituzionali (organizzativi, culturali/valoriali, ...)

## Definizioni del maltrattamento nei confronti delle persone anziane: elementi centrali ed elementi complementari delle definizioni tratte dalla letteratura scientifica internazionale



Legenda: elementi indispensabili nell'ellisse, elementi complementari fuori dall'ellisse, elementi contestati in corsivo, elementi relativi al livello comunitario sottolineati con linee tratteggiate.

Il maltrattamento si sviluppa sovente in situazioni di:

- Dipendenza fisica/psichica, complessità geriatrica
- Rapporto di dipendenza tra vittima e autore
- Asimmetria
- Abuso di potere verso una persona vulnerabile
- Scarsa formazione/supporto/condivisione...
- Sovraccarico fisico e emotivo
- Stile manageriale/clima organizzativo inadeguati
- ...

## Chi è a rischio di subire?

- 80% donne
- importante stato di dipendenza
- compromissione cognitiva
- disturbi psichici
- persone che godono di poche visite di parenti o amici (solitudine e isolamento)
- dipendenza economica
- .....
- 30% istituto-70% domicilio

## Chi è a rischio di agire?

- Vive con la vittima/si occupa della vittima da tempo
- non riceve gratificazioni per il lavoro svolto
- non è preparato per il tipo di lavoro/è solo
- situazioni di stress, sovraccarico di lavoro, burn-out
- isolato socialmente
- disturbi psichici
- abuso di sostanze
- .....

## Il silenzio = scarse denunce !!

- Paura (di ritorsioni e rappresaglie)
- Senso di colpa della vittima in relazione al suo stato di salute (*me lo merito*)
- Capacità/forza della persona rispetto a disponibilità di risorse (*dipendo e l'abusante è l'unica fonte di assistenza, compagnia, sostegno economico della vittima*)
- Attitudine del contesto (la persona anziana non è attendibile)
- Resistenza sociale (non è possibile)
- Difficoltà degli operatori (a rilevare e a mettersi in gioco)
- Paura di mettere in cattiva luce il collega (protezione/complicità)
- Paura di ritorsioni da parte dei colleghi/di provvedimenti disciplinari

# Maltrattamenti

**Siamo tutti a rischio!**

## *Maltraitance ordinaire*

La realtà evidenzia che il maltrattamento è un fenomeno che si insinua in modo impercettibile nei gesti della vita quotidiana di una struttura.



## *Maltraitance ordinaire*

- È insidioso perchè non si manifesta attraverso gesti clamorosi e chiaramente definiti MA
  - **attraverso “piccole” negligenze e disattenzioni quotidiane che portano la persona a sentirsi trascurata e a volte “invisibile”** - poco rispetto dei ritmi personali; insufficiente valorizzazione delle risorse della persona e della sua autonomia; scarsa attenzione al bisogno di ascolto e minimizzazione/banalizzazione delle richieste, utilizzo di un linguaggio non conforme all'identità personale, alle capacità cognitive, ecc.

Compagnon Claire e Ghadi Véronique in: *La maltraitance «ordinaire» dans les établissements de santé* (2009).

## *Maltraitance ordinaire*

- È molto **rischiosa e tende ad essere banalizzata** perché apparentemente invisibile e dunque, quasi accettata passivamente.
- *«Il personale non vuole necessariamente mostrarsi negligente, ma si osserva troppo spesso che dominano la mancanza di consapevolezza, di ascolto e di empatia e il grande rischio della maltraitance ordinaire è la sua banalizzazione.»*

# Maltraitance ordinaire

→ È molto **rischiosa** e **tende ad essere banalizzata** perché apparentemente invisibile e dunque, quasi accettata passivamente.

Phaneuf (2013) Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers, p.6

→ Queste situazioni possono essere interiorizzate:

→ dai **curanti** come “**buone pratiche**” (situazioni di mancanza di rispetto dell'autodeterminazione della persona fragile come modalità protettiva e di attenzione; ordini medici interpretati in modo rigido e unidirezionale senza la partecipazione consapevole del residente; obiettivi riabilitativi troppo elevati, ...)

→ dalle **persone residenti** quasi fossero “**norma**” perché integrate come “**prassi istituzionale**” (quando la pressione istituzionale dettata da una routine di regole, limiti e abitudini, vissuti e subiti dalle persone residenti viene da loro stessi interiorizzata come prassi e dunque come una “norma”, portando la persona stessa a non osare fare e/o chiedere, o addirittura ad autocensurarsi.)

## Cause

I professionisti riconoscono tra le maggiori cause:

- la difficoltà nel **confronto costante** con la **sofferenza** e la **morte**, la mancanza di **tempo** e di **mezzi** (e/o la sua percezione) e **l'insufficiente formazione gerontologico-geriatrica** a sostegno di una **visione condivisa da tutti**. (Pellissier, 2010, "Le point de vue des professionnels")

Dalle osservazioni in RSA emergono anche:

- Rappresentazioni su **vecchiaia** e ruolo di curante - «*So chi sei e di che cosa hai bisogno*»
- una certa **fatica** ad esprimere e gestire l'**emotività** a tutti i livelli
- **scarsa attenzione** allo **stile comunicativo** a livello di singole strutture e dell'insieme dei collaboratori
- **distorsioni relazionali** (approccio infantilizzante, banalizzazione di richieste, spersonalizzazione) e **nell'interazione** (automatismi, «*per il suo bene*», deresponsabilizzazione)
- fatica al **riconoscimento identitario** e al **rispetto della autodeterminazione** delle persone residenti nella quotidianità

## Maltrattamenti

I maltrattamenti hanno dunque cause complesse di varia natura: a livello personale (caratteristiche specifiche della persona anziana e del curante), istituzionale, culturale e sociale; i vari fattori sono spesso interconnessi e vanno a potenziarne i rischi e le conseguenze.

La **consapevolezza del fenomeno** è premessa imprescindibile, insieme alla **segnalazione degli eventi**, per definire **strategie di prevenzione**.

Lavorare sulla **prevenzione dei maltrattamenti** consiste nella **creazione di una cultura condivisa** volta a ispirare le **azioni individuali** e le **relazioni collettive** all'interno di un servizio, **a partire dai valori istituzionali** declinati nell'agire e interagire quotidiano e implica:

- la **mobilizzazione di tutta la struttura**, a partire dalla direzione e dai quadri (compresi residenti e famiglie), in un **progetto** collettivo e trasversale, **integrato nella politica istituzionale**,
- una **posizione definita** in modo inequivocabile e condiviso, rispetto al fenomeno dei maltrattamenti (linee guida, protocolli e procedure), **monitorata** e **gestita** con **rigore** ed **equità** nella pratica quotidiana

- la promozione della cultura delle **segnalazioni** e il principio di **corresponsabilità** (tutti «responsabili» dell'agire di ciascun membro del gruppo nel pieno rispetto di gerarchie e ruoli)
- uno **scambio continuo** tra tutti gli attori coinvolti valorizzando il **ragionamento critico** mediante una **costante riflessione etica collettiva** sulle pratiche professionali e sugli approcci relazionali, permettendo quella **dinamica di circolarità di pensiero e azioni** richiesta dalla **complessità**,
- di un **consolidamento del lavoro in équipe**, dotandosi di mezzi e strumenti, tangibili e culturali, che garantiscano una reale condivisione degli obiettivi e delle azioni, a partire da una definizione chiara e responsabile degli **impegni da assumere**.

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

**[lomazziluisa@gmail.com](mailto:lomazziluisa@gmail.com)**

# Bibliografia

- Association pour la Prévention de la Maltraitance envers les personnes âgées. Alter-Ego. (2002). Disponibile da <http://www.alter-ego.ch/la-maltraitance/>
- Compagnon, C., Ghadi, V. (2009). La maltraitance «ordinaire» dans les établissements de santé. Disponibile da [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport\\_ghadi\\_compagnon\\_2009.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf)
- Pellissier, J. (2010). De la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Réflexions autour de l'étude publiée par la HAS . Disponibile da <http://jerpel.fr/spip.php?article289>
- Phaneuf, M. (2013). Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers. Disponibile da <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf>
- Roulet Schwab, D. (2013). Le risque zéro d'être maltraitant n'existe pas. In CURAVIVASuisse, *Maltraitance, Vers une culture institutionnelle de la bientraitance?* (3. ed.). Disponibile da [http://addodns.curaviva.ch/flippingbook/reveuspecialisee/RS\\_2013\\_septembre/files/assets/common/downloads/08\\_11\\_how\\_normaxl\\_is\\_to\\_be\\_cary.indd.pdf](http://addodns.curaviva.ch/flippingbook/reveuspecialisee/RS_2013_septembre/files/assets/common/downloads/08_11_how_normaxl_is_to_be_cary.indd.pdf)
- Lomazzi, L., (2011). La valutazione della soddisfazione nelle RSA: appunti per orientarsi. *Luoghi della Cura*, N.3, 2011. Disponibile da [https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2011/09/2011\\_3\\_Lomazzi.pdf](https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2011/09/2011_3_Lomazzi.pdf)
- Lomazzi, L., Sargenti, C., Pezzati, R., Ferrari, P. & Cortesia, E. (2016). Bientraitance. Prestazioni personalizzate per favorire il benessere. *Lavoro Sociale. Metodologie e tecniche per le professioni sociali*, 16(4), 18-21.
- Sargenti, C., Lomazzi, L. (2019). Prevenire la maltraitance, favorire la bientraitance. *Medical Humanities rMH* (43). 23-26.
- Lomazzi, L., Sargenti, C., Pezzati, R., Di Salvatore S., (2021). Prevenzione dei maltrattamenti e promozione della *bientraitance* ai tempi del Covid. *Luoghi della Cura online*, N.1, 23 febbraio 2021 Disponibile da <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2021/02/prevenzione-dei-maltrattamenti-e-promozione-della-bientraitance-ai-tempi-del-covid/?pdf>

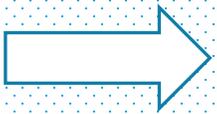


# MALTRATTAMENTO ZERO

IL CORAGGIO DELLA PREVENZIONE

L'esperienza dell'APSP  
di Brentonico

# LINEA TEMPORALE

...  2020

... Cultura della GENTILEZZA a ispirare la cultura organizzativa

NOVEMBRE 2017

Seminario: "IL MALTRATTAMENTO NELLA RELAZIONE DI CURA"

MAGGIO 2018

Formazione per direttori e coordinatori

AUTUNNO 2018

Partecipazione di due OSS al Progetto ricerca-azione

DICEMBRE 2019

Presentazione del progetto sensibilizzazione a tutti i colleghi sul tema

2020

Pandemia: sospensione di progetti e riflessioni

LINEA  
TEMPORALE  
2021  2023

2021

Curare e curarsi dopo il dolore e la fatica  
Supporto psicologico, incontri di ascolto, corso yoga.

