

CONVEGNO

***Residenzialità Solidale
e Amministrazioni
di Sostegno
Una nuova frontiera sociale***

**Aspetti medici, legali e amministrativi
Esperienze del coabitare sul territorio**

Venerdì 31 gennaio 2014

ore 9,30 - 13,00

Genova, Commenda di S. Giovanni di Pré

Interventi - Relazioni

CONVEGNO

Residenzialità Solidale e Amministrazioni di Sostegno- Una nuova frontiera sociale. Aspetti medici, legali, amministrativi - Esperienze del Coabitare sul Territorio”
Genova, La Commenda di Pre’ - 31/1/14

Introduzione

Associazione Itaca Sostiene - Barbara Benazzi, Presidente

Relazioni

Percorsi riabilitativi e nuovi scenari in tema di residenzialità psichiatrica

Marco Vaggi

Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - ASL 3 Genovese

4x4: fare comunità nel territorio.

L'unica strada veramente possibile

Giorgio Schiappacasse

Direttore S.C. Sert Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

ASL 3 Genovese

Residenzialità e anziani

Lorenzo Sampietro

Direttore Struttura Complessa Assistenza Geriatrica - Asl 3 Genovese

Residenzialità e modelli assistenziali:

nuove tipologie di convivenza

Ernesto Palummen

Direttore Dipartimento Sanitario di Ortogeriatrica Ospedali Galliera - Ge

Dimensioni sociali dell'amministrazione di sostegno:

la residenzialità

Paolo Martinelli

già Magistrato e Presidente dell'Associazione LHG12

Qualità e sicurezza nelle strutture per anziani

Giorgia Auteri

Accreditamento e Qualità – ARS Liguria

CONVEGNO

Residenzialità Solidale e Amministrazioni di Sostegno- Una nuova frontiera sociale. Aspetti medici, legali, amministrativi - Esperienze del Coabitare sul Territorio”
Genova, La Commenda di Pre’ - 31/1/14

INTERVENTO INIZIALE DI BARBARA BENAZZI Presidente dell'Associazione “Itaca Sostiene”

PRESENTAZIONE ITACA SOSTIENE :

CHI E'

l'associazione Itacasostiene nasce dall'incontro di un gruppo di persone (avvocati, medici e famigliari di persone fragili) coinvolte nella procedura di amministrazione di sostegno nei confronti dei soggetti socialmente deboli.

COSA FA:

L'associazione favorisce l'inclusione sociale di persone socialmente deboli attraverso lo strumento delle amministrazioni di sostegno di cui alla legge n.6 /2004.

attraverso lo svolgimento di attività **che garantiscano la tutela dei diritti fondamentali – diritti umani- dei soggetti assistiti e dei loro familiari**

COME:

- diffonde l'informazione e la conoscenza sull'amministrazione di sostegno in collaborazione con enti e associazioni che operano sul territorio ligure nel campo della solidarietà e del disagio sociale.
- Assiste utenti e familiari mediante la creazione di centri di ascolto e sportelli informativi di orientamento
- Sensibilizza le istituzioni pubbliche sanitarie socio assistenziali per un miglioramento dei protocolli di intervento e/o della prassi
- fa informazione e la formazione rivolte a volontari che vorrebbero diventare a.d.s. o a coloro che già sono amministratori di sostegno
- in particolare, per questo incontro:**la verifica e il controllo dei criteri che sono stabiliti per la spesa pubblica relativi alle risorse abitative ed al monitoraggio della qualità dei servizi erogati a favore dei soggetti “socialmente deboli”**

PERCHÉ QUESTO SPECIFICO CONVEGNO:

E' il primo convegno su questo argomento , in Liguria, organizzato dall'associazione di volontariato e auto-mutuo aiuto “Itaca Sostiene”, e focalizzato sul tema della **residenzialità solidale**, o residenzialità per persone socialmente deboli qui trattata negli aspetti di disabilità psichiatrica e fragilità dell'anziano.

Intendendosi qui espressamente, la residenzialità come modo di inclusione sociale e la procedura di amministrazione di sostegno (come da legge 6/2004) come uno dei mezzi possibili di intervento nella gestione della residenzialità in favore di persone socialmente deboli. Questa iniziativa è volta a cercare di dare visibilità al tema dell'amministrazione di sostegno cercando di dotare i territori di servizi di supporto al sistema della protezione giuridica e di consolidare e rafforzare la capacità del terzo settore di occuparsi di

ADVOCACY (LOBBYING SOCIALE) intesa (individuo o gruppo di pressione che mira ad **influenzare le politiche pubbliche e l'allocazione delle risorse all'interno dei sistemi politici, economici e sociali e relative istituzioni**. L'advocacy può includere numerose attività che una persona o organizzazione può svolgere, incluse campagne a mezzo stampa, comizi pubblici, incarico e pubblicazione di ricerche o sondaggi e raccolta di documentazione favorevole. Il lobbying è una forma di advocacy in cui si effettua un approccio diretto ai legislatori su una determinata questione e gioca un ruolo importante nella politica moderna).

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO:

CONVENZIONE ONU PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA'

approvato dall'Assemblea delle Nazioni Unite nel dicembre 2006;

è lo strumento che in concreto consente di combattere le discriminazioni e le violazioni dei diritti umani nei confronti di tutte le persone con disabilità.

Indica la strada che gli stati membri nel mondo devono percorrere per garantire.

DIRITTI DI UGUAGLIANZA e DI INCLUSIONE SOCIALE di tutte le persone con disabilità.

Art. 1 SCOPO

Art. 3 principi generali

Art. 4 lett.H formazione di professionisti e personale

Art. 8 Sensibilizzare la società nel suo insieme e anche la famiglia sulla situazione delle persone con disabilità.

Art. 19 Vita indipendente e inclusione sociale LETTURA DELL'ARTICOLO

Art. 28 Alimentazione vestiario e alloggio

Art. 29 Partecipazione alla vita politica e pubblica (associazioni volontariato come cinghia di trasmissione del bisogno)

Art. 31 Statistiche e raccolta dati

Art. 33 Applicazione a livello nazionale e monitoraggio

La Convenzione costituisce il primo atto obbligatorio del XXI secolo in materia di diritti umani così come è stato definito dalle Nazioni Unite.

La Convenzione si integra con gli altri atti internazionali concernenti i diritti umani già esistenti che sono applicabili alle persone con disabilità:

- Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale;
- Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne;
- Convenzione contro la tortura e gli altri trattamenti disumani e degradanti

RATIFICA DELLO STATO ITALIANO con legge 3 marzo 2009 n. 18

RATIFICA DELL'UNIONE EUROPEA

nel dicembre 2010

QUADRO NORMATIVO A LIVELLO REGIONALE E LOCALE

ESPERIENZA DELLA REGIONE LOMBARDIA

LEGGE REGIONALE 12 marzo 2008 n.3

“ISTITUZIONE DI UFFICI PER LA PROTEZIONE GIURIDICA DELLE PERSONE FRAGILI” e relative circolari applicative

LINEE GUIDA sul sistema di protezione giuridica delle persone fragili delibera della Giunta regionale DEL 16 gennaio 2013 n. 4696

RINGRAZIAMENTI:

A questo punto, in merito al Convegno di oggi, a nome dell'Associazione che presiedo **ringrazio** tutti coloro che ne hanno potuto permettere la realizzazione:

- **Gruppo Insieme e Banca Patrimoni**, senza il cui contributo nulla avrebbe potuto realizzarsi.
- **Mu.Ma Musei del Mare e delle Migrazioni, Associazione Promotori Musei del Mare e della Navigazione, il consorzio di cooperative sociali Solco Liguria** per la meravigliosa e simbolica sede messa a disposizione, la Commenda di San Giovanni di Prè
- **il Comune di Genova** , che ha concesso il suo Patrocinio
- **l'Ordine degli Avvocati di Genova** e quello delle **Assistenti Sociali della Liguria**, che hanno accreditato e promosso l'iniziativa
- e soprattutto i numerosi ed **autorevoli Relatori** ed ai **Partecipanti alla tavola rotonda**, che con la loro presenza e di qualificati interventi hanno dato grandissimo valore a questo evento

Ma ringrazio soprattutto **chi liberamente è venuto ad ascoltare**, perché questo è un grande atto di responsabilità civile.

Genova 31 gennaio 2014
Avv. Barbara Benazzi
Presidente Itacasostiene



Genova 31 Gennaio 2014

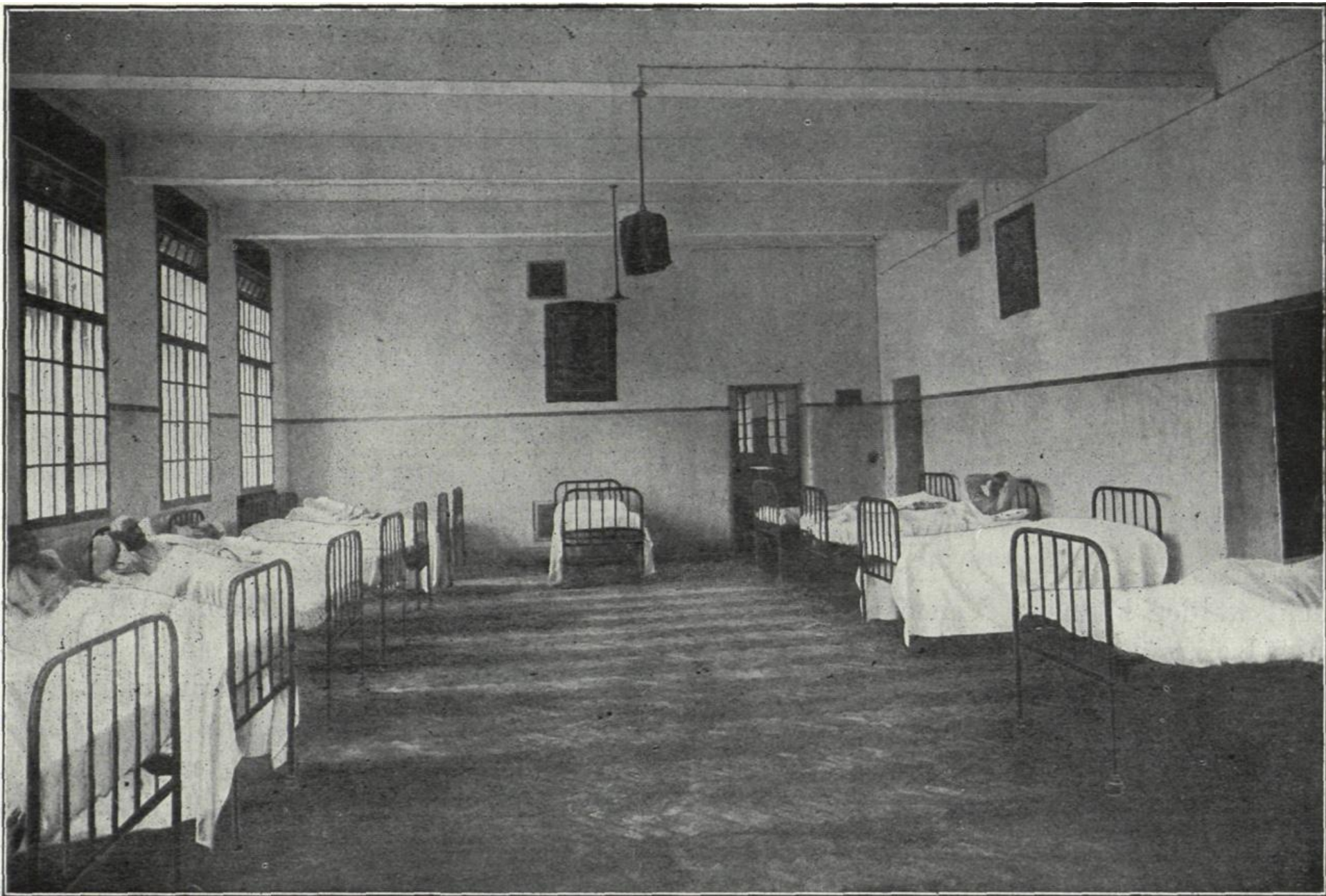


Percorsi riabilitativi e nuovi scenari in tema di residenzialità psichiatrica

M. Vaggi, C. Gasperoni

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
ASL 3 Genovese
marco.vaggi@asl3.liguria.it





La confusione terminologica

Comunità terapeutica

Residenzialità leggera

Sostegno all'abitare

Case di cura

SEPA

RSA

CAUP

Residenze protette

Tipologia delle strutture residenziali psichiatriche

SCHEMA N......NP/13469

DEL PROT. ANNO.....2012



REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore

OGGETTO : Integrazioni e parziali modifiche alla DGR 15 luglio 2011 n. 862 e ss.mm.ii. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria.

DELIBERAZIONE

N.

941

del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA

IN

27/07/2012

DATA

LA GIUNTA REGIONALE

SEPA

CT

RSA

RP

CAUP

Tipologia delle strutture

SEPA

CT

RSA

RP

CAUP

- ✓ Tipologia pazienti trattati
- ✓ Criteri per l'inserimento
- ✓ Parametri personale
- ✓ Requisiti per accreditamento
- ✓ Durata permanenza struttura
- ✓ Tariffe
- ✓ Quota partecipazione paziente

Nelle strutture psichiatriche è ammesso un aumento dei tempi psico-educativi e una diminuzione dei tempi degli OSS e degli infermieri sino ad un massimo del 20% della relativa tempistica indicata.

FNZIONE SVOLTA IN SRUTTURA EXTRA OSPEDALIERA POST-ACUTI (S.E.P.A.)
(SPERIMENTALE, AUTORIZZATA DALLA REGIONE)

Modulo 20 posti

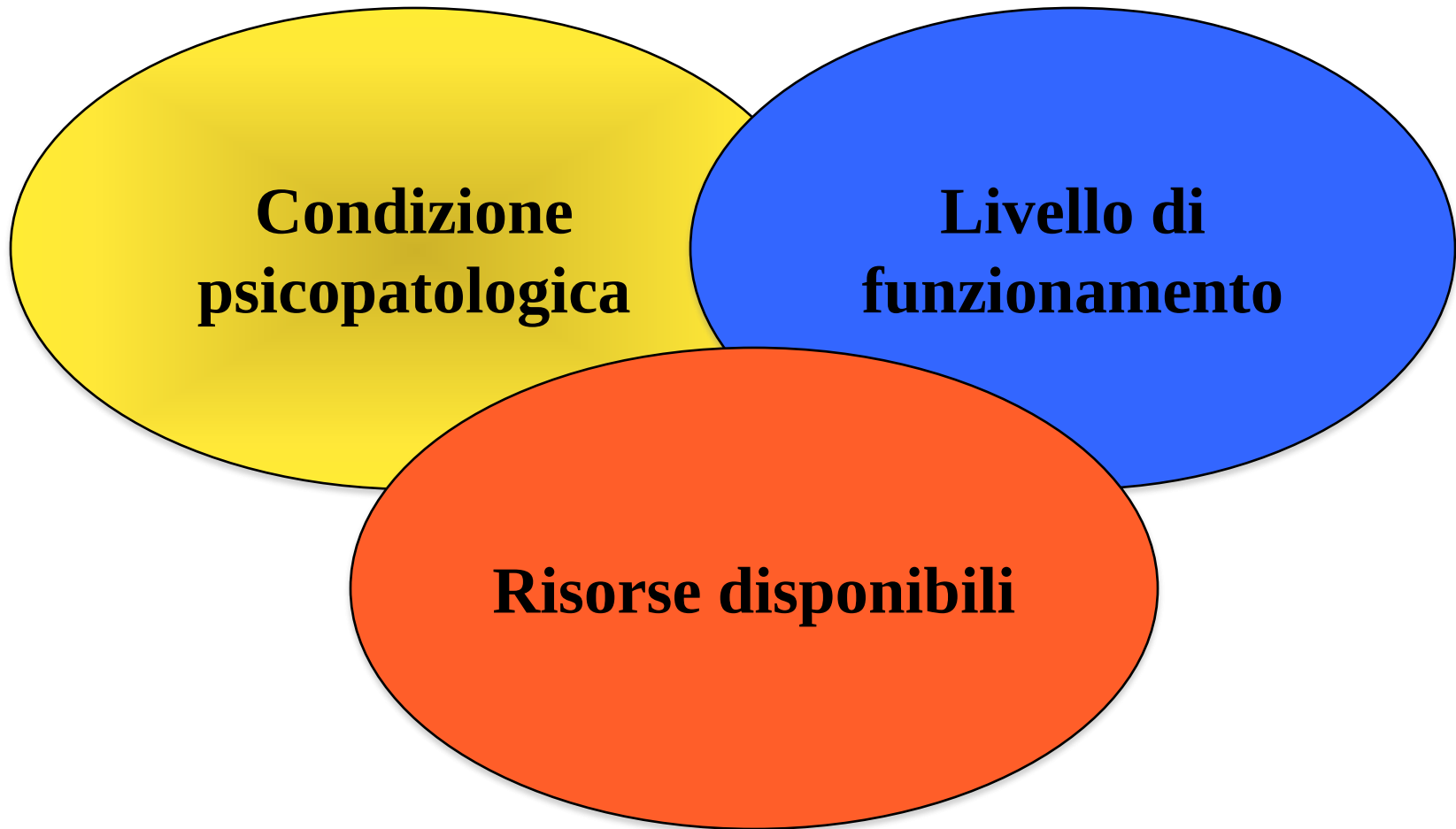
Utenti Persone con esordi di malattia o patologie psichiatriche in fase clinica attiva.