2022

Gruppo di lavoro multiprofessionale interno sul  
MaltrattamentoZero

2022

Adesione al Progetto Prevenzione degli agiti violenti  
verso gli operatori sanitari

Maggio 2023

Partecipazione al Progetto UPIPA di indagine su vissuto  
emotivo dei lavoratori e stato di bene-essere

BIENE-ESSERE = BENTRATTARIE

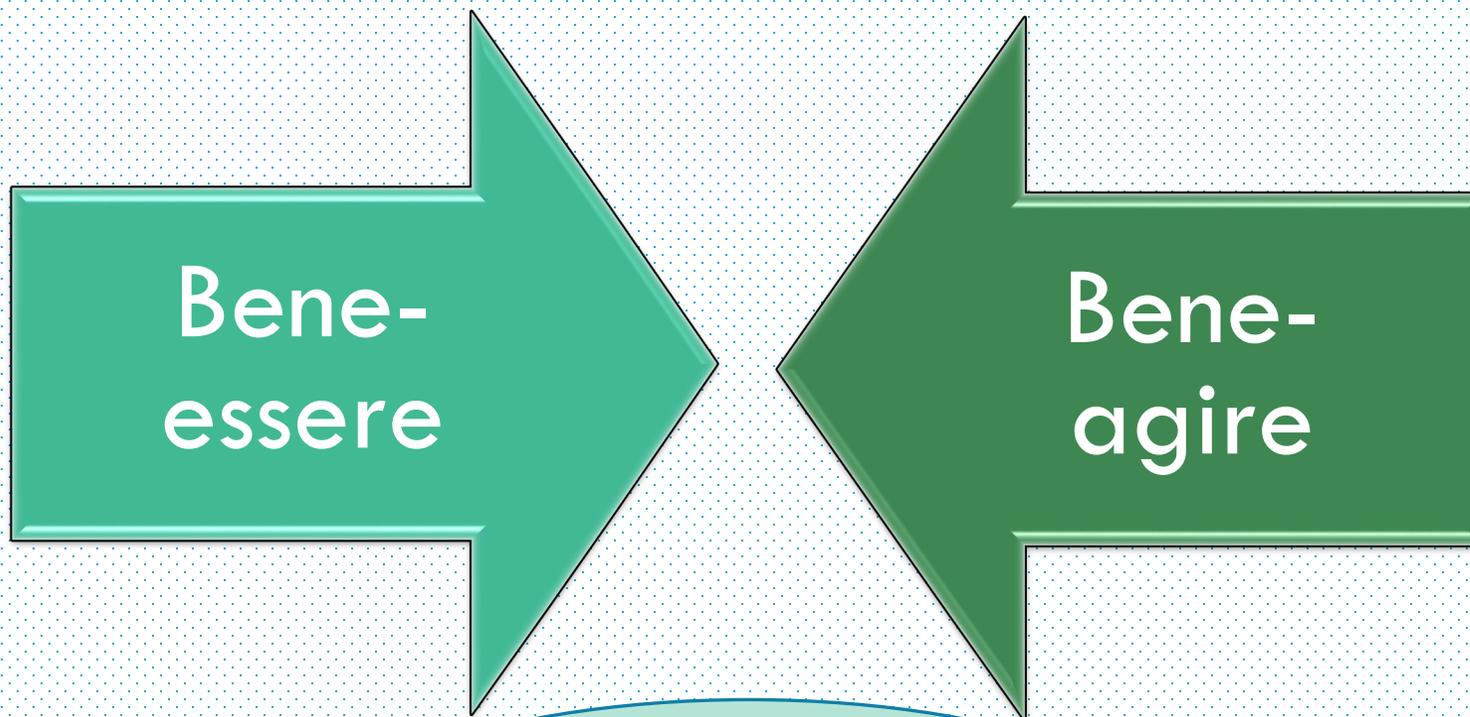
A circular graphic representing an ecosystem. On the left side, a lush green tree with a thick, gnarled trunk grows upwards. On the right side, a vibrant blue splash of water falls downwards. The two elements meet at the bottom, forming a complete circle. The word 'ECOSISTEMA' is written in a white, serif font across the center of this circle.

ECOSISTEMA

DELICATO E POTENTE

# PROGETTO MALTRATTAMENTOZERO

LINEA  
TEMPORALE  
2024 →



Restituzione del questionario sugli  
agiti violenti e riletture risultati nei  
gruppi di lavoro  
Rilancio del MaltrattamentoZero

# DOMANDE PER I LAVORI DI GRUPPO

La partecipazione non ha raggiunto il 50%.

Come migliorare la partecipazione?

(argomento, tempo, pubblicizzazione)

Dati restituiscono una fotografia che probabilmente è una sottostima del fenomeno. Vi trovate? Quali casi sono in realtà più frequenti?

(violenza verbale nelle persone con deterioramento cognitivo,)

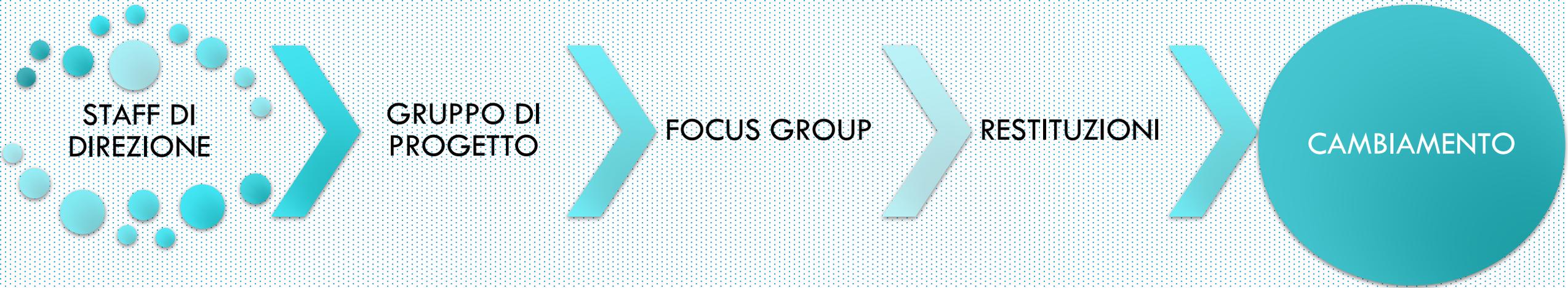
Spesso è ritenuto inutile segnalare. Perché? Cosa potrebbe cambiare questo aspetto?

(manca il vissuto negativo, segnalazione in diaria, aiuto ai colleghi?)

Abbiamo rilevato che la violenza poteva essere evitata. Con quali accorgimenti/azioni secondo voi?

(tempo, giusto approccio, informazioni e ascolto, attenzione ai bisogni nascosti, ambiente)

# PROGETTO MALTRATTAMENTOZERO: fasi



# FOCUS GROUP



COINVOLGIMENTO  
DI TUTTI I SERVIZI

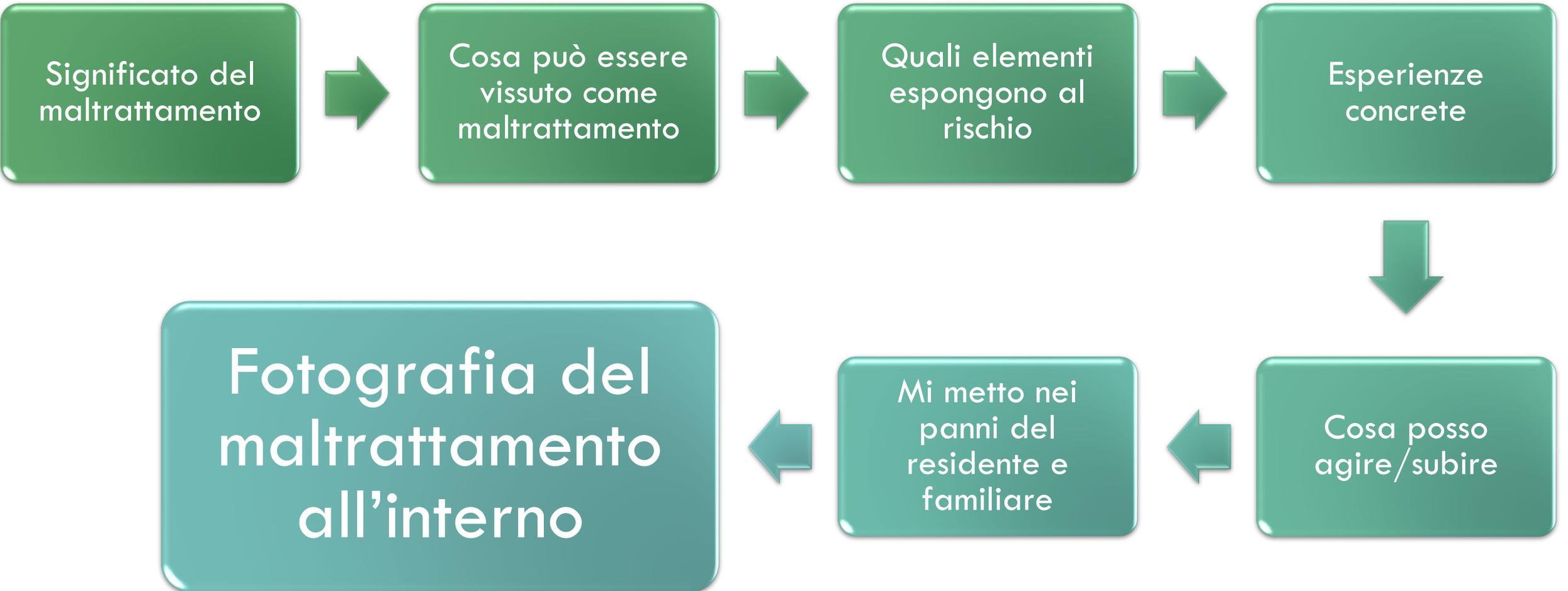
COINVOLGIMENTO  
DI TUTTE LE FIGURE  
PROFESSIONALI

ORARI E DURATA  
INCONTRI

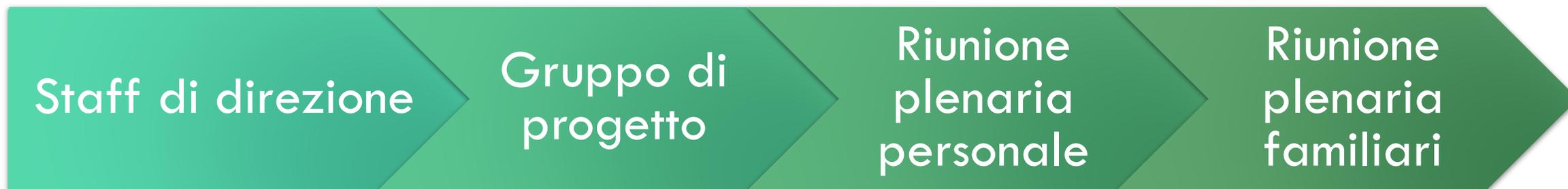
PERIODO:  
FEBBRAIO MARZO  
2024

FLESSIBILITA'

# Aree esplorate con i focus group



# RESTITUZIONI ESITI DEI FOCUS GROUP





E  
adesso?