Prestazioni Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative nell'ambito di programmi di recupero e contenimento delle patologie psichiatriche, prestazioni infermieristiche, educative, di assistenza tutelare e aiuto alla persona.
Ricoveri di 60 giorni, derogabili fino a un massimo di 90 giorni.

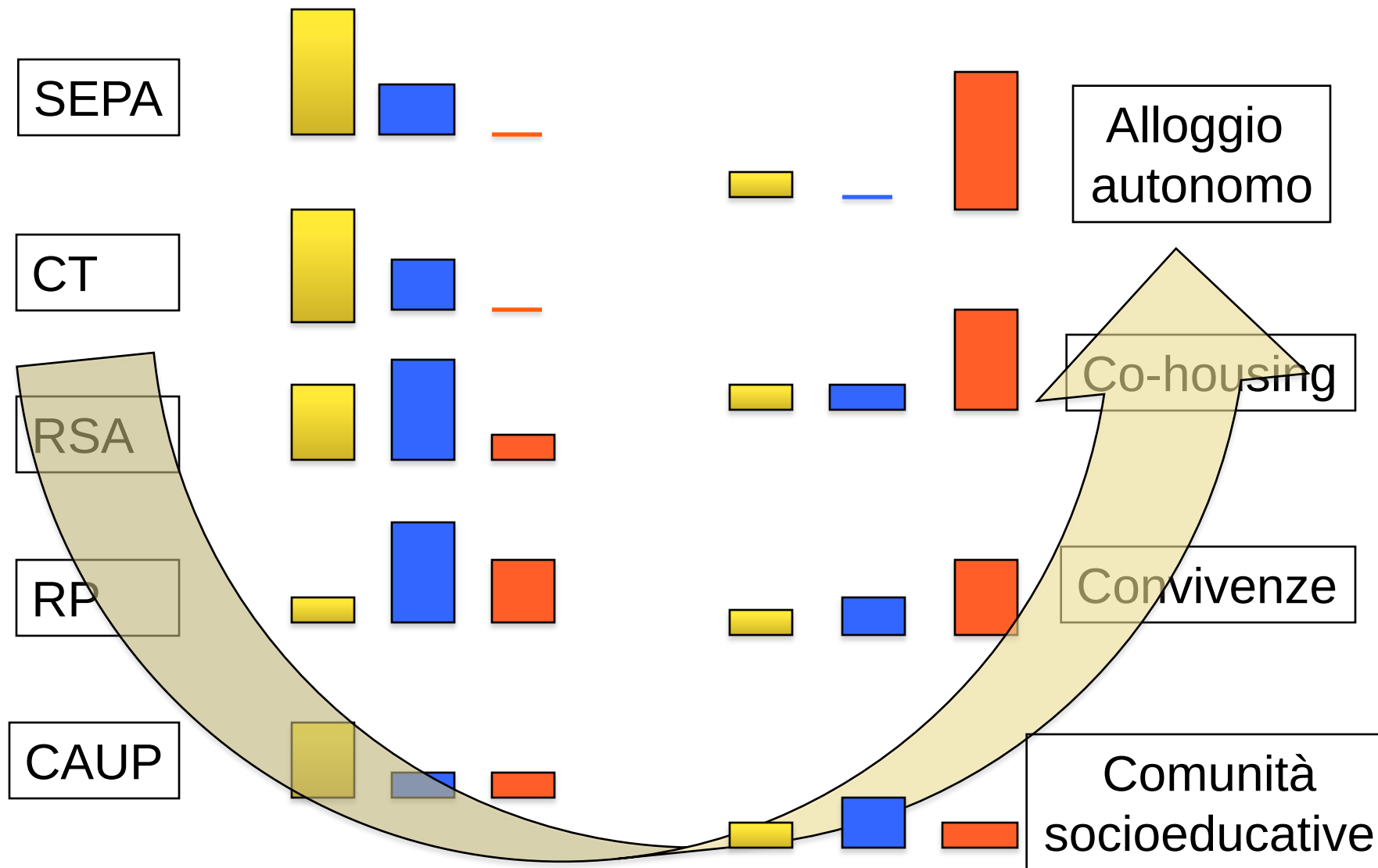
Personale	<i>minuti/die (settimanali)</i>
responsabile medico specialista in psichiatria o specialità equipollente, o con esperienza di almeno 7 anni in materia.	8' - (56')
Medico	8' - (56')
psicologo/ tecnico della riabilitazione / educatore	138' - (966')
Infermiere	71' - (497')
OSS, OTA, OSA	25' - (175')
e altre figure qualificate dell'area socio-educativa-riabilitativa o altre figure assistenziali previste dai contratti di lavoro	
Totale	250' - (1.750')

Tariffa sanitaria**154,61 euro**

Variabili legati al paziente



Tipologia delle strutture e caratteristiche dei pazienti



Percorsi di cura

SPDC

SEPA

CT

RSA

RP

CAUP



Governo clinico



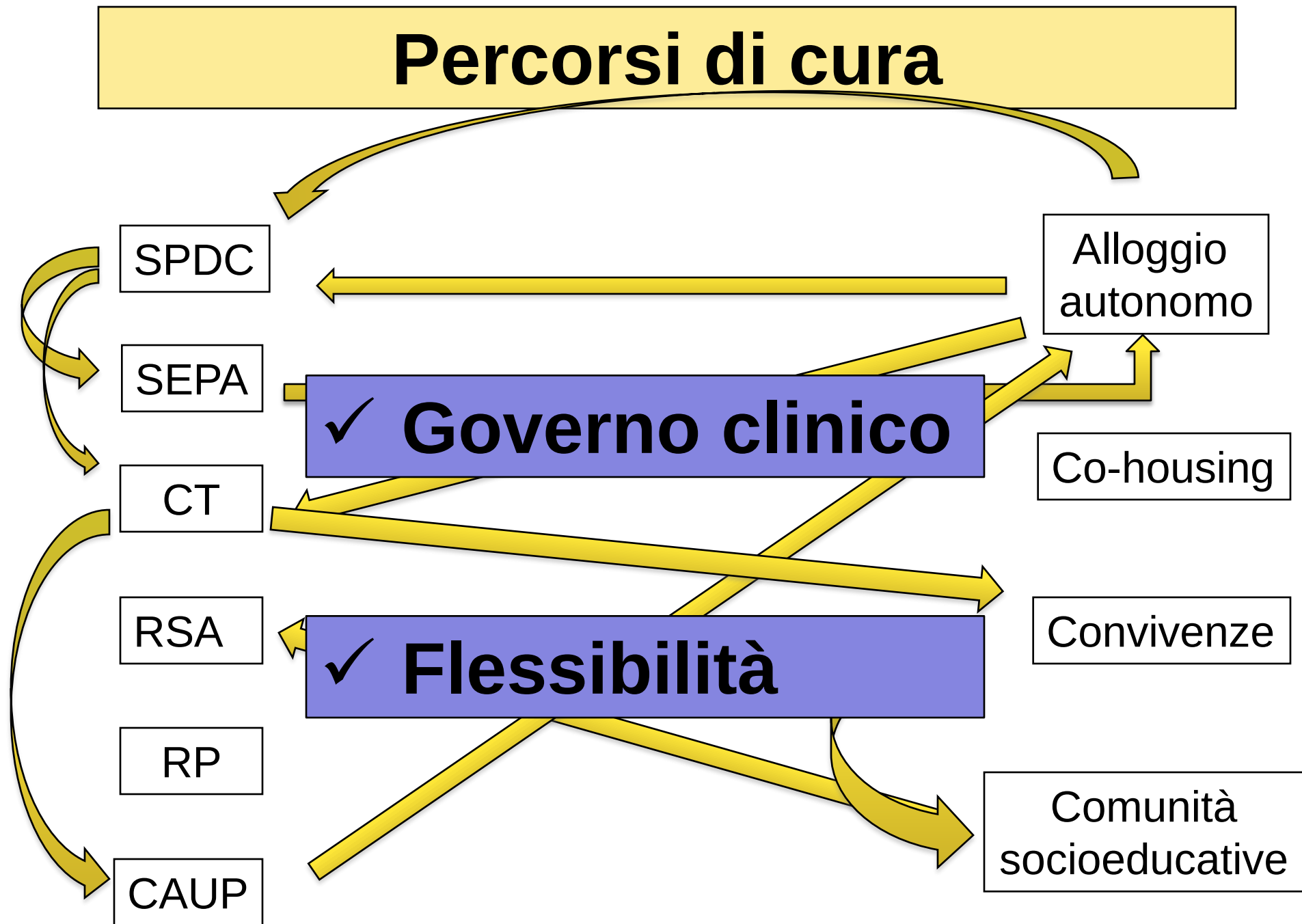
Flessibilità

Alloggio
autonomo

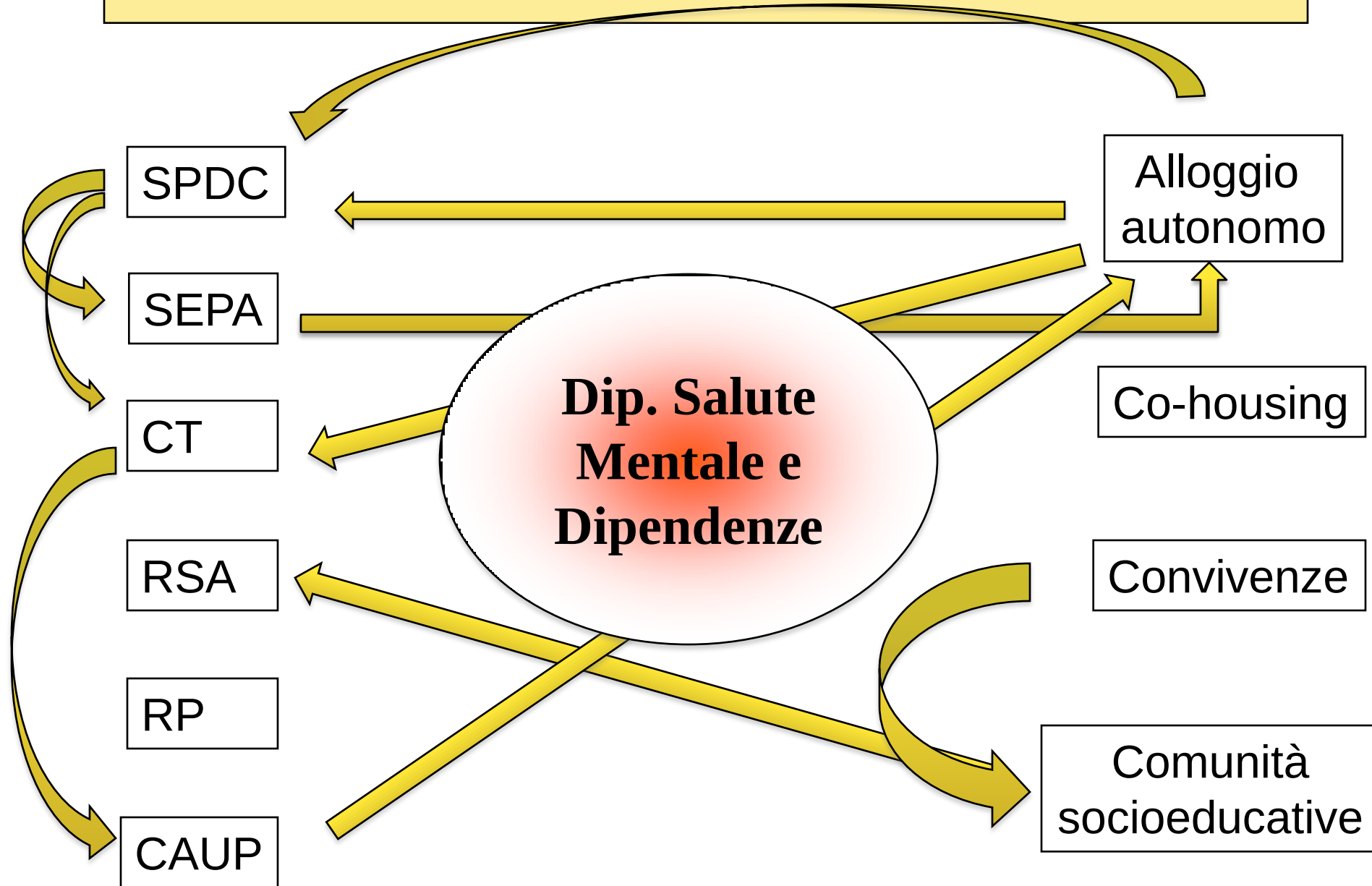
Co-housing

Convivenze

Comunità
socioeducative



Percorsi di cura



Governo del percorso di cura

✓ Bisogni clinici ed assistenziali del paziente

✓ Caratteristiche delle strutture

✓ Risorse complessive disponibili

✓ Criteri di priorità clinica e sociale condivisi



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

13/054/CR7A/C7

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Indice:

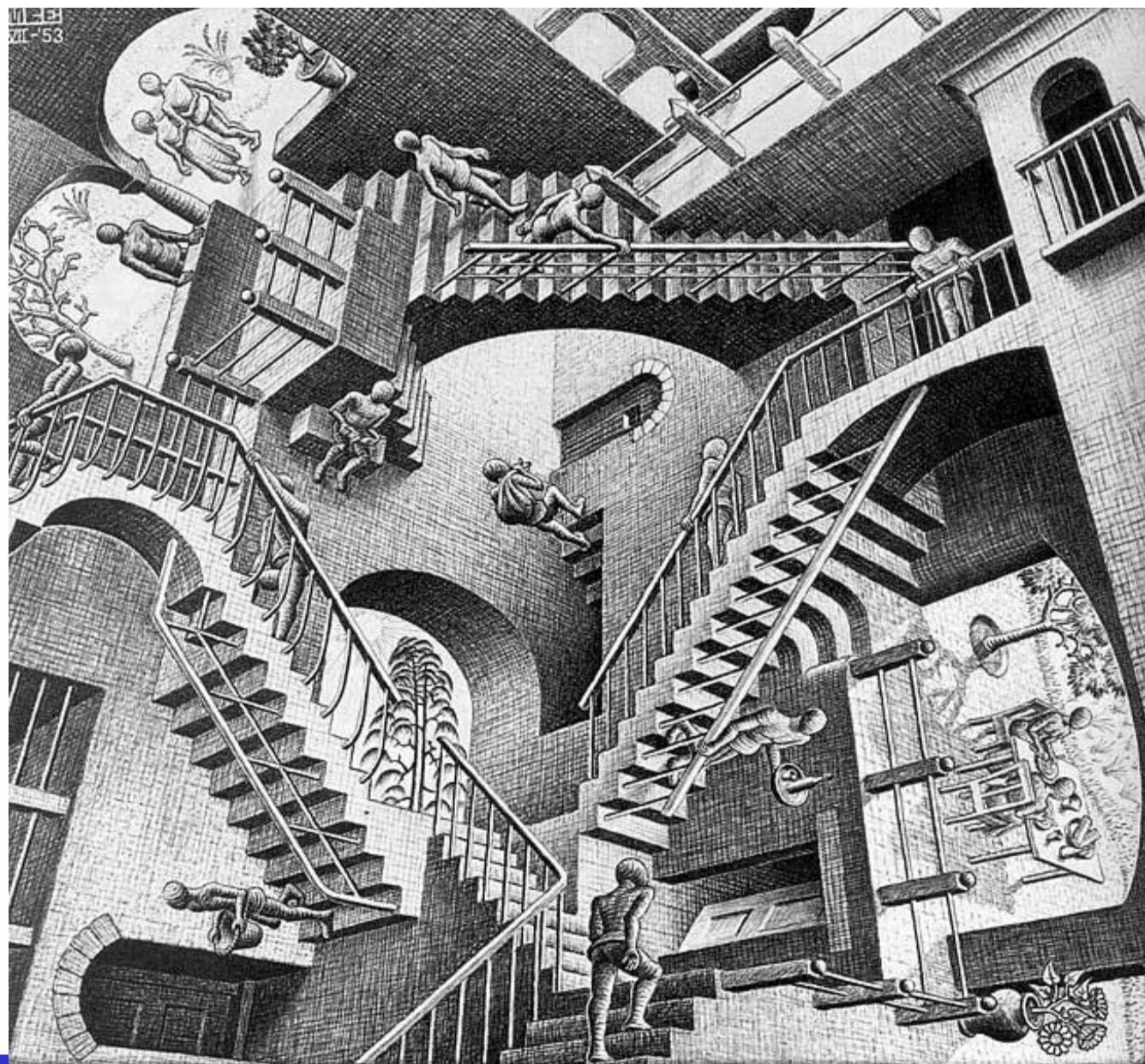
Premessa

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo
3. Il Piano di trattamento individuale e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche
5. Indicazioni per l'accREDITamento delle residenze psichiatriche
6. Monitoraggio e verifiche

Quali progetti in campo..?







Le persone di cui ci occupiamo hanno spesso problemi con l'abitazione:

- **Chi non ce l'ha e vorrebbe averla**
- **Chi ce l'ha e non riesce a mantenerla**
 - o per problemi economici (affitto troppo alto, spese di amministrazione elevate, degrado ambientale)**
 - o per problemi di manutenzione (incapacità a tenere in ordine, accumulo di spazzatura)**
- **Chi vorrebbe cambiarla (difficoltà di rapporto con i vicini, quartiere non gradito)**
- **Chi non sa o non può stare da solo**
- **Chi non sa o non può stare in famiglia**



**Si parla di “residenzialità leggera”.....
ma la differenza tra intervento
riabilitativo (sanitario) e intervento
educativo (sociale) spesso è solo legato
a chi paga la retta (ASL o Comune)**



RESIDENZIALITA' SANITARIA



PRATOZANINO

**Struttura con gradualità di moduli,
permette fasi diverse alla persone
secondo i loro bisogni**

RESIDENZIALITA' SOCIOSANITARIA



VIA D'ALBERTIS

Utenza mista

ASL

appartamento

COMUNE

operatori

RESIDENZIALITA' SOCIALE



CIRS L'AURORA

**ottimo esempio di residenzialità
sociale a favore di utenza psichiatrica**

**Lavoro socioeducativo con
prospettiva di crescita e autonomia
personale**

CIRS, dove vengono accolte giovani donne il cui disagio sociale deriva da presenza di problematiche psichiche non eclatanti o opportunamente compensate, ma comunque parzialmente invalidanti. Il periodo di permanenza in questa struttura varia a seconda del progetto personalizzato predisposto, con una media di circa 2 anni. L'esperienza di questo intervento socio-rieducativo residenziale ha dato buoni risultati e può rappresentare un modello di intervento di risposta a bisogni complessi.

COABITAZIONI



In alcune zone della città sono state realizzate esperienze di coabitazione tra due o più pazienti. Questo ha permesso di comprendere meglio e valutare con maggiore attenzione i punti di forza e le criticità di questa soluzione



SOSTEGNO ALL'ABITARE

Vi sono persone per cui la sola assegnazione di un alloggio non è la risposta adeguata, in quanto necessitano di soluzioni abitative che prevedano varie forme di sostegno all'autonomia

Negli anni scorsi, tramite un finanziamento regionale, è stato possibile dar vita al progetto «sostegno all'abitare», che ha permesso ad alcuni utenti di sentirsi sostenuti a realizzare un rapporto migliore con la propria abitazione



Gli amministratori di sostegno possono essere attori importanti in questa ricerca della migliore soluzione abitativa per i nostri utenti



Dott. Giorgio Schiappacasse
Dipartimento delle Dipendenze ASL 3 Genovese
U.O. Ser.T. Centro Levante



Camogli: “Stella Maris”... la posa dei lumini in mare ... _ _ _ ...



... è cominciato il loro ... viaggio ...

La “magia” del Club o “Parabola del Cammello”



In un luogo del deserto si trovarono tre fratelli alle prese con un problema di difficile soluzione. Il loro padre era morto di recente lasciando loro l'eredità di 17 cammelli, che erano una grande ricchezza, ma il padre aveva detto loro che i cammelli dovevano essere suddivisi in questo modo:

al primogenito toccava la metà dei cammelli, al secondogenito toccava un terzo dei cammelli, all'ultimo un nono dei cammelli. Ma i cammelli erano 17 e per quanto facessero non riuscivano a venirne a capo. A un certo punto passò di là un Mullah con il suo cammello, e vedendo gli uomini così disperati, si fermò e ne chiese il motivo. Il primogenito allora spiegò tutta la situazione.

Il Mullah ci pensò un attimo e poi disse:” Posso prestarvi il mio cammello, in questo modo avrete 18 cammelli e potrete risolvere il vostro problema”. I figli presero il cammello e con 18 cammelli iniziarono a rifare i conti: Al primogenito spettavano 9 cammelli, al secondo 6 cammelli e all'ultimo 2 cammelli. Così il problema era risolto.

I fratelli erano felici, ringraziarono il Mullah, ma quando fecero per riprendere il cammino si accorsero che $9 + 6 + 2$ faceva 17 e non 18 . A questo punto resero il cammello al Mullah che proseguì per la sua strada.

Una storia

Il lago e lo yogurt

In un paese dell'oriente un pescatore ogni mattina andava al lago a pescare.

Un giorno vide un monaco scendere dalla collina, meditare sulla riva e poi con un cucchiaino versare un po' per volta qualcosa nell'acqua del lago. Dopo una ulteriore meditazione si rialzò e tornò al convento.

La cosa si ripeteva identica tutti i giorni.

Incuriosito il pescatore, ormai abituato alla compagnia del monaco, si avvicinò e domandò cosa facesse.

Il monaco gentilmente rispose che versava uno yogurt nel lago.

Perplesso l'uomo non volle al momento chiedere di più.

Poi, dopo alcuni giorni, si decise, si avvicinò nuovamente e chiese il perché versasse uno yogurt nel lago.

Il monaco serio rispose “se lo farò con costanza un giorno tutto il lago si trasformerà in yogurt”

L'uomo si spaventò. Questo è matto disse fra se e se. E si allontanò.

Eppure sembrava una così brava persona?

Passarono molti giorni prima che trovasse il coraggio di riavvicinarsi e dirgli con rispetto “ma lo

sa...padre...che non è vero?”

Il monaco con calma si girò, lo guardò profondamente e ... disse:

“ lo so ... ma ...è bello ...pensarlo”.

Una Storia: Quando chiamare il Dottore

Una donna era curva sulla vittima
di un incidente stradale, mentre
la folla stava a guardare.
All'improvviso un tizio la spinse via
rudemente, dicendo
“Stia indietro, per favore,
ho il diploma di pronto soccorso”.
La donna lo osservò per qualche minuto
mentre lui si dava da fare con la vittima.
Poi con molta calma lo avvertì:
“quando arriverà alla fase in cui
dovrà chiamare il dottore, io ... sono già qui”



Regione Liguria

AZIENDA SANITARIA GENOVESE

www.asl3.liguria.it

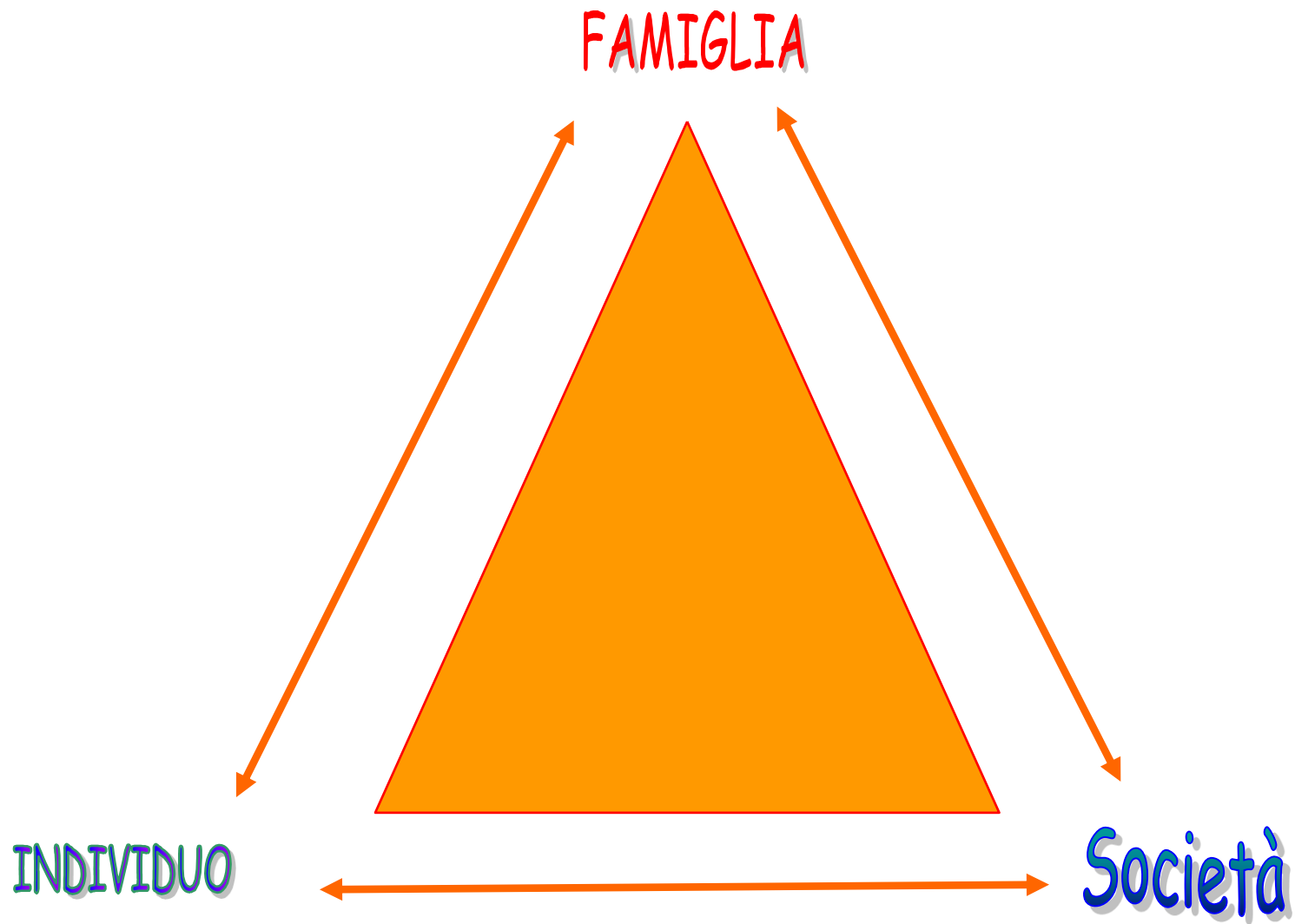
3

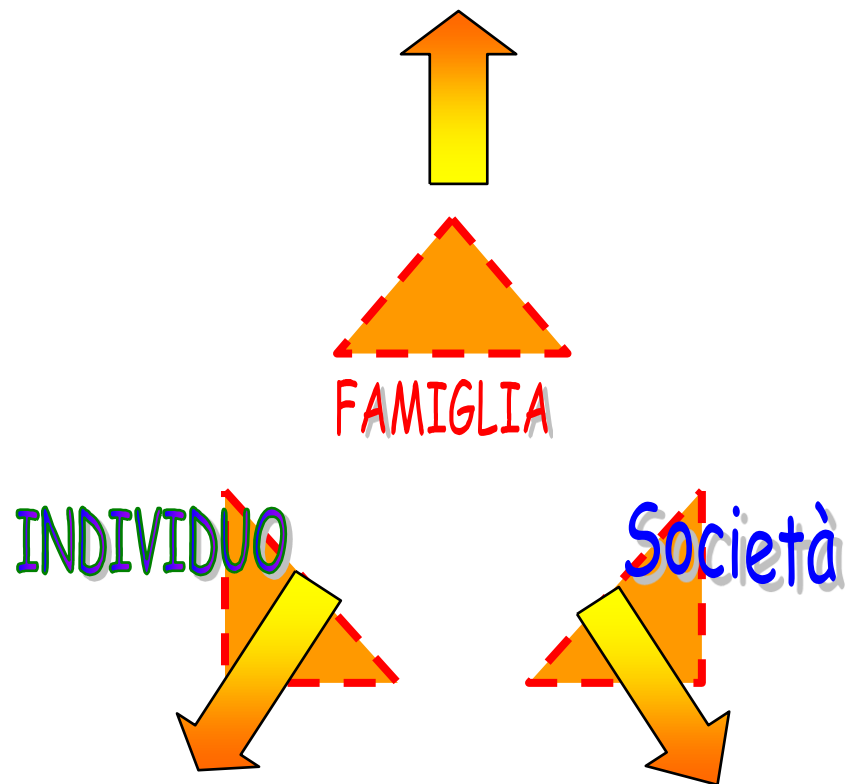
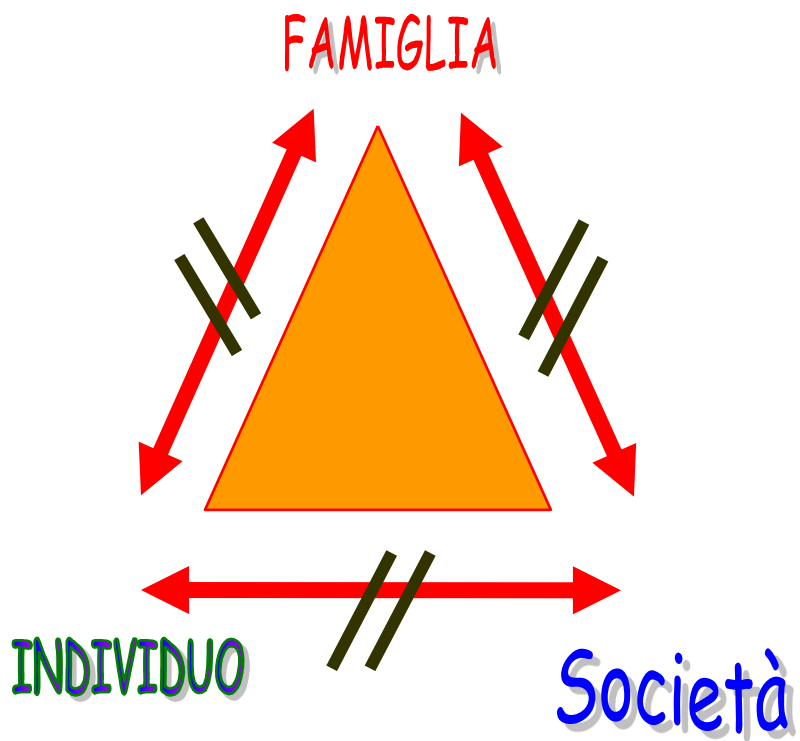
L'Approccio

Ecologico

Sociale

**Per una nuova etica
ed identità professionale**





ASSOCIAZIONI DI AUTOTUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE:

REALTA' ESPERIENZIALI di:

ASCOLTO - TRASFORMAZIONE
INTEGRAZIONE
CRESCITA- MATURAZIONE

Se la salute non inizia con l'individuo, la casa, la famiglia, il luogo di lavoro e la scuola non sarà mai raggiunto l'obiettivo della salute entro l'anno 2000.