# Riflessioni

# Azioni

Voci mancanti

Focus group residenti e familiari

Agiti violenti nel deterioramento  
cognitivo

Formazione vita e demenza

Bisogno di ascolto strutturato

Inserimento briefing

Stanchezza nei rientri e  
pressione temporale

Matrici con spazi e flessibilità  
dei piani delle attività



*Grazie*



***A.P.S.P. BEATO DE TSCHIDERER TRENTO***

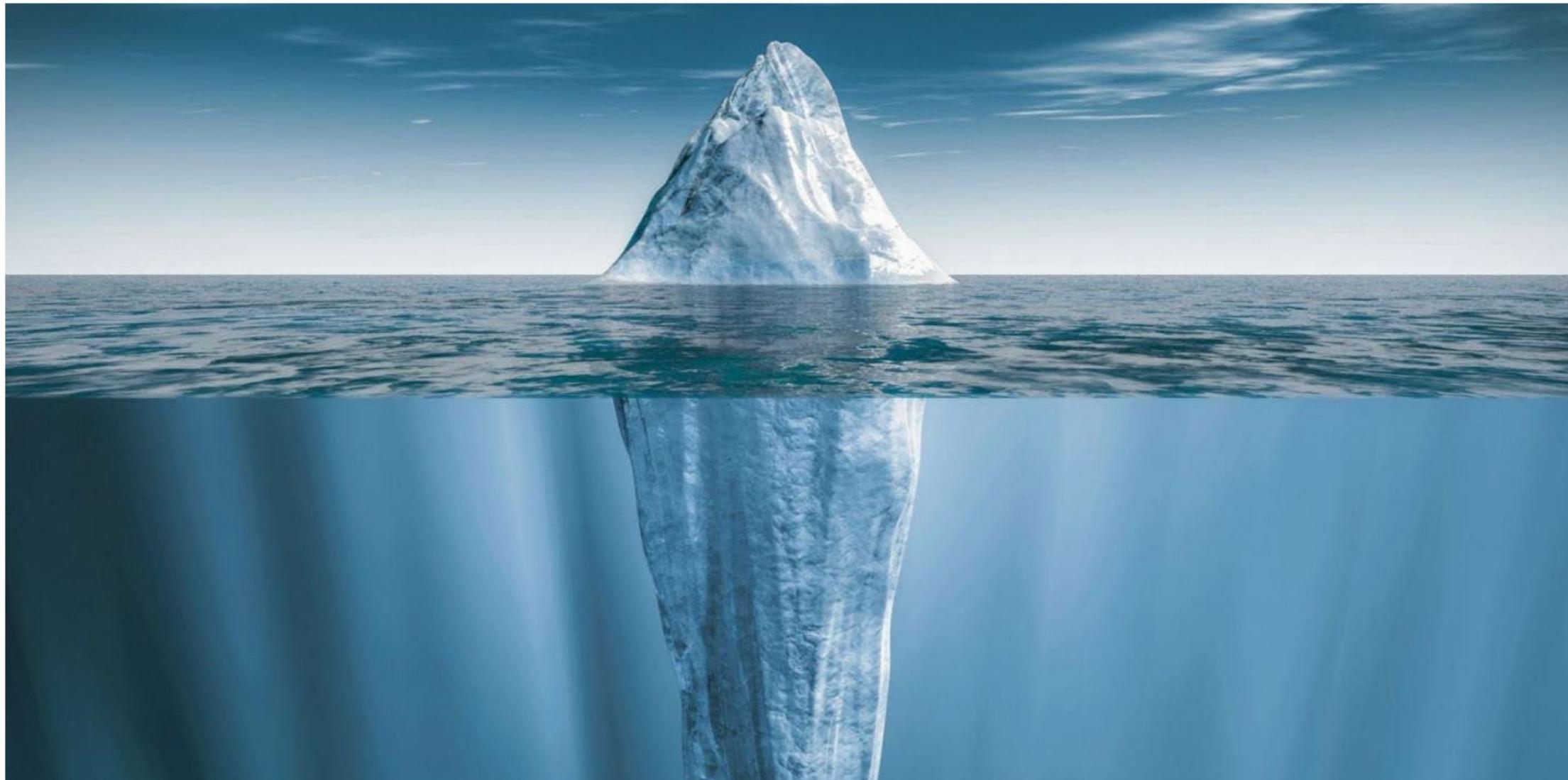
## **PROGETTO AZIENDALE INTERNO «MALTRATTAMENTO ZERO»**

**Manuela Neculaes, Coordinatrice infermieristica**

**Cinzia Biasion, Coordinatrice area sociale**



# MALTRATTAMENTO: LA PUNTA DELL'ICEBERG



# CHE COSA È IL MALTRATTAMENTO?

---

Alcuni studiosi hanno definito il maltrattamento come un **«classico fenomeno da punta dell'iceberg»**.

Con il termine maltrattamento invece s'intendono:

«tutti gli atti e le carenze che turbano gravemente le persone fragili, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e /o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi» (OMS 2002).

**È un tema di cui si fa fatica parlare**

**Ha una dimensione organizzativa**



# OBIETTIVI DEL PROGETTO

---

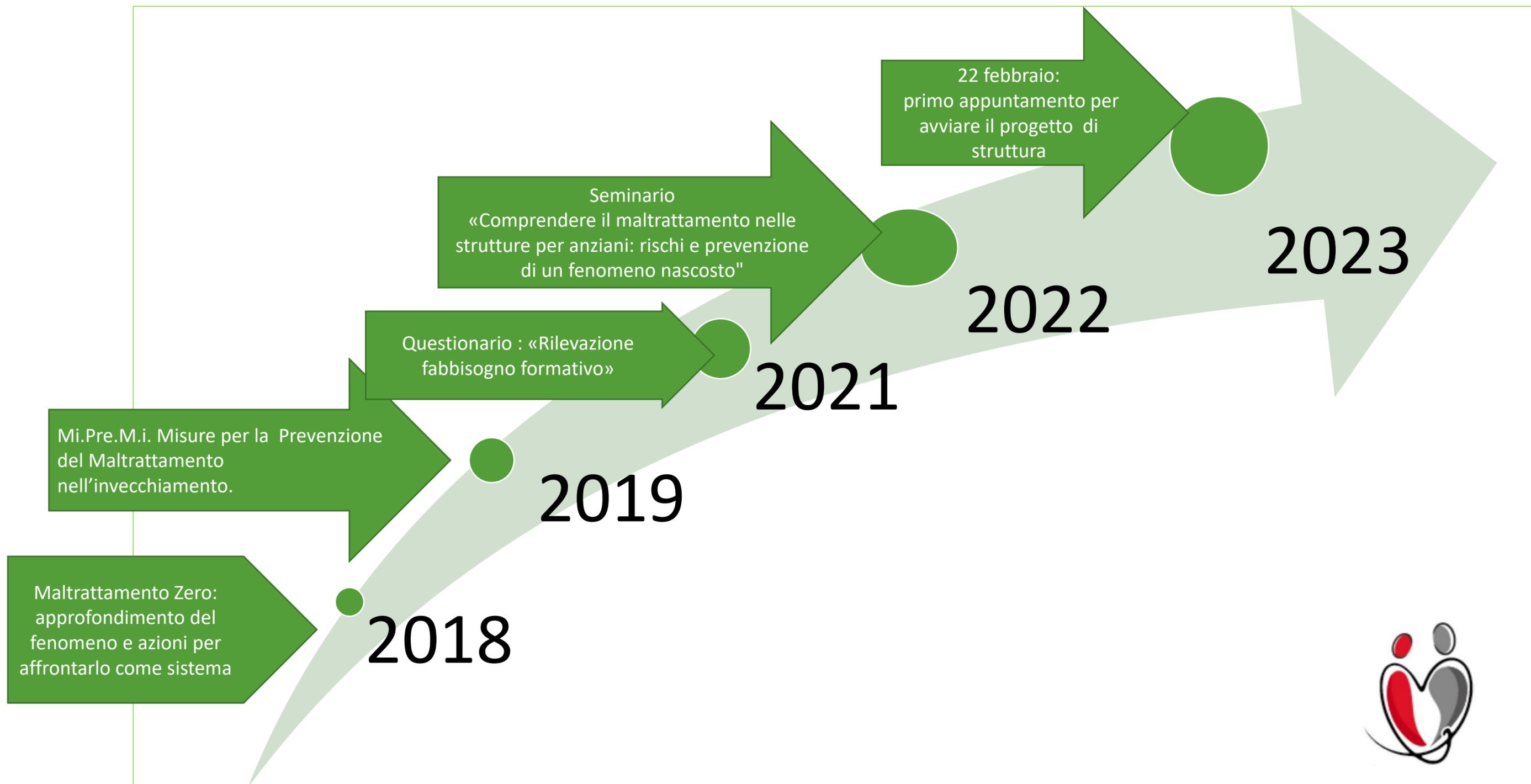
**Promuovere una cultura** che permetta di parlare del maltrattamento senza giudicare le persone, ma anche senza tollerare o ignorare i comportamenti, per prevenire il rischio e migliorare il benessere delle persone.

**Favorire la conciliazione della qualità della vita e della qualità della cura dei Residenti**, mettendo realmente al centro la persona, le sue fragilità, le sue potenzialità ed i suoi desideri.

Nella nostra RSA si è inteso **attivare un percorso innovativo di progetto-formazione-azione** in cui **gli operatori siano protagonisti** nell'individuare e proporre azioni concrete al fine di prevenire il rischio di maltrattamento.