Se prendiamo l'esempio dei paesi industrializzati, l'auto-cura, l'auto-responsabilità e l'auto-gestione dell'individuo, della famiglia e della comunità, rappresentano il 50-60% di tutte le cure.

Sfortunatamente, la maggior parte dei professionisti della salute raramente ama dare fiducia alle persone, ad un tale livello, che possano acquisire potere sulle decisioni che hanno a che fare con la loro salute

H. Mahler 1994



**LE PERSONE E LE COMUNITA' TERRITORIALI
POSSIEDONO LE CONOSCENZE CHE
POSSONO ESSERE UTILIZZATE PER LA
SOLUZIONE DEI PROBLEMI**



ATTENZIONE ALLE **POTENZIALITA' E NON
PIU'ALLE DEFICIENZE**

****ATTIVARE** LE RISORSE DELLA COMUNITA'
TERRITORIALE**

FIDUCIA NELLA **POSITIVITA' IMPLICITA !!!!**
(quanti danni fa il cosiddetto fuoco amico?)

COMUNITA' COMPETENTE

**COMUNITA' CAPACE DI RICONOSCERE
I PROPRI BISOGNI**

**DI MOBILITARE E IMPIEGARE LE RISORSE
NECESSARIE PER SODDISFARLI**





L'approccio ecologico sociale nasce dai movimenti di auto-mutuo-aiuto, ha caratteristiche specifiche:

CARATTERISTICA FONDAMENTALE

Responsabilizzazione della persona, della famiglia e della comunità attraverso la rivalutazione della competenza personale, della reciprocità, della solidarietà e del processo di identificazione reciproca

OBIETTIVO

Permette un'interazione positiva nell'affrontare i problemi maturazione e la crescita personale dei propri membri e una positiva relazione con la comunità di appartenenza, cercando forme di convivenza e di crescita comune

TRATTAMENTO

Non è una terapia, ma un processo di sostegno e di catalizzazione del cambiamento dello stile di vita che può essere facilitato da un volontario non professionale opportunamente formato



L'approccio ecologico-sociale, considera l'importanza delle relazioni, dei comportamenti, dei valori, dei significati di ogni membro della famiglia e della comunità

Da “che cosa può fare LUI”

A “che cosa IO sono interessato o posso fare per me?”

Significa

Non aspettare un cambiamento improbabile ma possibile dell'altro, bensì individuare strategie e percorsi di crescita personali che possono favorire sicuramente un cambiamento in me eforse anche nell'altro



E' necessario che tali movimenti maturino, si selezionino in base ai contenuti, alle **coerenze etiche (carte etiche)** e alla loro reale capacità di “attrazione” rispetto ai cittadini mantenendo la loro **autonomia e indipendenza**
Devono essere movimenti low-cost perché basati solo sull'interesse specifico degli stessi partecipanti e su questo devono calibrare la loro “mission”.

Solo così è possibile mantenere la “libertà”, “autonomia”, “coerenza d'azione” e “la garanzia etica” indispensabili a “durare” nel tempo.

Questa “gratuità” che è una assunzione di “responsabilità” (no-delega) rappresenta un “fattore terapeutico” fondamentale.

Questo aspetto di “gratuità” è un aspetto importante del lavoro nelle e delle Associazioni di autotutela e promozione della salute e nasce dal riconoscimento e dalla consapevolezza che non c'è, in esse, chi dà e chi prende, ma uno scambio interattivo continuo, una cooperazione, una condivisione e una occasione di crescita e maturazione “utile a tutti”.

LAVORO IN SQUADRA

Domande “critiche” a cui è necessario dare risposta:
Cosa viene insegnato nelle nostre Scuole ed Università ?
Cosa “insegnano” le nostre “organizzazione” sociali e sanitarie?
Cosa insegnano i “professionisti”?
Cosa insegnano i “mass-media”?
Quali “direzioni” vogliamo dare al “nostro” impegno?

Non crediamo sia tanto un problema di risorse economiche quanto di mentalità, di “etica” e di capacità di trovare e promuovere soluzioni “semplici” e proprio per questo innovative, di promuovere la cooperazione tra le persone, tra le famiglie oltre che tra le diverse realtà professionali.

Questa impostazione high-quality/low-cost rappresenta, secondo noi, la vera sfida per gli anni a venire per tutto il sistema del welfare per mantenere l’impegno a garantire la salute per tutti anche oggi.

**E' MEGLIO AVERE
UNA ...SQUADRA !!**

E' IMPOSSIBILE ?

NON CE LA FAREMO MAI?

NON SIAMO MICA COME QUELLI !

FORSE CON UN PICCOLO AIUTO.....

VEDIAMO.....

Come direbbe la tradizione zen questi sono gli “spiriti guida” per un vero “sognatore-combattente”:

•Lo spirito del rispetto

(rei no kokoro)

(rispetto per chi ci ha preceduto e insegnato, per chi condivide la strada insieme a noi, per chi verrà dopo di noi!)

• Il non profitto

(mushotoku)

(essere “veramente” in quello che si fa, qui ed ora, senza “preoccuparsi” del risultato! ...è la “via” l’importante...non il punto d’arrivo)

•Insieme per progredire

(jita kyo ei)

(chi è che dà ? chi è che riceve?)

•Pensare al di là del pensiero

(hishiryo)

(l’intuizione e l’azione devono sgorgare nel medesimo istante!
Imparare/Facendo. Al di là della tecnica ...“il cuore” !)

•Mantenere la “mente” (spirito) del principiante (shoshin)

(nella mente del principiante ci sono molte possibilità, in quella dell’esperto ...poche!)

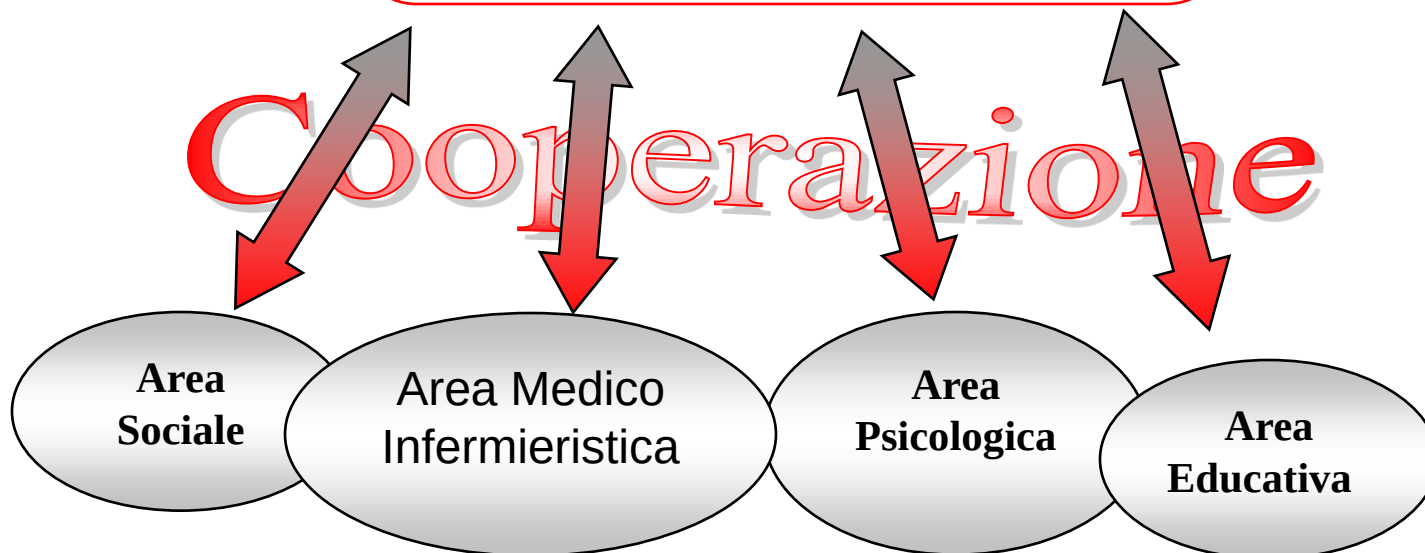
cambiamento

Cultura

ASSOCIAZIONI
TERRITORIALI
DI AUTOTUTELA E
PROMOZIONE DELLA
SALUTE

cambiamento

Cooperazione



Il vero CUORE di un “sistema” che punta ad un reale cambiamento complessivo sono le ASSOCIAZIONI

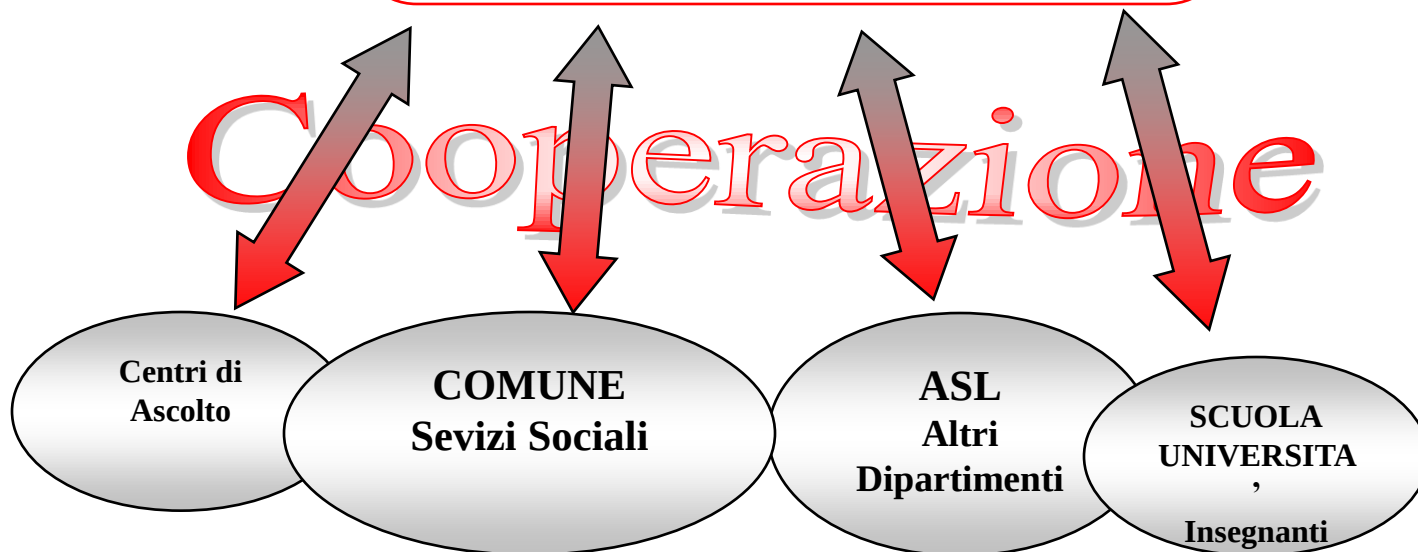
cambiamento

Cultura

**ASSOCIAZIONI
TERRITORIALI
DI AUTOTUTELA E
PROMOZIONE DELLA
SALUTE**

cambiamento

Cooperazione



Il vero CUORE di un “sistema” che punta ad un reale cambiamento complessivo sono le ASSOCIAZIONI

cambiamento

Cultura

ASSOCIAZIONI
TERRITORIALI
DI AUTOTUTELA E
PROMOZIONE DELLA
SALUTE

cambiamento

Cooperazione

Interventi
ospedalieri
brevi

Interventi
ambulatoriali -
day-hospital

Interventi
residenziale
breve (28 gg)

Intervento
residenziale
comunitario

Il vero CUORE di un “sistema” che punta ad un reale cambiamento complessivo sono le ASSOCIAZIONI

ASSOCIAZIONI TERRITORIALI DI AUTOTUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

formate dai cittadini stessi e dalle loro famiglie.

Queste realtà vengono segnalate (e sostenute) dall'OMS come quelle che forniscono i risultati migliori nei trattamenti di medio-lungo periodo e che permette a tutti di ottimizzare le risorse disponibili pur garantendo sia la territorializzazione che la sostenibilità nel tempo.

Inoltre la loro presenza viva e attiva nelle nostre comunità può favorire un vero e proprio cambiamento “culturale” (più assunzione di responsabilità e meno delega da parte di tutti compresa la società civile).

Questa "rete" territoriale dovrebbe essere il naturale punto di convergenza di tutti gli interventi siano essi ambulatoriali, ospedalieri, residenziali brevi, comunitari.

E' necessario che tali movimenti maturino, si selezionino in base ai contenuti, alle **coerenze etiche (carte etiche)** e alla loro reale capacità di “attrazione” rispetto ai cittadini mantenendo la loro **autonomia e indipendenza**
Devono essere movimenti low-cost perché basati solo sull'interesse specifico degli stessi partecipanti e su questo devono calibrare la loro “mission”.

Solo così è possibile mantenere la “libertà”, “autonomia”, “coerenza d'azione” e “la garanzia etica” indispensabili a “durare” nel tempo.

Questo aspetto di “gratuità” è un aspetto importante del lavoro nelle e delle Associazioni di autotutela e promozione della salute e nasce dal riconoscimento e dalla consapevolezza che non c'è, in esse, chi dà e chi prende, ma uno scambio interattivo continuo, una cooperazione, una condivisione e una occasione di crescita e maturazione “utile a tutti”.

Questa “gratuità” che è una assunzione di “responsabilità” (no-delega) rappresenta un “fattore terapeutico” fondamentale.

La “magia” del Club o “Parabola del Cammello”



In un luogo del deserto si trovarono tre fratelli alle prese con un problema di difficile soluzione. Il loro padre era morto di recente lasciando loro l’eredità di 17 cammelli, che erano una grande ricchezza, ma il padre aveva detto loro che i cammelli dovevano essere suddivisi in questo modo:

al primogenito toccava la metà dei cammelli, al secondogenito toccava un terzo dei cammelli, all’ultimo un nono dei cammelli. Ma i cammelli erano 17 e per quanto facessero non riuscivano a venirne a capo. A un certo punto passò di là un Mullah con il suo cammello, e vedendo gli uomini così disperati, si fermò e ne chiese il motivo. Il primogenito allora spiegò tutta la situazione.

Il Mullah ci pensò un attimo e poi disse:” Posso prestarvi il mio cammello, in questo modo avrete 18 cammelli e potrete risolvere il vostro problema”. I figli presero il cammello e con 18 cammelli iniziarono a rifare i conti:

Al primogenito spettavano 9 cammelli, al secondo 6 cammelli e all’ultimo 2 cammelli. Così il problema era risolto.

I fratelli erano felici, ringraziarono il Mullah, ma quando fecero per riprendere il cammino si accorsero che $9 + 6 + 2$ faceva 17 e non 18 . A questo punto resero il cammello al Mullah che proseguì per la sua strada.



CONVEGNO

Residenzialità Solidale e Amministrazioni di Sostegno Una nuova frontiera sociale

**Aspetti medici, legali e amministrativi
Esperienze del coabitare sul territorio**

Venerdì 31 gennaio 2014

Genova

Commenda di San Giovanni di Pré

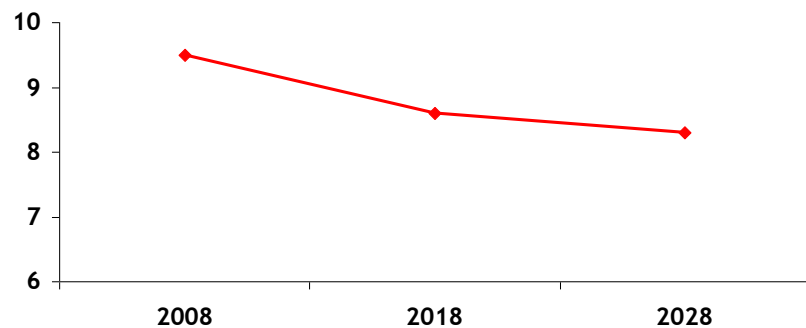
**Residenzialità e modelli assistenziali:
nuove tipologie di convivenza**

Ernesto Palummeri

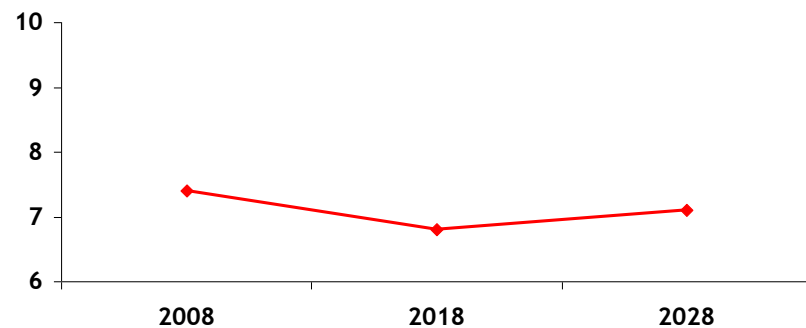
Direttore Dipartimento Sanitario di Ortogeriatría Ospedali Galliera - Ge



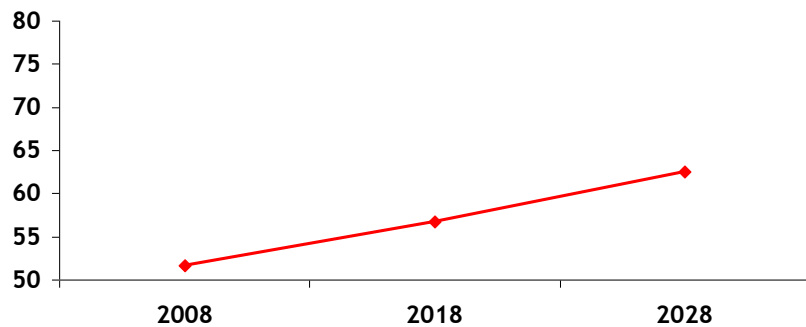
TASSO DI NATALITA' ITALIA (X1000)



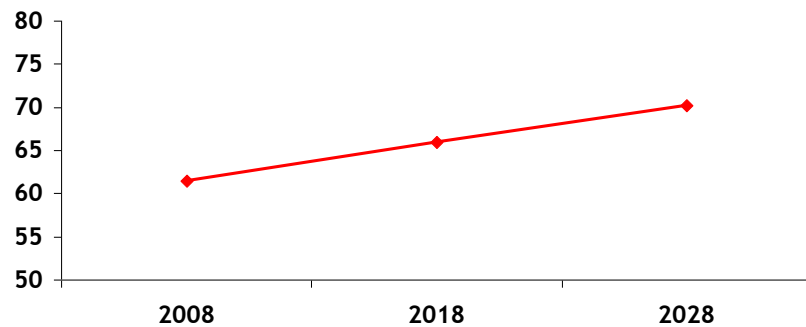
TASSO DI NATALITA' LIGURIA (X1000)



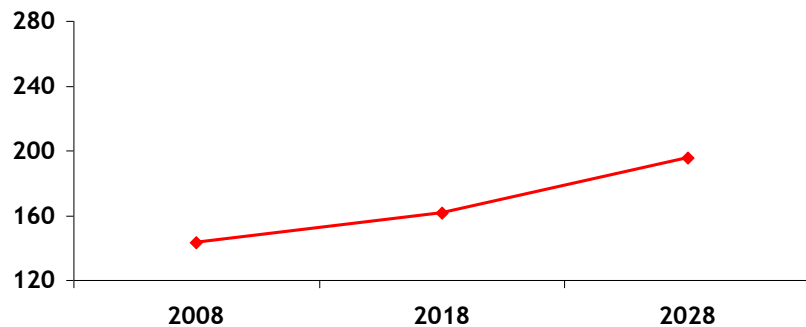
INDICE DI DIPENDENZA ITALIA (%)



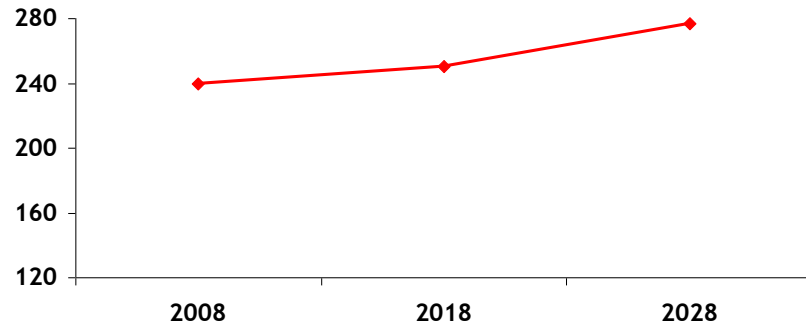
INDICE DI DIPENDENZA LIGURIA (%)



INDICE DI VECCHIAIA ITALIA (%)



INDICE DI VECCHIAIA LIGURIA (%)



PRESTAZIONI RESIDENZIALI ANZIANI

	PL	Popolazione	PL × 1000	Popolazione > 64	PL × 1000
Liguria	6.500	1.572.197	4,13	409.211	15,88
Trentino	10.717	950.475	11,28	162.310	66,03
Piemonte	35.286	4.231.134	8,34	916.000	38,52
Italia	231.671	57.320.759	4,04	10.901.318	21,25

Fabbisogno di RSA nelle regioni

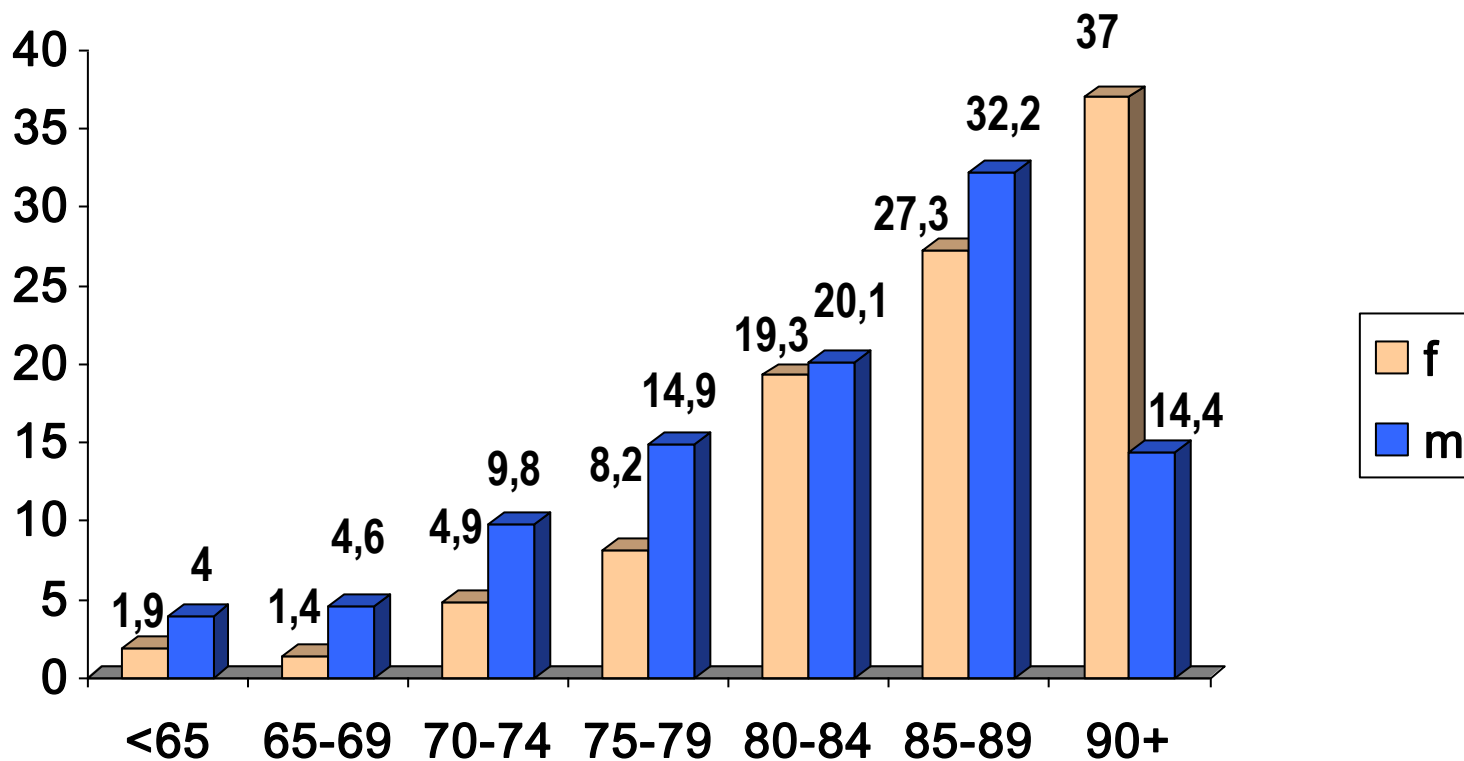
ANNO 2005

	LIGURIA	ITALIA
Quota % Persone sole 65-74 anni su popolazione 65-74	26,3	19,2
Quota % Persone sole 75 anni e oltre su popolazione 75 anni e oltre	42,6	38,3
Quota % anziani > 75 su popolazione totale	12,8	8,8
% Anziani poveri sul totale anziani	7,6	14,0
Popolazione > 65 anni	428.971	11.615.702
Ospiti > 65 anni corretti	22.871	496.148
Fabbisogno stimato per 1.000 anziani > 65	53,3	42,7

In base a questa definizione di standard di offerta "*corretto*", basato su alcune variabili ritenute particolarmente significative, il **FABBISOGNO PER IL COMUNE DI GENOVA** è pari a **8.741 posti**

Il numero delle persone povere è calcolato sulla base dell'Indagine sui consumi delle Famiglie condotta annualmente dall'Istat. Per una famiglia di due componenti, la soglia di povertà relativa è pari alla spesa media procapite nel Paese (Nel 2005 questa spesa è risultata pari a 936,58 euro mensili).

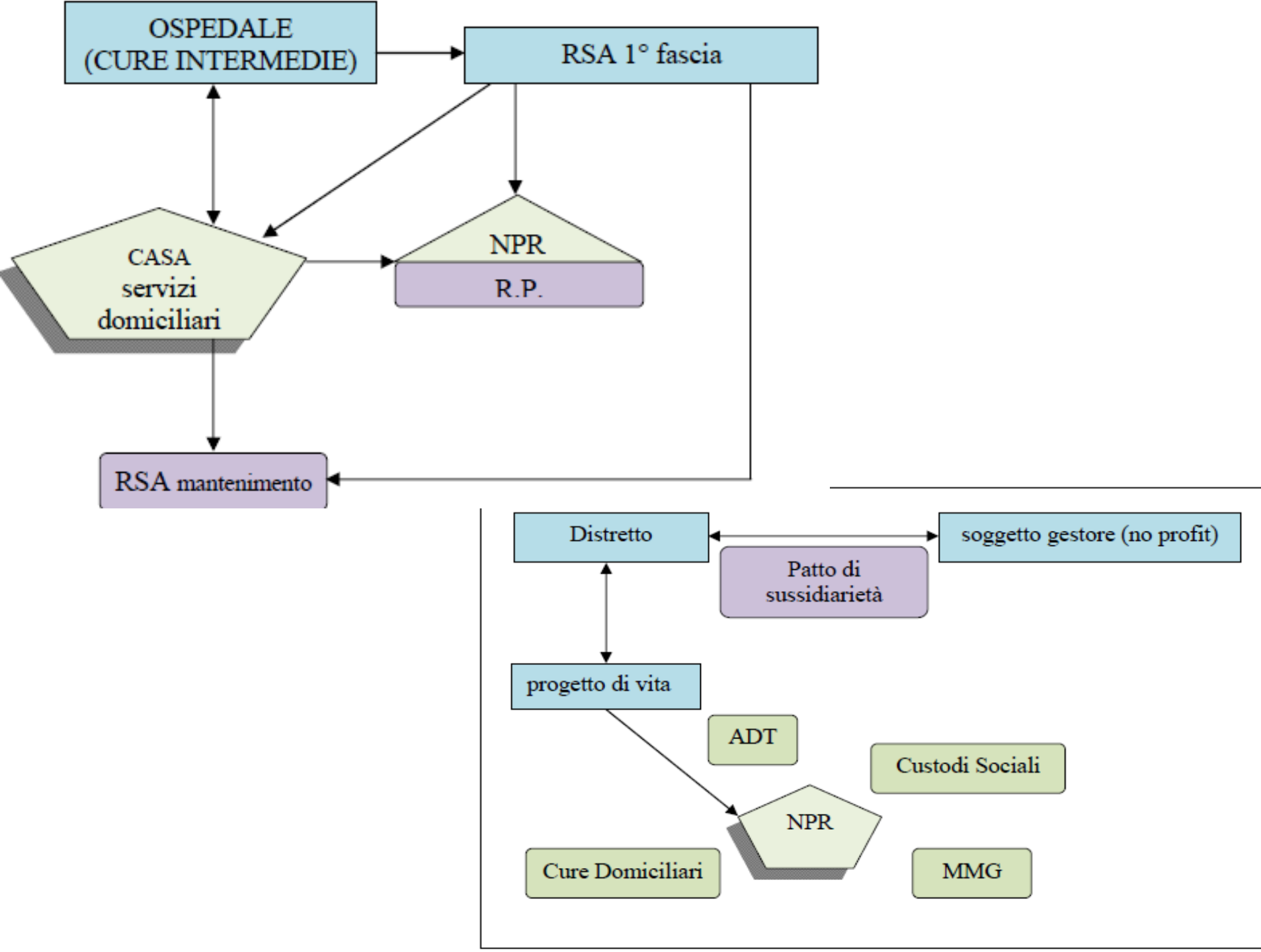
Età di ricovero in RSA m per sesso ASL 3 Genovese 2008



Andamento della popolazione fragile in Liguria in rapporto alle stime ISTAT nei prossimi 15 anni e fabbisogno stimato di pl di RSA