# IL PERCORSO



# DESCRIZIONE PROGETTO

- ❖ **3 incontri di progettazione e coordinamento** con lo staff di direzione dell'ente, prof. Fazi e referente UPIPA Federica Audi Grivetta
- ❖ **Realizzazione di un video** di presentazione del progetto, inviato a tutti dipendenti
- ❖ Pubblicazione sul portale personale di una **lettera di presentazione** a tutti dipendenti con video e date della formazione interna;
- ❖ **FORMAZIONE**
  - 130 operatori formati
  - 48 operatori partecipanti ai focus
- ❖ **3 incontri analisi risultati** e individuazione azioni miglioramento
- ❖ **1 incontro restituzione al personale**



# FOCUS GROUP

## TEMATICHE PRINCIPALI

*«Stare a lungo in reparti con residenti molto problematici espone a forti rischi» «si riduce la tolleranza»*



Stress e affaticamento operatori

*«Se segnalo qualcuno che fa il turno con me dopo, come posso continuare a lavorare insieme?»*



Segnalazione episodi di maltrattamento

*«Bisognerebbe osservare bene le caratteristiche di chi viene a lavorare qui, in questo momento si deve prendere praticamente tutti ma lo stesso mi chiedo se non si possa fare una selezione migliore»*

*«Una familiare si presenta con queste parole: 'ora vi controllerò io per tutto quello che fate'»*



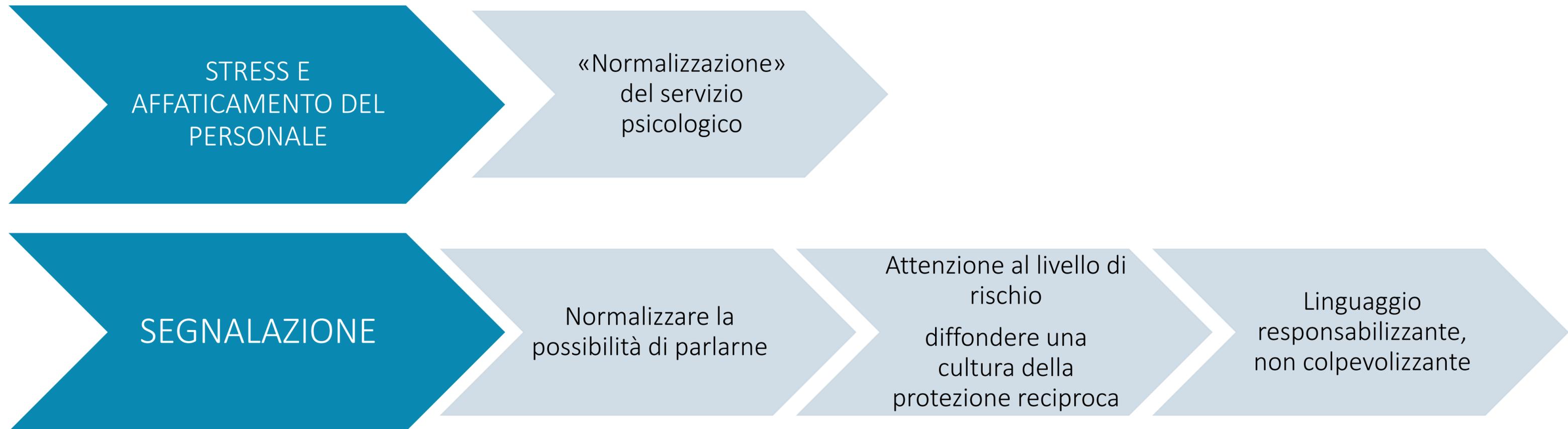
Rapporto con i familiari



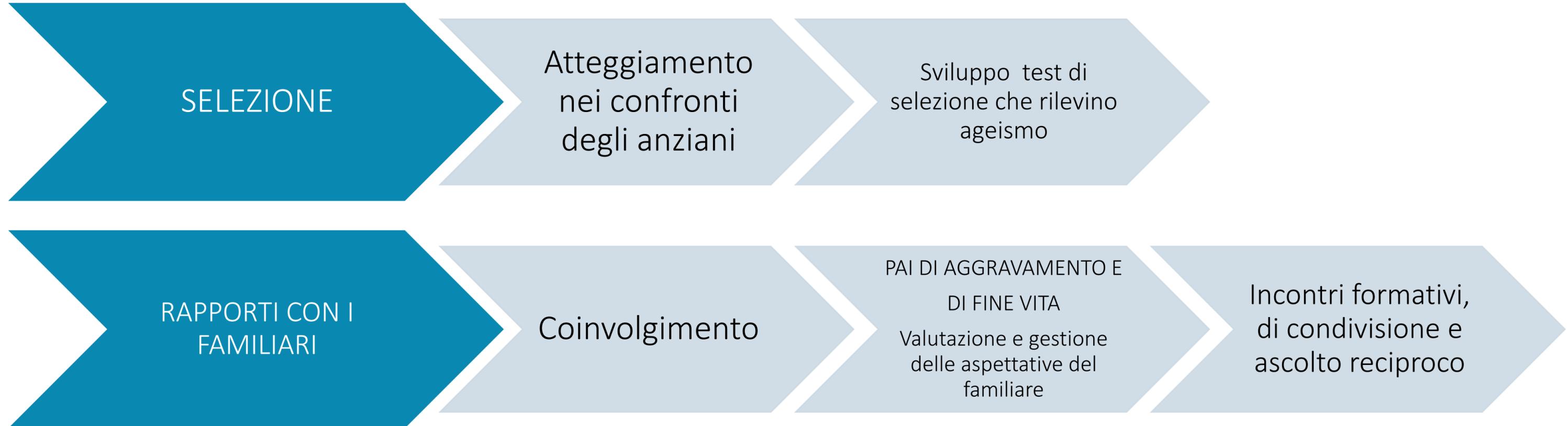
Mancanza di formazione/preparazione del personale



# AZIONI DI MIGLIORAMENTO ADOTTATE



# AZIONI DI MIGLIORAMENTO ADOTTATE



# CONCLUSIONI

- NON SOLO FORMAZIONE
- Aumento della consapevolezza sul tema
- Azione co-costruita di cambiamento organizzativo
  
- Aumento delle comunicazioni sul tema
- Riflessione sulla sostenibilità: SI PUO' FARE!
- In cantiere....

*«Allora credo di aver avuto atteggiamenti maltrattanti per anni...»*

*«Guarda che ci hanno detto che dire di aspettare un attimino per andare in bagno è maltrattamento!»*

*«Avvisa l'anziano che lo stai per spostare, non rapirlo!»*



OMAGGIO  
ALLA QUALITÀ  
DELLE PERSONE

Andreatta GIAN PAOLO !!!









**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



Con il patrocinio di:



Partner:



# La prevenzione intesa come cura della relazione

A cura di: Cooperativa Sociale Società Dolce Società Cooperativa  
RSA E. BOVI – PEGOGNAGA (MANTOVA)



**WORKSHOP 4**  
**AFFRONTARE LE RELAZIONI INCRINATE, STRUMENTI  
PER PREVENIRE I MALTRATTAMENTI**

## CHI SIAMO?

Cooperativa Sociale Società Dolce è presente in tre regioni: Emilia Romagna, Veneto e Lombardia, gestendo servizi sanitari, servizi dedicati all'infanzia, alle persone anziane, alle persone con disabilità, all'accoglienza ai migranti ed alle persone senza dimora.

## I documenti

-**Codice Etico**, approvato dall'Assemblea dei Soci nel 2013

Principi « *Centralità della persona: al centro dei propri valori il rispetto della persona [...], persone che lavorano con le persone e per le persone. Tutte le attività sono ispirate alla promozione dell'essere umano che viene posto al centro*»

-**Carta dei Servizi** della RSA «E. Bovi», Rev. 2024

« [...] *Di rispettare l'individualità di ogni persona anziana, riconoscendone i bisogni e realizzando gli interventi ad essi adeguati*»

-**Protocollo «Prevenzione e Gestione delle forme di abuso e maltrattamento»** RSA «E. Bovi», Rev. 2024

«*Abuso*: Qualsiasi azione singola o ripetuta, o una mancanza di un'azione appropriata, che causa danno fisico, psicologico, emotivo o economico ad una persona assistita. Include abusi fisici, sessuali, psicologici, emotivi, economici e materiali, nonché l'abbandono e l'incuria»

-**Procedura di segnalazione**

-**Documento organizzativo** RSA «E. Bovi», 2024

Mission: «*Crediamo nei valori della solidarietà, aiuto, dignità, accoglienza e, soprattutto, nel riconoscimento del valore irrinunciabile dell'essere PERSONA. Promuoviamo il benessere in una struttura aperta e familiare, accogliendo il bisogno delle persone anziane, la loro sofferenza ed il disagio della famiglia*»

-**Accreditation Canada, 2024**

L'accreditamento valuta le organizzazioni sanitarie e i servizi sociali su standard di eccellenza, per identificare ciò che viene fatto bene e ciò che deve essere migliorato.

Assegnazione del bollino qualità oro a servizi/prestazioni a carattere sanitario.

## **Le progettualità intraprese**

- Modello GentleCare, 2024;
- RSA «E. Bovi» è *benchmarker* per il marchio Q&B, 2024

## Prendersi cura:

- saper fare (attitudine tecnica);
- saper essere (competenze emotivo-relazionali).



La cura si basa sulla relazione,  
attraverso la relazione viene supportato «l'essere PERSONA».

L'agire quotidiano degli operatori, spesso è inconsapevole, superficiale, sbrigativo, generico, segue schemi collaudati ed accettati («si fa così»), senza rendersi conto di ciò che origina nella persona assistita.

Sono interazioni svalutanti che possono minare uno o più bisogni (p.e. emotivi, relazionali, psicologici) nella sostanza «l'essere PERSONA».

## Prevenzione è...

## BEN-fare 2024 *¿*Care Europa

SENSIBILIZZARE

CONDIVIDERE

ESPRIMERE

CONFORTARE

APPARTENERE

RICONOSCERE

LEGITTIMARE

RISPETTARE

RINGRAZIARE

INCLUDERE

ACCETTARE/ACCOGLIERE

EMPATIZZARE

COLLABORARE

FACILITARE

VALIDARE

## Evitare negligenze e comportamenti maltrattanti...

### Come?

- Ascoltare ed accogliere il vissuto degli operatori nello svolgimento del loro lavoro nella quotidianità.
- **NO**: al giudizio, alla negazione, alla solitudine, al segreto, all'evitamento, a sopportare, alla passività.

**SI** alla **CONDIVISIONE**: dare voce all'inesprimibile, legittimare i pensieri e le emozioni più scomode, trasformarli e riconoscere la fonte per allontanarsi dall'agito maltrattante.

**ELEMENTI DA COLTIVARE E CURARE,  
PERCHE' SONO BENEFICI E CI PROTEGGONO:**

- **LA CONDIVISIONE ED IL CONFRONTO IN EQUIPE;**
- **L'EQUIPE COME SOSTEGNO ED AIUTO PER OGNI OPERATORE CHE INCLUDE.**

La Cooperativa Sociale Società Dolce, nei mesi scorsi ha avviato un percorso che ha visto la partecipazione di un campione di circa n. 350 lavoratori ad una serie di Focus Group.

Ogni FG ha avuto un formato organizzativo reputato ottimale per la *valutazione approfondita della percezione dei rischi associati a molestie sessuali, abusi e violenze (fisiche, verbali e psicologiche), categorizzati per mansione e luogo di lavoro (struttura, domicilio, territorio) e per provincia.*

La durata di ogni sessione di lavoro è stata di circa un'ora e mezza ed ha coinvolto ogni volta n. 10/15 partecipanti, due moderatori con una modalità itinerante hanno presieduto i FG nei territori che ospitano i servizi della Cooperativa.