	2010	2015	2020	2025
n. Over 74 x1000	224	246	255	265
n. Fragili (18%)x1000	40	44	46	48
N posti RSA (30%) x1000	12,0	13,2	13,8	14,4

NUM	11.c
AZIONE	Modello integrato sociosanitario per servizi di prossimità residenziale e semiresidenziale
Finalità	• Ampliare la filiera d'offerta sperimentando una nuova modalità di accoglienza diversa dal tradizionale ricovero in strutture extraospedaliere in grado di favorire una maggiore qualità della vita degli ospiti all'interno di un piccolo nucleo in civile abitazione • convertire parte della spesa sociosanitaria attualmente destinata ai tradizionali ricoveri in residenze extraospedaliere per garantire una maggiore pluralità e adeguatezza dell'offerta • sperimentare un nuovo modello organizzativo di centro diurno per anziani con disturbi cognitivi
Attività	1. Avviare la sperimentazione a partire dall'area anziani, anche con riferimento ad anziani con figli portatori di disabilità, prevedendo un possibile sviluppo verso altre tipologie di utenza (es. pazienti psichiatrici) 2. Sperimentazione di nuclei di prossimità residenziale (NPR) distribuiti nella regione possibilmente in contesti territoriali differenziati, previa autorizzazione regionale • Studio e definizione del modello con i relativi indicatori di esito, attraverso l'analisi di esperienze in corso • Studio della spesa e definizione del piano di riconversione sostenibile • Individuazione degli alloggi • Comunicazione e attività di coinvolgimento e motivazione degli operatori del territorio • Individuazione dei destinatari • Adeguamento degli alloggi • Messa a regime e consolidamento del sistema 3. Avviare sperimentazioni di un nuovo modello organizzativo di centro diurno per anziani con disturbi cognitivi, previa autorizzazione regionale 4. monitorare la sperimentazione al fine di modificare la normativa vigente nell'ottica della sostenibilità economica ed esigenze della popolazione



IL PRESIDIO TERRITORIALE DI PROSSIMITÀ– UN MODELLO DA SPERIMENTARE

Nel quadro attuale la Regione Lazio propone l'introduzione di un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale, il **Presidio territoriale di prossimità (PTP)**. All'interno di questa struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale, trovano collocazione una serie di servizi e funzioni distrettuali già in attività (RSA , Assistenza domiciliare , Ambulatorio infermieristico etc) e una nuova tipologia di assistenza destinata a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera.

Il PTP garantisce infatti, attraverso le **Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI)**, l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche, che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica ad elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

Il PTP, favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, valorizza il ruolo del Medico di Medicina Generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie ed è da considerarsi quale "domicilio allargato".

La tipologia di assistenza erogata dalle UODI possiede, infatti, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA) alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte

IL PRESIDIO TERRITORIALE DI PROSSIMITÀ

Obiettivi

Ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione.

Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriata, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, **prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali.**

Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.

Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

Funzioni

degenza nelle 24 ore, a gestione infermieristica (con presenza h 24) e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti e medici della continuità assistenziale (reperibilità h24);

medicina di gruppo o altre forme di aggregazione dei MMG e PLS
ambulatorio infermieristico

punto unico di accesso integrato con i servizi sociali dell'Ente Locale;

specialistica ambulatoriale, con la presenza e reperibilità di medici ospedalieri e/o

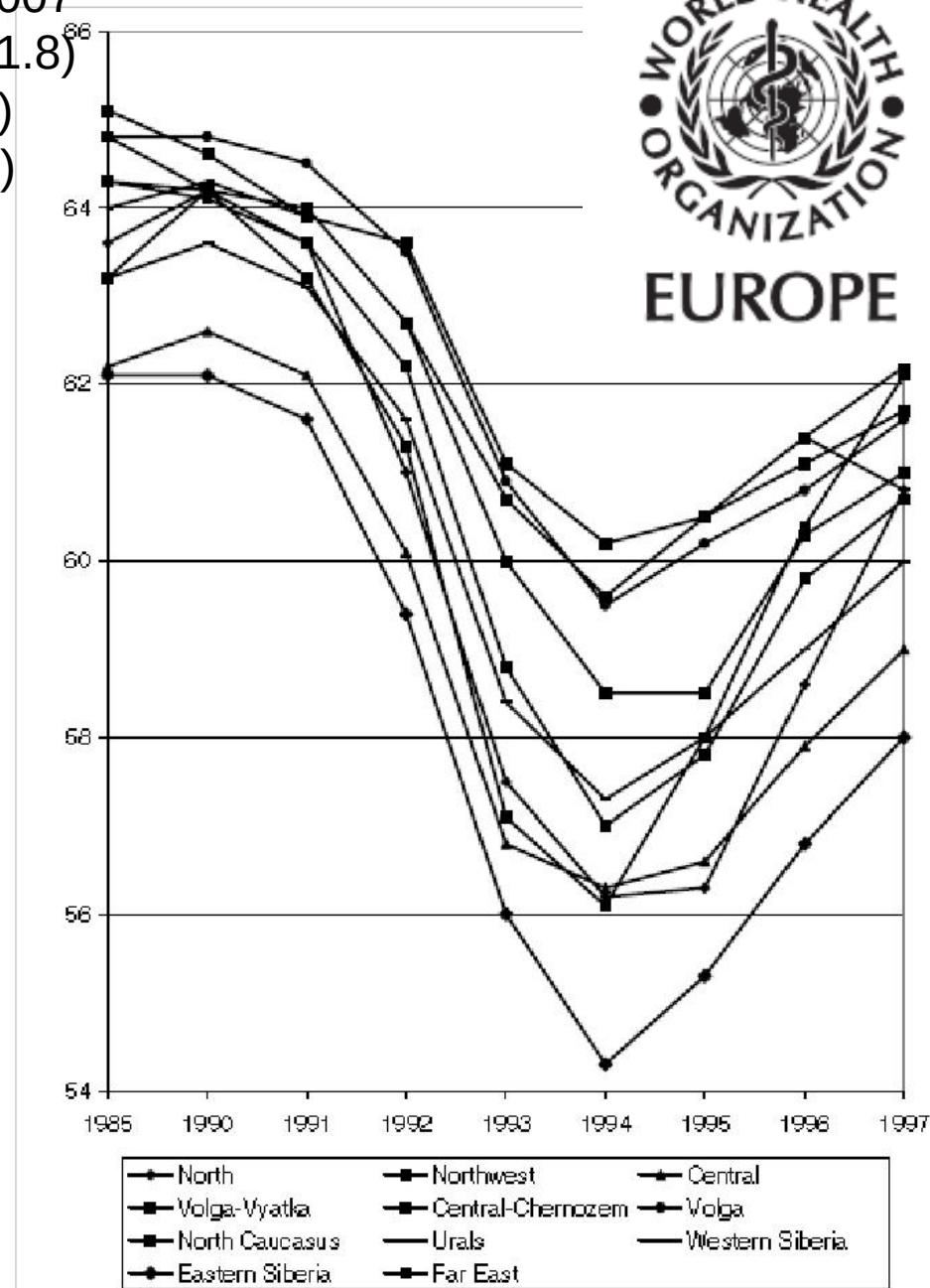
specialisti ambulatoriali nelle 12 ore, con particolare riferimento alle branche di

 Russia, 2007
 Tot. 65,8 (81,8)
 M 59,1 (79,2)
 F 73,0 (84,6)



Si accorcia la vita media dei russi

Alcolismo e servizi sanitari disastrosi all'origine del fenomeno - L'assistenza alla salute non è certo una priorità: **il prelievo fiscale destinato al welfare è pari al 3% del salario**, mentre nei Paesi della Unione europea è tra il 13 e il 15%



Improving health for elderly people: an international health promotion and disease prevention agenda.

[Besdine RW](#), [Wetle TF](#).

The Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI 02912, USA.

Richard_Besdine@Brown.EDU

Abstract

Across the world, there are substantial but missed opportunities for promoting health of older persons and extending the healthy life span. ***Current approaches to health care rely on late detection and treatment of disease, and some of the most expensive systems of care have population health outcomes that are poor to mediocre.*** A majority of deaths and disability result from progression of preventable chronic diseases for which human behaviors are major contributing factors. An organized and aggressive agenda in health promotion and disease prevention emerges as an important part of the strategy to both promote health and control costs. After reviewing data on determinants of health and contribution of behavioral factors to morbidity and mortality, this paper presents the evidence for efficacy and effectiveness of specific behavioral and clinical interventions to reduce risk for many of the problems accounting for death and disability among elders. We address tobacco use, lack of exercise, inadequate nutrition, hypertension, delirium, obesity, falls, cancer screening, poor oral health, osteoporosis, immunizations and medication safety. Strategies for implementation of effective interventions present an international challenge.

**Andamento della popolazione fragile in Liguria in rapporto
alle stime ISTAT nei prossimi 15 anni
e fabbisogno stimato di pl di RSA
con riduzione della fragilità/cronicità dell'1% ogni 5 anni**

	2010	2015	2020	2025
n. Over 74 x1000	224	246	255	265
n. Fragili x1000	40 _(18%)	42 _(17%)	41 _(16%)	40 _(15%)
N posti RSA (30%) x1000	12,0	12,6	12,3	12,0
N posti RSA (30%) x1000	12,0	13,2	13,8	14,4

Ten-Year Effects of the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Cognitive Training Trial on Cognition and Everyday Functioning in Older Adults

George W. Rebok, PhD,^{a,b} Karlene Ball, PhD,^c Lin T. Guey, PhD,^d Richard N. Jones, ScD,^e Hae-Young Kim, DrPH,^d Jonathan W. King, PhD,^f Michael Marsiske, PhD,^{g,b} John N. Morris, PhD,^e Sharon L. Tennstedt, PhD,^d Frederick W. Unverzagt, PhD,ⁱ and Sherry L. Willis, PhD,^j for the ACTIVE Study Group

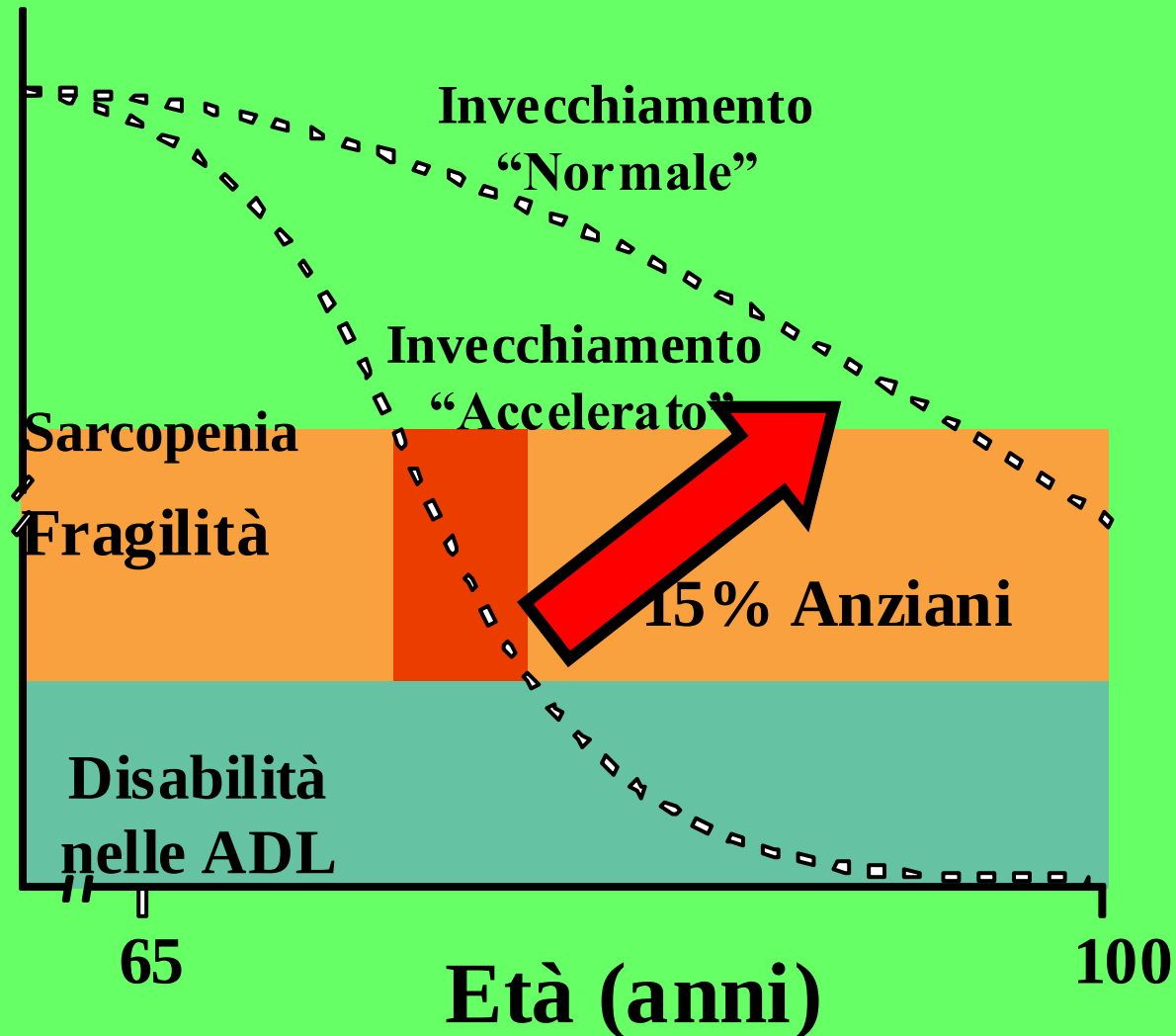
J Am Geriatr Soc 62:16–24, 2014.

Effect of Tai Chi on Cognitive Performance in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis

Peter M. Wayne, PhD,^{†} Jacquelyn N. Walsh, BS,^{*†} Ruth E. Taylor-Piliae, PhD, RN,[‡] Rebecca E. Wells, MD, MPH,[§] Kathryn V. Papp, PhD,^{†||} Nancy J. Donovan, MD,^{***†} and Gloria Y. Yeh, MD, MPH^{††}*

J Am Geriatr Soc 62:25–39, 2014.

Invecchiamento e Fragilità



CARDIOASPIRIN 1 CP h 14⁰⁰

LANOXIN 1 CP h 8⁰⁰

METFORAL 1 CP PRANZO e

1 COLAZIONE

1 CP CENA

DILTIAZEM 1 CP h 8⁰⁰

1 CP h 14⁰⁰

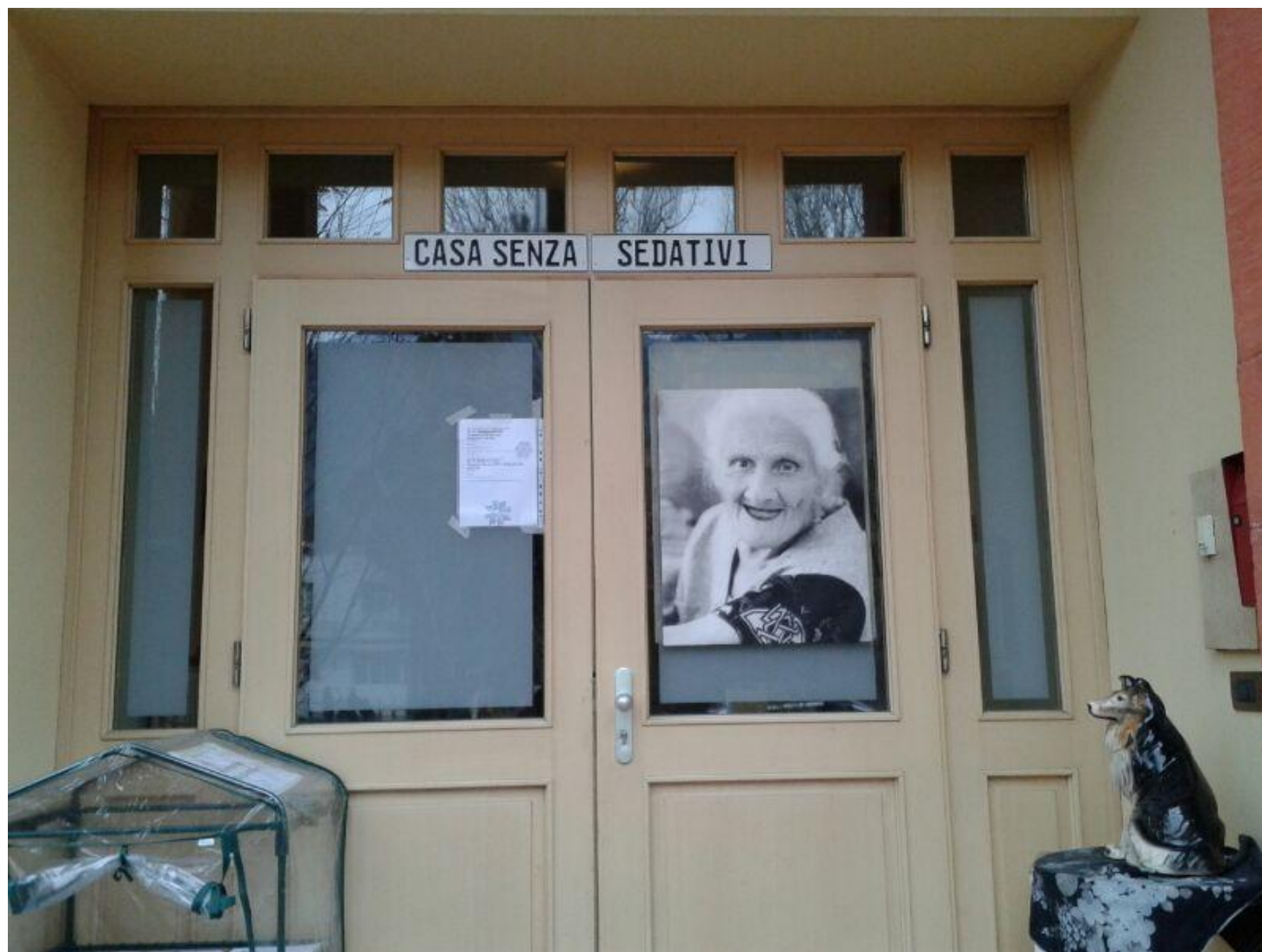
1 CP h 20⁰⁰

TAPAZOLE 1 CP h 8⁰⁰

PANTORAC 1 CP h 8⁰⁰

INSULINA 32 UNITA'

h 18⁰⁰ ROSARIO DA LOURDES





CONVEGNO
Residenzialità solidali
e amministrazioni di sostegno

ITACA SOSTIENE Genova
31 gennaio 2014

Dimensioni sociali
dell'amministrazione di sostegno:
LA RESIDENZIALITA'

(Paolo Martinelli)

1) L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO TRA NORME E SOCIETA' CIVILE

- Nell'amministrazione di sostegno il diritto si spinge ai confini delle relazioni personali e degli affetti.
- L'amministratore di sostegno ha il compito di soddisfare, per quanto possibile, non solo i "bisogni" della persona da lui sostenuta, ma anche le sue "aspirazioni".
- Questo compito, di protezione dei diritti di un soggetto «vulnerabile», riguarda una vulnerabilità provocata dalla natura; c'è sempre il rischio, dunque, di limitare troppo l'ambito della protezione, cedendo troppo presto alla fatalità delle limitazioni naturali.

2) I SOGGETTI «VULNERABILI» PER CAUSE NATURALI

- Per il diritto, queste sono frontiere nuove: non la nostra Costituzione, ma la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea prevede rimedi anche per limitazioni derivanti dalla Natura: l'art. 21 («Non discriminazione») include la *disabilità* e l'*età*, l'art. 25 riguarda i *Diritti degli anziani*, l'art. 26 i *Diritti delle persone con disabilità*, con la medesima formula. «L'Unione riconosce e rispetta il diritto ...».
- Infatti, per le limitazioni provenienti dalla Natura, il diritto di «essere uomo» deve essere *riconosciuto* dagli altri uomini con *azioni positive* anche *contro* la Natura, perché la Natura è il regno della Forza, dove «tutto mangia tutto» (Hersch).

3) L' ABITAZIONE

COME RELAZIONE E COME LIMITE

Proprio l'abitazione, però, è un argomento che spesso pare troppo complesso per essere ripensato a fondo. L'intreccio dei rapporti giuridici che la riguardano (la proprietà, i contratti, i costi elevati di ogni mutamento) racchiude invece la maggior parte della vita relazionale, che la «vulnerabilità» trasforma.

Se i parenti o gli amici abitano in altro quartiere, se l'accesso alla casa è difficile, se la sua ampiezza non corrisponde più ai comportamenti dell'interessato, se è arduo raggiungere i fornitori, elementi logistici che potrebbero sembrare *senza alternative* contengono in realtà limitazioni indebite del diritto della persona alla sua dignità e alle sue relazioni.

4) IL PIANO INDIVIDUALIZZATO D'INTERVENTO E IL PROGETTO RESIDENZIALE

- Il luogo e il regime giuridico dell'abitazione devono dunque essere ripensati globalmente in rapporto al progetto di vita del beneficiario.
- Un piano individualizzato d'intervento deve avere per oggetto diretto i diritti fondamentali anche se coinvolti dall'abitare, perché essi non sono meno urgenti e delicati del *diritto alla salute* che presiede alle scelte mediche, o di altri diritti c.d. personalissimi.

5) PER UNA LOGISTICA DEI DIRITTI RELAZIONALI

- E' dovere dell'amministratore di sostegno rivalutare (per quanto ciò possa essere complesso e impegnativo) il progetto residenziale, perché le condizioni di abitazione della persona divengono le forma e i limiti concreti dei suoi diritti relazionali, e rientrano dunque direttamente nella «cura» della persona nella sua dimensione giuridica e relazionale .
- Resta salvo, naturalmente, il diritto di autodeterminazione dell'interessato, che nessuno può obbligare a scelte sgradite; ma esercitare una scelta non si può, se nessuno studia e propone alternative ragionate.

6) I CONFINI GIURIDICI TRA DOMICILIO INDIVIDUALE E SOLIDALE

- I problemi giuridici sono racchiusi tra la protezione della qualità della solitudine (la Carta di Nizza «riconosce e rispetta» il diritto degli anziani di «condurre una vita dignitosa», e il più ampio diritto alla conservazione delle relazioni («di partecipare alla vita sociale e culturale», dice l'art. 26 della Carta di Nizza).
- La dignità umana è data dal *riconoscimento* concreto dell'identità personale; la scelta tra domicilio individuale e forme di abitazione condivisa con altri non può rispondere solo a criteri di convenienza economica, perché implica una valutazione complessiva del livello di *dignità* che ciascuna soluzione comporta.

7) LA SOLUZIONE CASA-FAMIGLIA: CON QUALE STRUMENTO GIURIDICO ?

- I vantaggi di una soluzione di co-abitazione sono evidenti: ripartizione dei costi, socializzazione dell'assistenza, scelta delle persone conviventi.
- Vi è però il problema della forma giuridica da preferire: quella che viene ritenuta più conveniente (Capecchi, v. pag. 9) è quella dell'associazione tra ospiti e amministratori di sostegno, con la forma giuridica dell'associazione *non riconosciuta* : un ente *senza personalità giuridica* ma con un fondo comune che risponde in primo luogo per i debiti dell'ente, per i quali sono obbligati in seconda linea anche coloro che hanno effettuato l'operazione in nome e per conto dell'ente. Finché dura l'associazione, gli associati non possono chiedere la divisione del fondo comune né la restituzione della quota associativa e dei contributi versati.

8) I PRINCIPALI PROBLEMI GIURIDICI: I NUOVI SOCI E L'IMMOBILE

- Nell'associazione non riconosciuta (validamente costituita senza forme particolari, salve esigenze di benefici fiscali) lo Statuto può condizionare l'ammissione di nuovi ospiti alla verifica delle condizioni, logistiche e di convivenza.
- Quanto all'immobile, conviene (di chiunque sia la proprietà) che l'associazione di residenzialità stipuli un regolare contratto di locazione, a carico del fondo comune dell'associazione (con obbligazioni a carico anche di chi sottoscrive il contratto per l'associazione).

9) I PRINCIPALI PROBLEMI GIURIDICI: RECESSO ED ESCLUSIONE DEI SOCI

- La libertà di *recesso* del socio dall'associazione deve essere assicurata, ma resa compatibile con le esigenze di nuova organizzazione: si suggerisce perciò che la dichiarazione di recesso abbia un effetto posticipato (6 mesi?).
- Le cause statutarie di *esclusione* del socio faranno riferimento agli obblighi assunti da ciascuno nell'associazione, e questo faciliterà una distinzione tra la posizione degli amministratori di sostegno (per cui gli obblighi devono essere tassativi) e quelli dei beneficiari: per questi ultimi dovranno, infatti, essere evitate cause di esclusione per comportamenti colposi che, pur problematici, siano giustificati dalle concrete fragilità della persona, e non siano tali da impedire la prosecuzione della convivenza.

10) COME SOSTENERE DALL'ESTERNO UN'ASSOCIAZIONE DI RESIDENZA SOLIDALE?

- In un progetto di solidarietà condiviso tra servizi, famiglia e terzo settore, nel quale il Giudice tutelare abbia una funzione di garante dei singoli rapporti di amministrazione di sostegno, che spazio può esservi per soggetti nuovi, come associazioni di professionisti e associazioni di auto-muto-aiuto?
- Forse si può pensare a soggetti esterni, indipendenti e disinteressati, che assumano funzioni di garanzia: non (in senso giuridico) delle obbligazioni dell'associazione di residenzialità solidale, ma (sul piano etico) della correttezza di chi si trova ad amministrare l'associazione stessa. Un parere sfavorevole dei garanti potrebbe essere previsto in Statuto come presupposto vincolante per dimissioni dalle funzioni amministrative, o per esclusione del socio.

11) QUALCHE LETTURA SUGGERITA

- J. Hersch, I diritti umani da un punto di vista filosofico», Bruno Mondadori 2008;
- T. Casadei (a cura di), Diritti umani e soggetti vulnerabili, Giappichelli, 2012 (in particolare F. Belvisi e G. Griffo);
- G. Ferrando, (a cura di) Amministrazione di sostegno, Zanichelli 2012 (in particolare lo scritto di M. Capeccchi).

SICUREZZA E QUALITA' NELLE STRUTTURE PER ANZIANI

***Dott.ssa Giorgia Auteri
Responsabile Qualità e Accreditamento
Agenzia Regionale Sanitaria- Regione Liguria***

Genova , 31 gennaio 2014

ACCREDITAMENTO

“Rendere credibile, dare affidamento”

Procedura che ha per obiettivo il miglioramento della fiducia dei cittadini verso chi eroga prestazioni sanitarie attraverso il miglioramento della qualità.

QUALITA' IN SANITA'

L'azione sanitaria non produce un bene , ma produce un servizio.

Impresa produttiva



BENE

Sanità



SERVIZIO

ACCREDITAMENTO IN ITALIA

Processo attraverso il quale le strutture autorizzate, pubbliche e private, acquisiscono lo status di soggetto idoneo all'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del SSN.

Si tratta di un processo che cambia lo stato del richiedente da autorizzato ad esercitare attività sanitarie a quello di idoneo a produrle nell'ambito e per conto del SSN e pertanto si trasforma in potenziale erogatore.

GARANZIA DEI LIVELLI DI QUALITA'

condizione per relazionarsi con il SSN

ACCREDITAMENTO IN ITALIA

L'accREDITAMENTO in sanità è obbligatorio solo per le **aziende pubbliche**.

Per le **aziende private** l'accREDITAMENTO istituzionale è volontario e, insieme all'autorizzazione, è il requisito per instaurare accordi contrattuali con il SSN al fine di produrre prestazioni sanitarie.

OBIETTIVI ACCREDITAMENTO

- Consentire a tutti di accedere a cure e ad interventi assistenziali di qualità
- Contribuire a rispondere nel modo migliore alle differenti necessità dei pazienti
- Migliorare la qualità e la sicurezza delle cure e dei servizi connessi (accoglienza, organizzazione, ecc.)
- Determinare un miglioramento della fiducia dei cittadini verso le strutture sanitarie e sociosanitarie.

OBIETTIVI ACCREDITAMENTO

L'accreditamento pone in ruolo centrale il

PAZIENTE/OSPITE

- il suo percorso di cure/assistenza/tutela,
- il coordinamento delle attività di diagnosi e cura,
- la sua soddisfazione

ACCREDITAMENTO E QUALITA'

Il sistema di **Accreditamento** è per sua natura un processo in continua evoluzione e avviarlo significa attivare un processo di miglioramento continuo della qualità del Sistema Sanitario.

Obiettivo dell'Accreditamento

NON

è individuare le Aziende e/o i Presidi che hanno raggiunto un livello di eccellenza, ma fornire un percorso che porti, gradualmente, tutte le Aziende che devono o desiderano partecipare a questo processo, a livelli sempre più elevati di qualità dei servizi erogati.

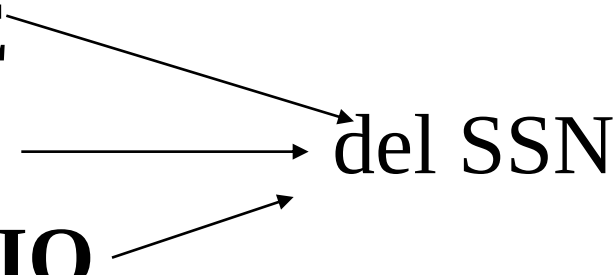
ACCREDITAMENTO E QUALITA'

Obiettivo dell'Accreditamento

NON

è la certificazione del livello di qualità raggiunta, ma fornire un indirizzo a cui tendere ed essere una guida per raggiungere quei livelli di qualità che di volta in volta la Regione individua e persegue.

Necessità di introduzione di misure sistematiche di

- **VALUTAZIONE**
 - **CONTROLLO**
 - **MONITORAGGIO**
- 
- ```
graph LR; A[VALUTAZIONE] --> D[del SSN]; B[CONTROLLO] --> D; C[MONITORAGGIO] --> D;
```

**PER**

garantire una maggiore efficienza,  
razionalizzazione e qualificazione dei  
processi e un miglioramento qualitativo  
delle prestazioni sanitarie

# ACCREDITAMENTO

## NORMATIVE STATALI

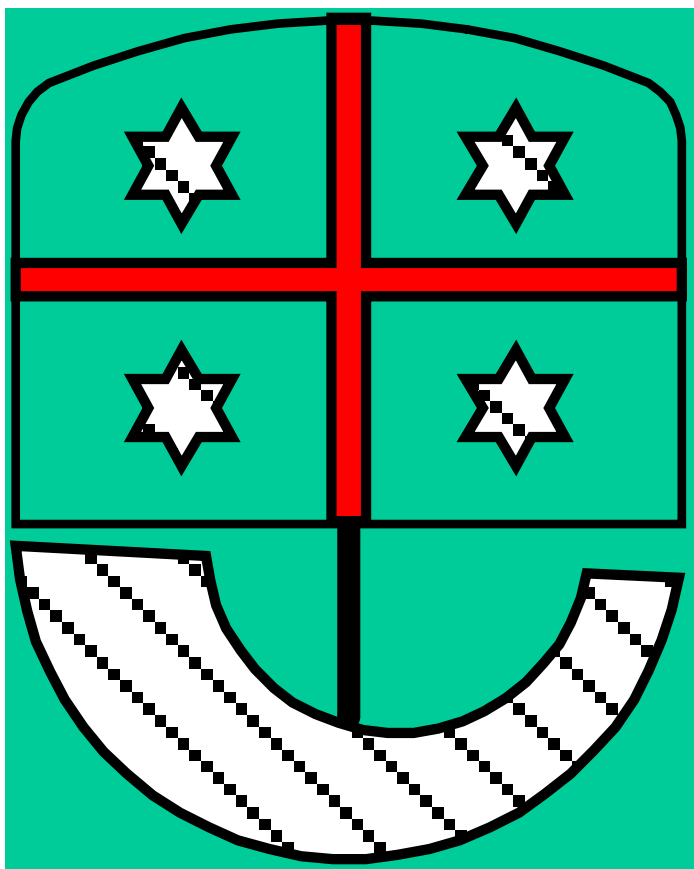
- **D.Lgs n. 502 del 1992**

dispone il superamento delle vecchie convenzioni e l'introduzione di nuovi rapporti tra ASL e i soggetti erogatori, pubblici e privati, fondati sul criterio dell'accreditamento istituzionale; si passa in tal modo dalla visione monopolistica dettata dalla L.833/78 (assistenza sanitaria = compito primario dello Stato) ad una visione liberista ed elastica del mercato fondata sul pluralismo dell'offerta e sulla libera scelta del cittadino.