Sono stati raccolti dati preziosi che sapranno orientare le azioni future della Cooperativa a breve e medio termine.

Si intendono affrontare ulteriori aspetti attraverso un questionario online, che permetterà di approfondire la capacità di gestione degli atti di violenza, molestie e abusi, le relative conseguenze e le modalità con cui i lavoratori comunicano questi eventi nella quotidianità ai loro responsabili.

## Strumenti operativi in RSA

### Target Operatori:

- ✓ Spazi di ascolto e condivisione (individuali e/o di gruppo, briefing quotidiani/settimanali/mensili);
- ✓ Supporto psicologico ( colloqui individuali, supervisione a due livelli, psicologa «itinerante» in struttura);
- ✓ Formazione (umanizzazione delle cure, relazione-comunicazione);
- ✓ Audit sui processi assistenziali (correzione-miglioramento);
- ✓ Valutazione Stress-Lavoro correlato;
- ✓ Procedura di segnalazione

### Target Caregiver:

- ✓ Supporto psicologico (spazi di ascolto e condivisione, individuali e/o di gruppo a cadenza mensile);
- ✓ Coinvolgimento nel processo di cura (accompagnamento attraverso comunicazioni dirette e con un timing preciso da parte della struttura);
- ✓ Tavolo di lavoro costante con il Comitato Parenti della struttura (riunione a cadenza mensile);
- ✓ Procedura di segnalazione

### Target Residenti:

- ✓ Supporto psicologico e spazi di ascolto e condivisione ( individuali e/o di gruppo);
- ✓ All'interno della RSA «E. BOVI» è stato realizzato uno studio su un campione di persone residenti al fine di approfondire la presenza di situazioni stressogene/traumatiche, con lo scopo di recuperare l'equilibrio psicologico ed emotivo della persona. Riscoprendo qualità come: sensibilità, sicurezza, gentilezza, calore ed empatia.

Anno 2024...

Ci piacerebbe poter dire nella nostra Equipe di lavoro...  
quanto e come «*stiamo bene facendo questo lavoro*»



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



**Scenari  
naturalistici in  
realtà virtuale per  
le persone con  
deficit cognitivi**

A cura di: Mario Iesurum

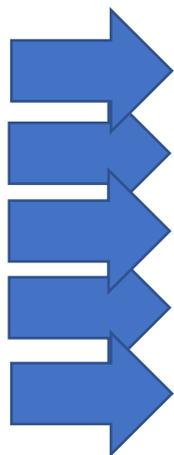
Workshop 5 - Sala Cristina 24 ottobre 2024 10.45 – 12.45

# L'introduzione di innovazioni e tecnologie finalizzate al benessere della persona

## **Interventi**

**Oscar Arturo Mayora e Marco Bianti**, Fondazione Bruno Kessler

**Lucia Leonardelli e Mara Lazzeri**, Apsp Grazioli di Trento



1. Rispetto
2. Autorealizzazione
3. Operosità
4. Affettività
5. Interiorità
6. Comfort
7. Umanizzazione
8. Socialità
9. Salute
10. Libertà
11. Gusto
12. Vivibilità

L'innovazione e la tecnologia al benessere della persona  
**È trasversale ai valori del marchio Q&B**

## Principali ostacoli:

- 1. Mancanza di supporto e impegno da parte della leadership**
- 2. Paura del fallimento e avversione al rischio**
- 3. Struttura organizzativa isolata o rigida**
- 4. Resistenza al cambiamento e status quo**
- 5. Risorse o budget insufficienti**
- 6. Aspettative di risultato elevate**
- 7. Attese di ritorno a breve**

Grazie!



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Realtà Virtuale: Una nuova finestra sul mondo per le RSA

A cura di:

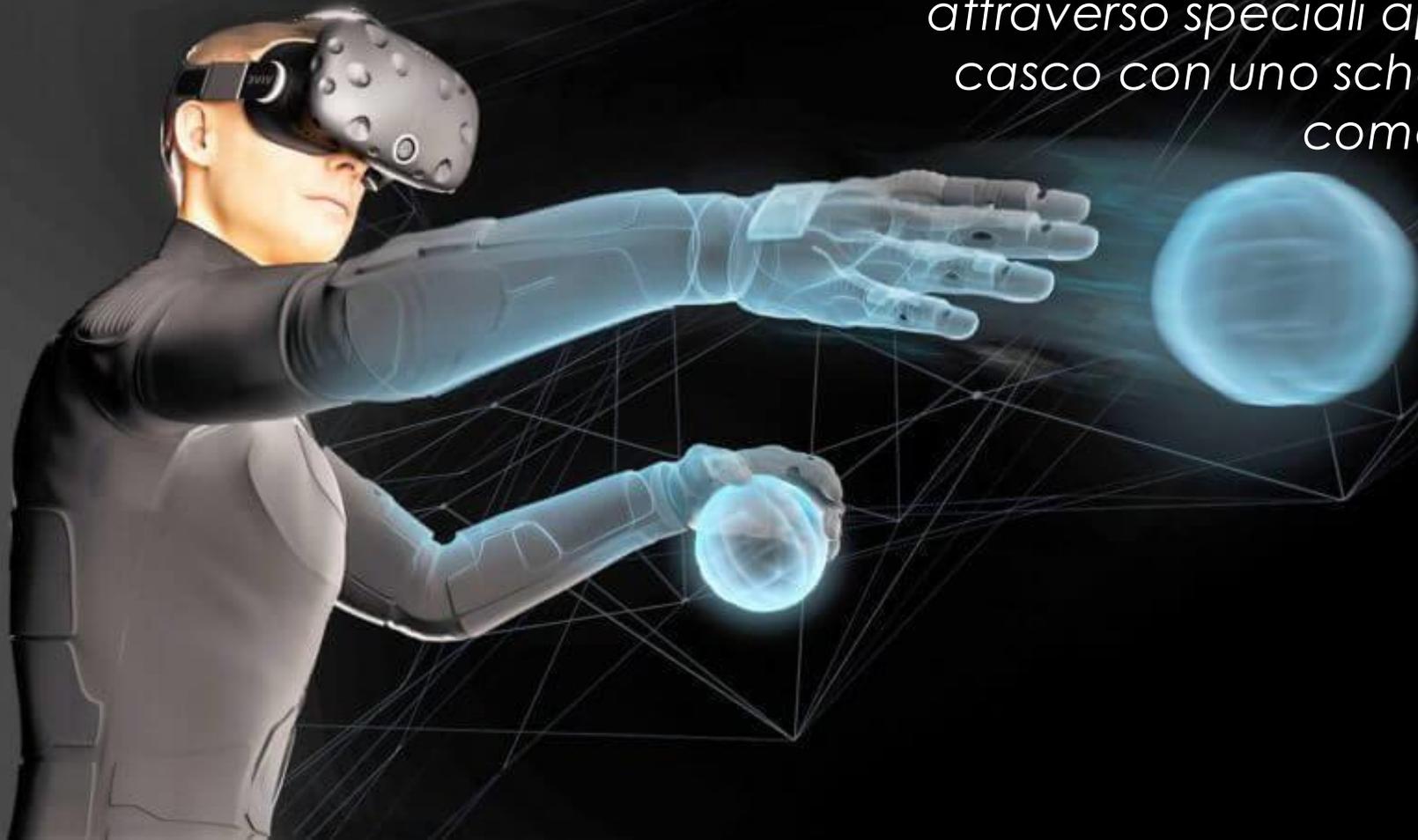
Oscar Mayora, Marco Dianti  
Fondazione Bruno Kessler  
Centro Health and Wellbeing

# Realtà Virtuale

*Simulazione di un ambiente tridimensionale  
generata al computer*

*con cui si può interagire in modo  
apparentemente reale*

*attraverso speciali apparecchiature, come un  
casco con uno schermo interno o altri sensori  
come guanti, gen. aromi, ecc.*

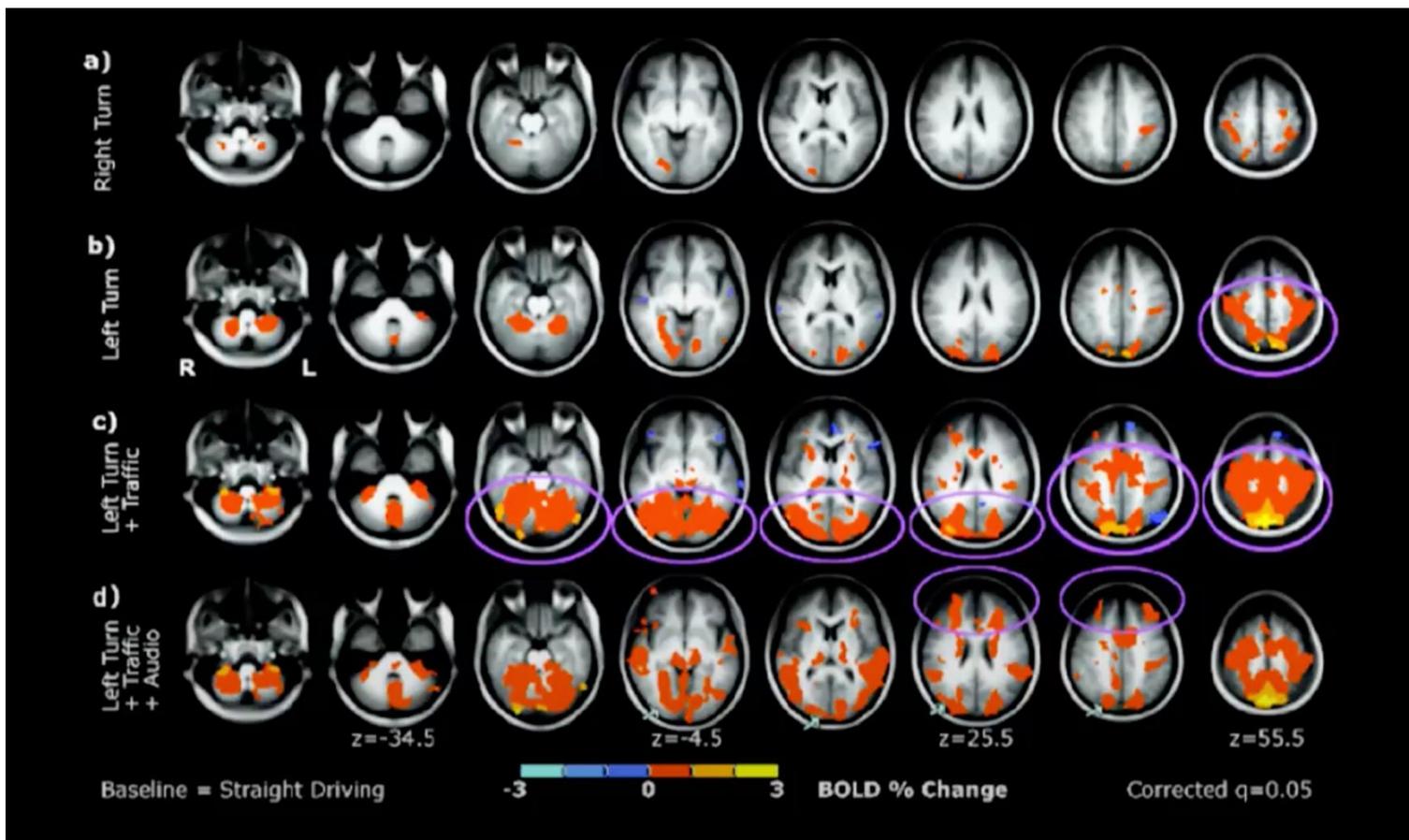




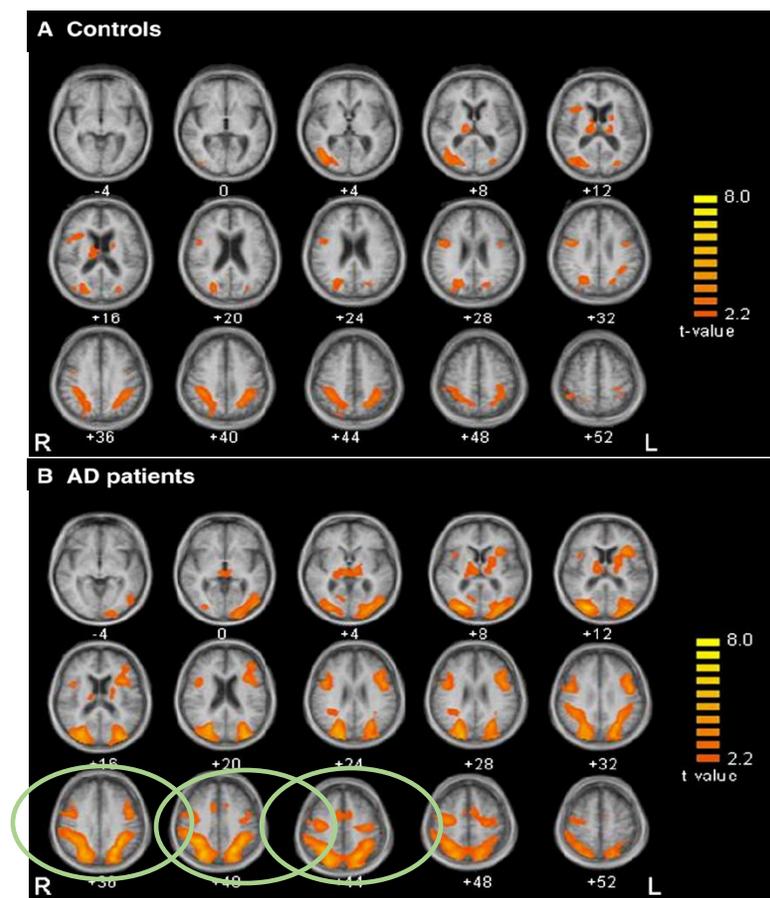
REALTÀ VIRTUALE

PRESENZA

EMBODIEMENT  
(Personificazione)



Schweizer TA, Kan K, Hung Y, Tam F, Naglie G, Graham SJ. Brain activity during driving with distraction: an immersive fMRI study. *Front Hum Neurosci.* 2013 Feb 28;7:53. doi: 10.3389/fnhum.2013.00053. PMID: 23450757; PMCID: PMC3584251.



Vannini P, Lehmann C, Dierks T, Jann K, Viitanen M, Wahlund LO, Almkvist O. Failure to modulate neural response to increased task demand in mild Alzheimer's disease: fMRI study of visuospatial processing. *Neurobiol Dis.* 2008 Sep;31(3):287-97. doi: 10.1016/j.nbd.2008.04.013. Epub 2008 May 17. PMID: 18619845.

C  
O  
N  
C  
E  
N  
T  
R  
A  
Z  
I  
O  
N  
E



D  
I  
S  
T  
R  
A  
Z  
I  
O  
N  
E

C  
O  
N  
C  
E  
N  
T  
R  
A  
Z  
I  
O  
N  
E



D  
I  
S  
T  
R  
A  
Z  
I  
O  
N  
E

C  
O  
N  
C  
E  
N  
T  
R  
A  
Z  
I  
O  
N  
E



D  
I  
S  
T  
R  
A  
Z  
I  
O  
N  
E



qualità & benessere

# Realtà Virtuale

**BEN-fare 2024** **¿Care Europa**

*Capacità di stimolare, concentrare / distrarre il cervello.  
Potenziale per la gestione di alcune condizioni  
psicologiche e neurologiche*



*Dolore*

*Phobie*

*Ansia*

*Stress*

*Depressione*



# Realtà Virtuale: Quale effetto sul nostro organismo



Stimolare la **produzione di dopamina ed endorfine** attraverso un coinvolgimento completo nei diversi stimoli sensoriali forniti dall'ambiente virtuale immersivo



Endorfine

neurotrasmettitori che inducono uno stato di **sollievo** e riducono la percezione del **dolore**.

Dopamina

neurotrasmettitore che riconoscono le **sensazioni di piacere**, impara a riconoscerle e le richiede come **ricompensa**.

Se sbilanciate, c'è un rischio degli **effetti collaterali** (ed eventuali dipendenze) delle terapie farmacologiche



# RV nella Terapia del Dolore



# RV nella gestione di stati di ansia



# RV per la Terapia della Reminiscenza



# RV per la Terapia dei Desideri





Cosa hanno in comune queste applicazioni?

Soluzioni sperimentali presentate in modo informale senza informazione su:

- Protocolli clinici
- Parere di comitati etici
- Evidenza scientifica
- Certificazioni come dispositivi medicali
  - In quali casi funziona? In quali no?
  - Quali rischi, effetti collaterali?
  - Trattamento dei dati?
  - Privacy? Consenso Informato?



Lavori in Corso

Uso dell'Augmented Reality

Uso dell'Intelligenza Artificiale Generativa



qualità & benessere

## Lavori in Corso

# 2o. Studio sulla gestione dell'ansia tramite la VR per il Rilassamento

## APSP Margherita Grazioli

**il TRENTINO**  
QUOTIDIANO ONLINE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO Ufficio stampa

Comunicati Riviste Tematiche Focus Web TV Newsletter

ATTUALITÀ AMBIENTE CULTURA ISTRUZIONE E FORMAZIONE ECONOMIA, IMPRESE E ATTIVITÀ PRODUTTIVE LAVORO E OCCUPAZIONE FAMIGLIA, SOCIALE E COMUNITÀ  
SICUREZZA E PROTEZIONE CIVILE SALUTE E BENESSERE  
ALTRO

Ufficio Stampa / Comunicati / Realtà virtuale per gestire l'ansia negli anziani: lo studio FBK evidenzia promettenti risultati

Mercoledì, 03 Maggio 2023 - 12:45 Comunicato 1210

Coinvolti 23 anziani residenti nella APSP "Margherita Grazioli" di Povo  
**Realtà virtuale per gestire l'ansia negli anziani: lo studio FBK evidenzia promettenti risultati**

L'esposizione di persone con compromissione cognitiva e fisica a scenari immersivi realistici e naturali in realtà virtuale tramite visore è sicura e ha un impatto sulla promozione dello stato di rilassamento e di emozioni positive.  
È questo il quadro generale emerso dall'indagine condotta dalla ricercatrice Susanna Pardini, dell'Università di Padova e dottoranda presso il centro Digital Health and Wellbeing della Fondazione Bruno Kessler, che titola "Utilizzo di ambienti personalizzati virtuali in persone con deterioramento cognitivo". Lo studio ha coinvolto, tra gennaio e febbraio di quest'anno, 23 anziani (di cui 19 donne), con un'età media di 86,6 anni, residenti nella APSP "Margherita Grazioli" di Povo - Trento.

Allegati  
CS\_REALTà\_VIRTUALE\_POVO\_3maggio2023  
Scarica il file (File application/pdf 465,52 kB)

Link  
TrentinoSalute4.0

Luogo  
Barca per il Trentino Alto Adige



Allegati

CS\_REALTà\_VIRTUALE\_POVO\_3maggio2023  
Scarica il file (File application/pdf 465,52 kB)

Link

TrentinoSalute4.0

Luogo

Barca per il Trentino Alto Adige

Leaflet | © OpenStreetMap contributors

S. Pardini, S. Gabrielli, L. Gios, M. Dianti, O. Mayora-Ibarra, L. Appel, S. Olivetto, A. Torres, P. Rigatti, E. Trentini, L. Leonardelli, M. Bernardi, M. Lucianer, S. Forti, C. Novara . Customized virtual reality naturalistic scenarios promoting engagement and relaxation in patients with cognitive impairment: a proof-of-concept mixed-methods study. *NATURE Sci Rep* **13**, 20516 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47876-1>



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

Organizzato da:



qualità & benessere

Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



# Realtà Virtuale: Una nuova finestra sul mondo per le RSA

A cura di:

Oscar Mayora, Marco Dianti

Fondazione Bruno Kessler

Centro Digital Health and Wellbeing

[omayora@fbk.eu](mailto:omayora@fbk.eu)

# GRAZIE!



**iCare Europa** 

**Innovazione e Valori nella  
cura agli anziani in Europa**

**Scenari naturalistici  
personalizzati in Realtà Virtuale  
per le persone con deficit  
cognitivo: uno studio di  
fattibilità in RSA**

A cura di:  
Lucia Leonardelli  
Mara Lazzeri  
APSP M.Grazioli –  
Povo Trento

Organizzato da:



Con il patrocinio di:



Partner:



Media Partner:



## **APPLICAZIONE DI SCENARI VIRTUALI PERSONALIZZATI CON PERSONE CON DETERIORAMENTO COGNITIVO: GLI STEP**

---

Proposta Fondazione  
Bruno Kessler a APSP  
M.Grazioli

Studio di fattibilità

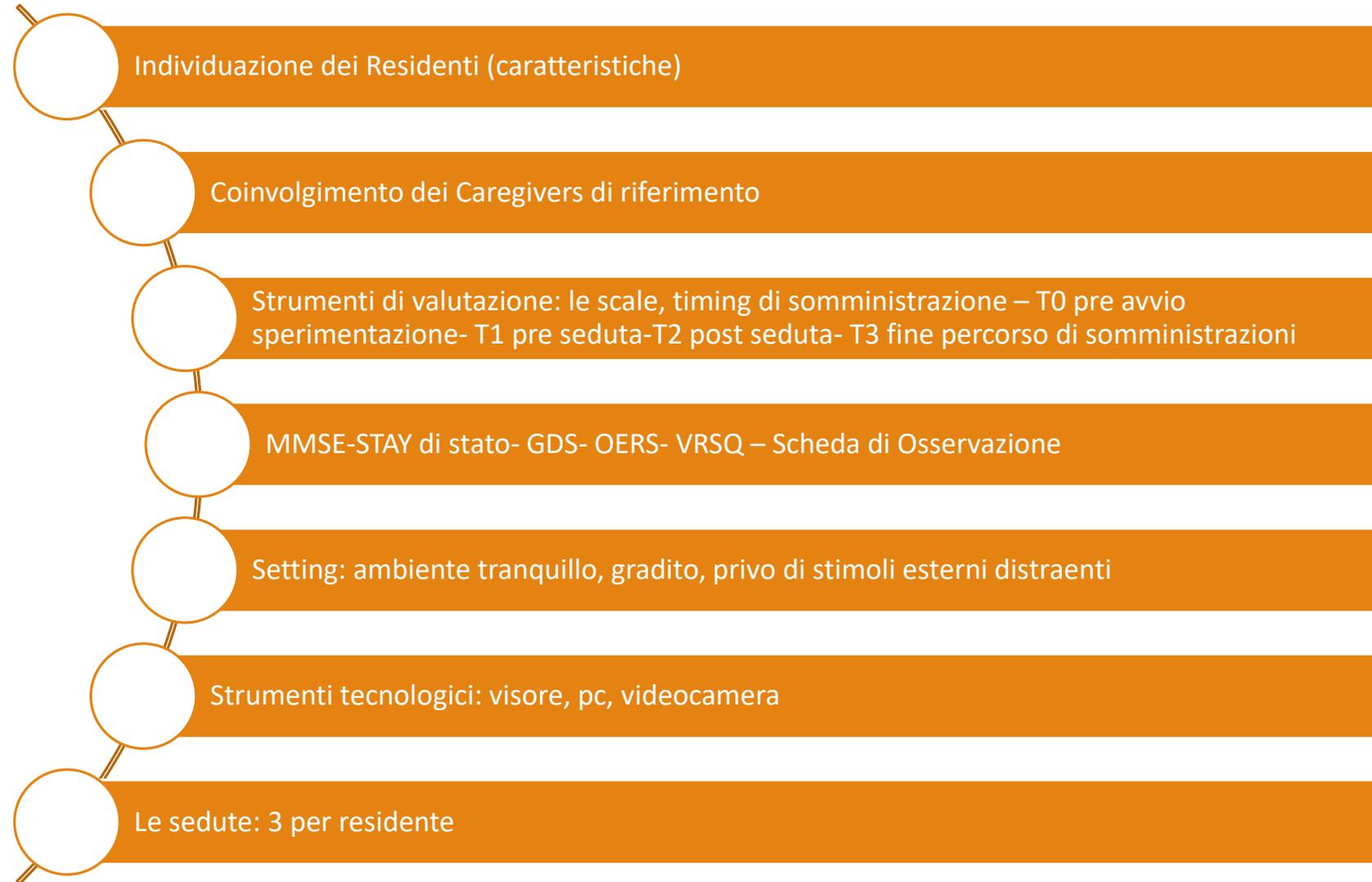
Studio di ricerca

## **GLI OBIETTIVI DELLO STUDIO DI FATTIBILITA':**

---

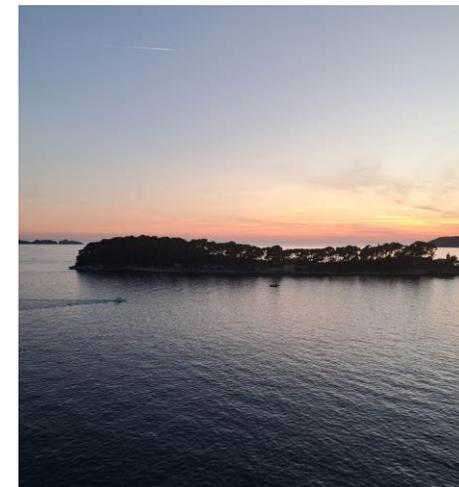
- ✓ **FATTIBILITA' :**
  - Possibili effetti collaterali associati all'utilizzo del visore (nausea, mal di testa, disorientamento...)
  - Adesione da parte dei Residenti alla sperimentazione
  - Coinvolgimento, gradimento e soddisfazione esperiti
  
- ✓ **INDAGINE PRELIMINARE DEL POSSIBILE IMPATTO SU ANSIA E ATTIVAZIONE E REGISTRAZIONE DELLE EMOZIONI ESPERITE**

## LO STUDIO DI FATTIBILITÀ: IL PROGETTO



## LA SEDUTA: COME AVVIENE?

Durata: max 8 minuti con il visore



## LE REAZIONI REGISTRATE NEI DIARI:

Proposta al residente la prima seduta di utilizzo del dispositivo "Oculus" in stanza, scelta per non destabilizzare il residente con lo spostamento dal piano. L. partecipa volentieri, interessato dalla presenza del computer e del dispositivo (L. è amante della tecnologia). A fine seduta ringrazia le figure presenti, dando rimando positivo dell'esperienza fatta.

R. partecipa volentieri all'esperienza riportando con piacere quanto vissuto

Effettuata con P. seduta di qualche minuto con il visore della realtà virtuale, esprime segnali di piacere, di divertimento e di rilassamento.

Effettuata seduta con il visore Oculus, il residente non vuole togliere il visore

Effettuata con I. seduta di qualche minuto con il visore della realtà virtuale, esprime di piacere, interagisce volentieri descrivendo quello che vede. Afferma che avrebbe piacere di ripetere l'esperienza. Da sottolineare che è venuta volentieri quando l'ho invitata, anche se sembrava preoccupata. Dopo l'esperienza è andata via più rilassata e sorridente.

Effettuata con B. seduta di qualche minuto con il visore della realtà virtuale, esprime di piacere, cita una poesia, ed esclama più volte "che bel". Dopo alcuni minuti però chiede di togliere il visore perchè le provoca fastidio. Afferma comunque che avrebbe piacere di ripetere l'esperienza. Da sottolineare che è venuta volentieri per provare l'attività, mi ha detto che le piacciono le cose nuove.

1. partecipa a una seduta di realtà virtuale e reagisce in maniera molto positiva alla visione di una spiaggia caraibica, con palme e sabbia bianca. Si lascia coinvolgere da ciò che vede e alla fine ringrazia per aver potuto vedere queste belle immagini.

Effettuata con G. seduta di qualche minuto con il visore della realtà virtuale, esprime segnali di piacere ed un momento di commozione, avrebbe bisogno di muoversi all'interno della sala.



## AMBIENTI VIRTUALI PREFERITI

IL LAGO	➔	RASSICURANTE
LA MONTAGNA	➔	FAMIGLIARE
L'ORTO	➔	QUOTIDIANO
IL MARE	➔	SCELTO DA CHI LO HA VISSUTO

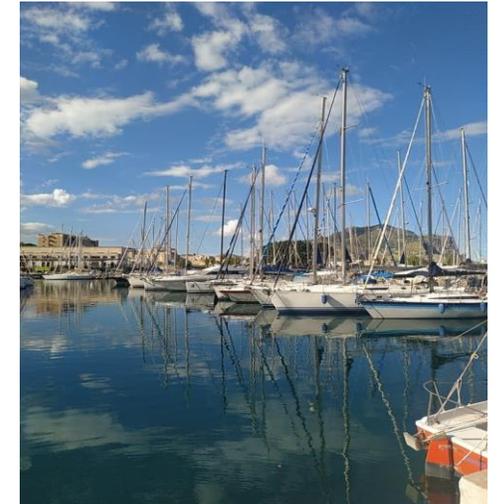


### LE VOCI ASCOLTATE RACCONTANO DI...

**FAMIGLIARI:** spesso i genitori

**LUOGHI VISITATI:** ricordano luoghi specifici e ne hanno nostalgia

**ANEDDOTTI:** episodi accaduti



## I RISULTATI

---

### ✓ FATTIBILITÀ:

- Possibili effetti collaterali associati all'utilizzo del visore: no effetti collaterali medio gravi ( 3 sensazione di affaticamento, 10 fastidio associato all'indossabilità del visore, 10 occhi stanchi, 1 noia)
- Adesione da parte dei Residenti alla sperimentazione: 22 persone individuate secondo criteri di inclusione ed esclusione definiti da protocollo
- Interesse, coinvolgimento e soddisfazione esperiti:  
(1 moltissimo – 5 per niente)  
Interesse: 1,85  
Coinvolgimento: 1,95  
Piacevolezza: 1,20

## I RISULTATI

- ✓ Indagine preliminare del possibile impatto su ansia e attivazione e registrazione delle emozioni esperite

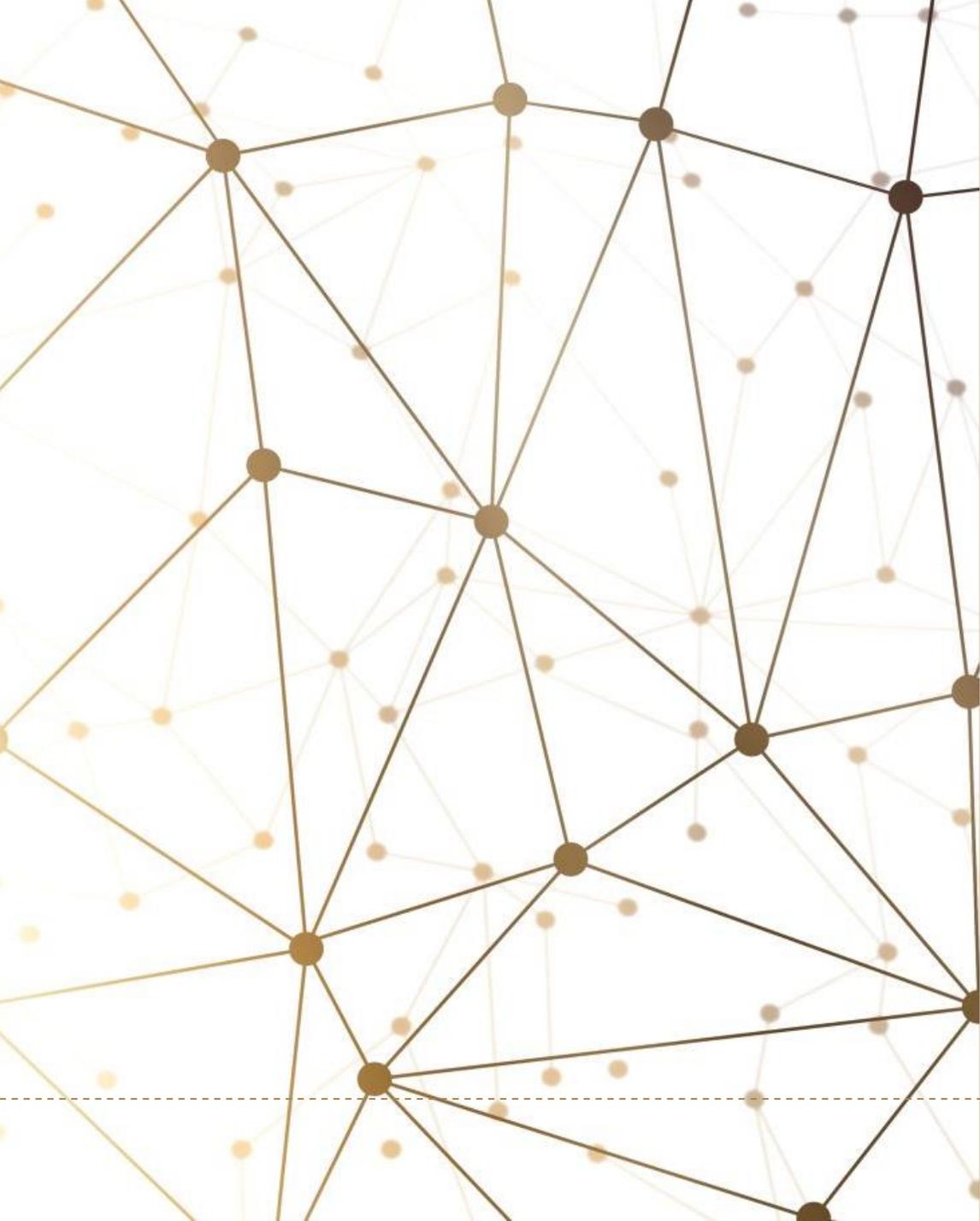


## **NUOVO PROGETTO: LO STUDIO DI RICERCA**

---

Lo stato dell'arte:

Il Protocollo di ricerca elaborato fra FBK e APSP Grazioli è stato sottoposto a valutazione del CE ed è in attesa del parere



# **Il Marchio Qualità & Benessere. Storia, valori, modello di valutazione e casi di studio**

**Prof.ssa Cristina Zaggia**

Dipartimento di Filosofia, Sociologia,

Pedagogia e Psicologia Applicata,

Università degli Studi di Padova

**BENFARE - 24 ottobre 2024**

<https://www.pensamultimedia.it/libro/9791255681847>

# Capitolo 1. Qualità e benessere nelle strutture per anziani

- 1.1 Le tipologie di strutture per anziani
- 1.2 La valutazione della qualità dei servizi
  - ✓ 1.2.1 Il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali
  - ✓ 1.2.2 La certificazione UNI EN ISO
- 1.3 Il modello di benessere di Carol Ryff
- 1.4 I Principi delle Nazioni Unite per le Persone Anziane
- 1.5 La carta europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure e assistenza a lungo termine

Alla luce dei modelli di valutazione della qualità affrontati, del concetto di benessere e dei diritti degli anziani, si è deciso di presentare

### **il Marchio Qualità & Benessere**

in quanto rappresenta **un modello che integra molteplici forme di valutazione della qualità – L'AUTOVALUTAZIONE, LA VALUTAZIONE ESTERNA, LA VALUTAZIONE PARTECIPATA E LA VALUTAZIONE TRA PARI – e in quanto è fondato su VALORI – e non su requisiti e standard - finalizzati al miglioramento della QUALITÀ DELLA VITA E DEL BENESSERE DELLE PERSONE** che usufruiscono del servizio, ovvero delle persone anziane che vivono in strutture residenziali per anziani

# Capitolo 2. Il Marchio Qualità & Benessere

- 2.1 La storia, i valori e i principi fondanti
- 2.2 Il sistema valoriale
- 2.3 La struttura del marchio: fattori, determinanti, indicatori e relative modalità di rilevazione
- 2.4 Il processo biennale di valutazione
  - ✓ 2.4.1 Il processo di autovalutazione, valutazione tra pari e benchmarking
  - ✓ 2.4.2 Il processo di scaffolding: il supporto ai piani di miglioramento
- 2.5 Alcuni risultati relativi al 2023
  - ✓ 2.5.1 La numerosità e la distribuzione geografica degli enti aderenti
  - ✓ 2.5.2 I risultati dell'autovalutazione/valutazione di fattori, determinanti e indicatori

Se ci si riferisse solo ai dati medi relativi ai fattori si potrebbe affermare che mediamente solo il fattore Libertà ha ottenuto una media bassa, ovvero inferiore a 6 ( $m = 5,72$ ) e una deviazione standard elevata ( $ds = 1,92$ ).

In realtà diventa interessante **approfondire quali sono i determinanti e gli indicatori che hanno raggiunto livelli critici su cui poter lavorare per migliorare**, poiché in alcuni casi la media del fattore è data da medie molto diverse tra loro relativamente ai tre fattori che la compongono, così come la media di ogni determinante dipende dalle medie dei tre indicatori di cui è composto.

- L'analisi dei dati ricavati dal processo di autovalutazione / valutazione / benchmarking 2023 ha messo in luce alcuni elementi critici:
  - ✓ la percezione della effettiva personalizzazione degli orari e dell'attenzione dei vertici istituzionali verso il residente;
  - ✓ il finanziamento di progetti finalizzati al mantenimento dell'operosità quotidiana;
  - ✓ la presenza di progetti/laboratori programmati per il mantenimento dell'operosità quotidiana;
  - ✓ lo svolgimento di attività di animazione suggerite dai residenti;
  - ✓ il poter accudire animali o interagire con essi;
  - ✓ la presenza di ambienti o accorgimenti per facilitare il rilassamento e il benessere psicologico individuale;
  - ✓ La presenza di strumenti organizzativi e momenti strutturati per il sostegno del personale;
  - ✓ la percezione della possibilità di partecipazione del residente o dei suoi cari alla gestione del P.A.I;

- ✓ la percezione della soddisfazione dei residenti nella relazione con il personale;
- ✓ la presenza di altri servizi alla comunità;
- ✓ l'incident reporting, la gestione degli eventi avversi, dei mancati eventi e degli eventi sentinella;
- ✓ le buone prassi per la riduzione dell'impatto negativo dei trattamenti diagnostici, terapeutici ed assistenziali sulla qualità della vita delle persone;
- ✓ la percezione della messa a disposizione delle informazioni sanitarie e assistenziali;
- ✓ le modalità di gestione del consenso informato;
- ✓ la possibilità di muoversi senza restrizioni;
- ✓ la percezione della effettiva possibilità di decidere e di partecipare alle decisioni organizzative che riguardano i residenti;
- ✓ l'autonomia economica;
- ✓ la valorizzazione e sviluppo delle competenze del personale;
- ✓ il grado di differenziazione funzionale degli spazi e delle attività;
- ✓ la promozione del benessere organizzativo.

# Capitolo 3. La ricerca

## ■ 3.1 Lo scopo, gli obiettivi e la metodologia di ricerca

Lo scopo della ricerca è quello di far emergere e condividere alcune pratiche particolarmente performanti relativamente ad ognuno dei 12 fattori, in modo che fungano da elemento di discussione e miglioramento all'interno della comunità di pratiche, anche a fronte degli elementi critici emersi dall'analisi dei punteggi medi ottenuti a livello nazionale.

Attraverso l'individuazione di 12 strutture che rappresentano delle eccellenze in un determinato fattore, gli obiettivi della ricerca sono quindi quelli di comprendere quale sia l'insieme delle azioni, attività, processi, persone, spazi, risorse, così come i vincoli, che hanno condotto ad ottenere risultati eccellenti, mettere a disposizione e divulgare tali risultati affinché divengano know how condiviso da tutti gli stakeholder in un'ottica di diffusione di conoscenze ed esperienze al fine della messa in discussione, della crescita e del miglioramento continuo del sistema e del modello stesso.

- 3.2 I risultati
  - ✓ 3.2.1 Rispetto
  - ✓ 3.2.2 Autorealizzazione
  - ✓ 3.2.3 Operosità
  - ✓ 3.2.4 Affettività
  - ✓ 3.2.5 Interiorità
  - ✓ 3.2.6 Comfort
  - ✓ 3.2.7 Umanizzazione
  - ✓ 3.2.8 Socialità
  - ✓ 3.2.9 Salute
  - ✓ 3.2.10 Libertà
  - ✓ 3.2.11 Gusto
  - ✓ 3.2.12 Vivibilità
- 3.3 Discussione dei risultati

# Conclusioni e prospettive future

- Soprattutto, ma non solo, relativamente agli elementi emersi come critici, ogni singola struttura dovrebbe interrogarsi e cercare soluzioni e strategie, soprattutto attraverso il confronto con il personale, i residenti, i familiari, le altre strutture appartenenti alla comunità di pratiche e con i team leader stessi. Si dovrebbero inoltre prevedere momenti di scambio, di confronto e di formazione all'interno della comunità di pratiche, ad esempio anche attraverso l'utilizzo dei social e/o la creazione di una piattaforma, di un blog, di una newsletter, ecc. per condividere eventi, iniziative, progetti, buone pratiche, ecc.
- È auspicabile l'adattamento del Marchio ad altre tipologie di strutture per anziani (centri diurni, servizi domiciliari, ecc.) e/o eventualmente anche ad altri target di utenti (minori, disabili, ecc.).

# Conclusioni e prospettive future

- È oramai necessario l'aggiornamento dei valori del marchio, attraverso il coinvolgimento diretto di tutti gli stakeholder al fine di analizzare e considerare anche i loro mutati e nuovi bisogni e interessi. Inoltre, un aggiornamento è doveroso anche tenendo in considerazione cambiamenti e tematiche di estrema attualità nella società odierna – come ad esempio quelle relative alla sostenibilità sociale ed ambientale, alla parità di genere, all'inclusione, ecc. – così come fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione e la maggiore longevità e il conseguente sviluppo / trattamento di nuove patologie e di malati multicronici, così come la capacità di far fronte ad emergenze e conseguenze sanitarie quali quelle manifestatesi durante e post epidemia da Covid. Allo stesso modo, una sfida inevitabile del settore è indubbiamente rappresentata dall'innovazione tecnologica.

# Conclusioni e prospettive future

- Un ultimo aspetto migliorabile riguarda l'utilità di attivare una procedura di feedback e di valutazione della percezione, dell'utilità, dell'in/soddisfazione delle strutture stesse relativamente alle visite di audit e ai feedback ricevuti nel report di audit. Il modello di valutazione, infatti, prevede che il processo di valutazione si concluda con la visita e con il report di audit, che possono diventare strumenti di ripensamento e di miglioramento solo se recepiti, compresi, direi quasi "costruiti" assieme. Considerando la natura stessa – partecipativa – del modello di valutazione proposto è fondamentale infatti che tutti siano coinvolti anche nel momento finale di restituzione dei risultati, comprensione dei significati, valorizzazione dei punti di forza e di debolezza, in modo da rafforzare il modello stesso di valutazione e, di conseguenza, le sue ricadute per i destinatari delle valutazioni.