# ACCREDITAMENTO

## Normative Statali

- **D.Lgs n. 229 del 1999** → *SISTEMA DELLE 4 A*
- **DPR 14.1.1997** → stabilisce le deleghe alle Regioni per determinare gli ulteriori standard di accreditamento



**IL SISTEMA DI  
ACCREDITAMENTO  
DELLE STRUTTURE  
SANITARIE IN**

**REGIONE LIGURIA**

# **ACCREDITAMENTO**

## **NORMATIVA REGIONE LIGURIA**

- L.R. 20/99 Titolo III : dall'art.11 all'art.16
- Manuale per l'accREDITamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie  
DGR 395/ 2002 - DGR 1575/2003- DGR 529/2007
- L.R. 12/2006
- L.R. 41/2006
- L.R. 23/2010 ( ARS )

# IL MODELLO LIGURIA

E' stato progettato un sistema che, partendo da criteri generali validi a livello internazionale, quali le ISO 2000 ( UNI EN ISO 9001:2000), fosse in grado di individuare i **requisiti** necessari e soprattutto un sistema di **indicatori** che consentissero una valutazione il più possibile precisa e oggettiva delle caratteristiche organizzative presenti.

# IL MODELLO LIGURIA

Si è cercato di realizzare uno strumento **oggettivo**, posto a tutela della sicurezza e della qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Pur trattandosi di uno strumento rigido, ha permesso l'avvio , da parte delle strutture interessate, di un **processo di miglioramento continuo della qualità e di valorizzazione delle risorse umane.**

# Il sistema di valutazione in base al modello di accreditamento della Regione Liguria

- Enfasi sulla performance organizzativa mediante l'identificazione e l'analisi di processi rilevanti per gli esiti dell'assistenza e la qualità del servizio/sistema percepita dagli utenti
- processo di autovalutazione interno all'azienda come base per l'accREDITAMENTO

L'accreditamento è ottenuto su un solo livello

## ***ISTITUZIONALE***

Non è possibile accreditamento

- condizionato
- provvisorio
- *con raccomandazioni*

Il sistema dell'accreditamento istituzionale è finalizzato a monitorare non solo i tradizionali parametri strutturali e di personale ma anche altri elementi relativi ad una adeguata organizzazione ed erogazione delle attività.

Infatti , se si vuole fornire un servizio assistenziale di qualità, è indispensabile la presenza di un'organizzazione valida sia in termini di risorse umane sia di rispetto di procedure

# Fattori di successo per il sistema di accreditamento

- La gestione della qualità deve coinvolgere tutti i livelli dell'organizzazione.
- La semplice applicazione “ *burocratica* “ delle norme di qualità non assicura di per sé l'erogazione di un servizio soddisfacente se vi sono carenze nel sistema organizzativo e se non si tende al miglioramento continuo e alla soddisfazione dell'utente.
- L'accreditamento deve diventare un nuovo *modus operandi* dell'azienda in un'ottica di miglioramento continuo e non rappresentare solo l'acquisizione di un “ certificato “

# MANUALI ACCREDITAMENTO della REGIONE LIGURIA

|                    |                                                                                                                |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D.G.R. n.395/2002  | primo manuale                                                                                                  |
| D.G.R. n.1575/2003 | modifiche alla DGR 395/02                                                                                      |
| D.G.R. n.529/2007  | presidi sociosanitari                                                                                          |
| D.G.R. n. 423/2009 | <div><div></div><div>- rinnovo</div><div>- requisiti specifici per<br/>alcune tipologie di presidi</div></div> |

**D.G.R. 862 del 15.7.2011**

**D.G.R. 1749 del 29.12.2011**

**D.G.R. 941 del 27.7.2012**

- ✓ approva indirizzi per la residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera, individua parametri di personale e tempi assistenziali , finalizzati ad accompagnare i processi di autorizzazione e di accreditamento

# MANUALI ACCREDITAMENTO della REGIONE LIGURIA

Il Manuale è articolato in quattro sezioni:

## SEZIONE A: Requisiti organizzativi e funzionali generali

- Politiche aziendali
- Organizzazione interna
- Procedure organizzative
- Formazione e aggiornamento personale
- Attrezzature e risorse tecnologiche
- Verifica e miglioramento della qualità
- Comunicazione e tutela dell'utente
- Sicurezza
- Sistema informativo
- Controllo di gestione

# MANUALI di ACCREDITAMENTO della REGIONE LIGURIA

## Requisiti Specifici

**SEZIONE B** : Strutture che erogano prestazioni di ass. spec. amb.

**SEZIONE C** : Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero  
osp. a ciclo continuativo e/o diurno per acuti

**SEZIONE D** : Strutture che erogano prestazioni di ricovero a ciclo  
continuativo e/o diurno

**REQUISITI SPECIFICI** si articolano in:

- **requisiti strutturali:** dotazione di spazi adeguati, rispettosi delle norme di sicurezza
- **requisiti tecnologici :** apparecchiature e attrezzature adeguate
- **requisiti organizzativi :** dotazione di personale adeguata quali/quantitativamente all'attività svolta

# D.G.R. 423/2009

- **Formazione e aggiornamento del personale**
- **Verifica e miglioramento della qualità**
  - programmi di miglioramento
  - standard di prodotto ( descrizione dei singoli prodotti/servizi erogati, definizione degli standard, modalità di misurazione )
  - valutazione della qualità del servizio/prestazioni (audit, appropriatezza, ecc. )
  - gestione del rischio
  - misurazione e valutazione sistematica della soddisfazione dell'utente
  - evidenza di cambiamenti apportati a fronte di implementazione di progetti/attività di miglioramento della qualità

# RIFLESSIONI SU ACCREDITAMENTO

→ **Direzione Aziendale**

→ **Operatori sanitari**

→ **Regione**

# DIREZIONE AZIENDALE

Fare dell'Accreditamento un'occasione per

- soffermarsi sulla propria efficienza organizzativa, sull'appropriatezza delle cure fornite,
- sulla condivisione della propria “ *mission* “ da parte di tutti gli operatori al fine di mettere in atto tutti i cambiamenti necessari finalizzati a determinare la soddisfazione dei pz. ed un'immagine esterna positiva dell'Azienda , avendo presente anche il contenimento dei costi e sviluppando quindi un miglior rapporto efficacia/efficienza.

# OPERATORI SANITARI

E' necessario creare e sviluppare una cultura della qualità che determini un loro coinvolgimento consapevole ed una loro partecipazione attiva al processo.

L'accreditamento non deve essere visto come adempimento formale a norme imposte dall'alto, ma deve essere vissuto come uno strumento positivo d'aiuto nell'attività quotidiana, spesso caratterizzata da limitata disponibilità di risorse.

# REGIONE

Deve fare in modo che l'Accreditamento venga considerato uno strumento vivo che necessita di revisione continua.

Infatti l'impatto dell'A. sui presidi ha determinato in questi anni l'avvio di percorsi che

- partono dall'acquisizione di una migliore consapevolezza del “ *come* “ si lavora e dalla necessità di aggiornare l'operatività
- passano attraverso la messa a regime di sistemi di governo coerenti e monitorati sistematicamente
- sfociano in azioni di miglioramento

**L'ACCREDITAMENTO** ha un sicuro impatto  
sullo sviluppo organizzativo e obbliga ad una  
profonda revisione dell'organizzazione del lavoro

## **ACCREDITAMENTO**

momento di apprendimento organizzativo  
processo generatore di mutamenti

*Grazie per l'attenzione*



Residenzialità Solidale  
e  
Amministrazioni di Sostegno

***RESIDENZIALITA'***  
***E***  
***ANZIANI***

Dott. Lorenzo Sampietro



# Demografia in pillole

La Liguria è la Regione che ha la più alta percentuale di anziani 26,8% con 238 anziani (persone con 65 anni e più) ogni 100 giovani (persone con meno di 15 anni), oltre il doppio della Campania (102), che è la regione più giovane d'Italia. 89,5 uomini ogni 100 donne il valore più basso in Italia. Genova è la provincia ligure in cui risiede il maggior numero di ultracentenari (406, pari al 56,0% del totale regionale)

Fonte dati ISTAT Censimento 2011

Provincia di Genova abitanti 855.834 in 67 Comuni

| Classe di età | 0 - 14 | 15 - 39 | 40 - 64 | 65 - 79                | 80 e oltre           | Totale  |
|---------------|--------|---------|---------|------------------------|----------------------|---------|
| Genova<br>%   | 69.804 | 153.514 | 222.102 | 110.102<br><b>18,1</b> | 52.384<br><b>8,6</b> | 607.906 |

Fonte dati ISTAT Censimento 2011

Città di Genova 586.180 residenti legalmente

L'insieme delle strutture atte a proteggere gli anziani in funzione del grado di autonomia e della fragilità viene definita  
come

***Rete dei Servizi per la Cronicità*** (C.N.R. 1995).

La efficienza della Rete dipende da diverse variabili:

- ***Continuità Assistenziale*** : *continuità di Cura, continuità dei Passaggi , continuità dell'Informazione*
- ***Identificazione del bisogno*** : *Valutazione Multidimensionale/UVG*

## Caratteristiche della Rete

### **La rete *strutturale***

- Le strutture o nodi , la tecnologia ed l'informatica che assicura la continuità dell'informazione
- Risorse disponibili

### **La rete *funzionale***

- I percorsi Ospedale-Territorio (e viceversa)
- Il coinvolgimento dei MMG , dei Servizi Sociali
- Gestione delle liste di attesa per l'accesso ai Nodi dal Domicilio

# Caratteristiche della Rete

Una Rete dei Servizi dedicata agli Anziani *Fragili* deve possedere due fondamentali caratteristiche funzionali:

**I. La tempestività**

**II. La personalizzazione.**

Tempestività, in quanto la dinamicità della non autosufficienza richiede una risposta immediata alle instabili condizioni psico-fisiche del paziente

Personalizzazione per adattare la risposta ai diversi stadi di complessità sanitaria ed assistenziale che l'anziano non autosufficiente incontra ed anche alle caratteristiche sociali ed economiche della famiglia di appartenenza.

In Liguria fanno parte della Rete quei servizi extraospedalieri che, attraverso piani assistenziali individualizzati (PAI), rispondono ai bisogni dell'anziano:

**Nodi della Rete**

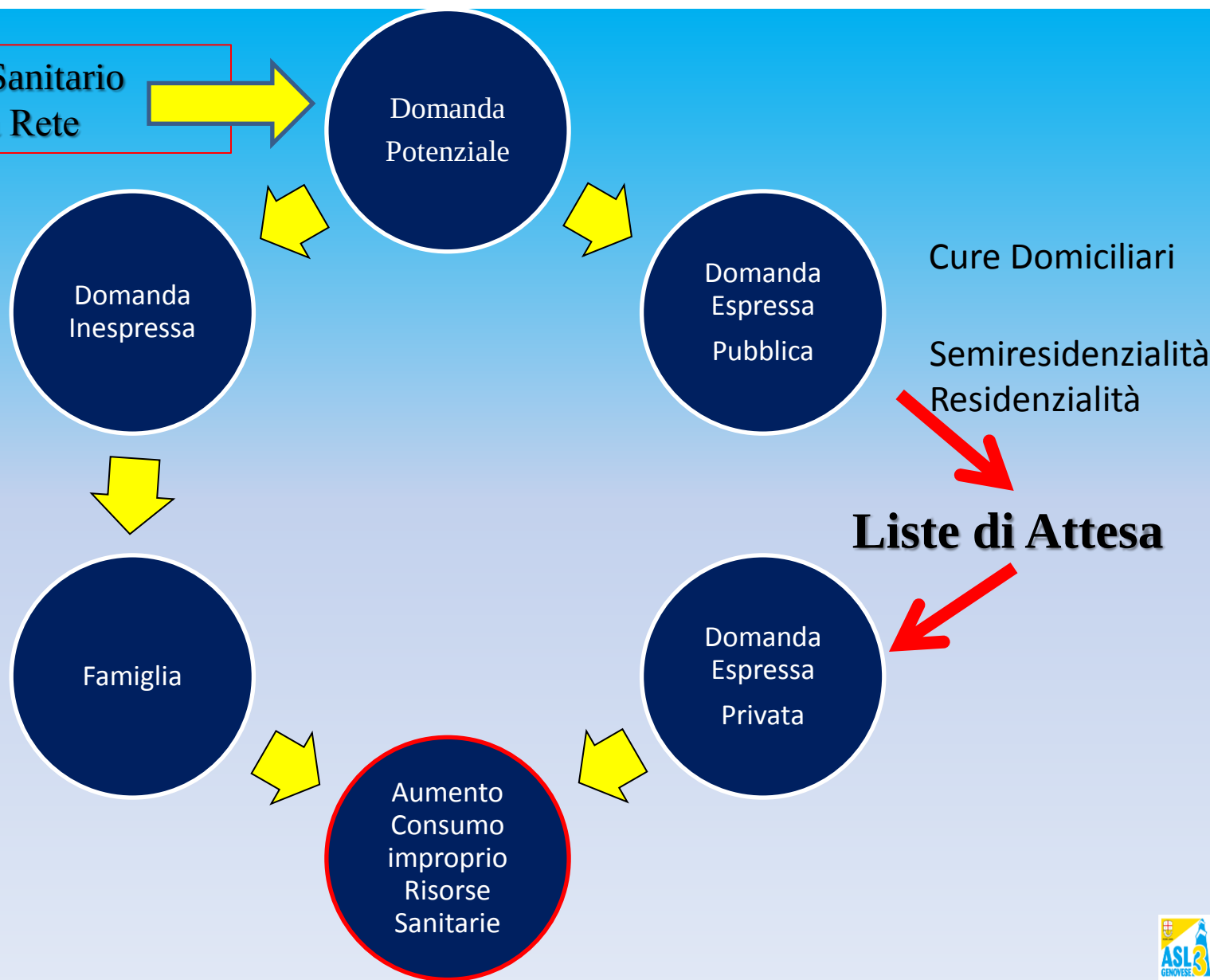
- I. l'Assistenza Domiciliare
  - II. i Centri Diurni ( I° e II° livello)
  - III. le Residenze Protette
  - IV. le Residenze Sanitarie Assistenziali Riabilitative
  - V. le Residenze Sanitarie Assistenziali di Mantenimento
  - VI. le Residenze Sanitarie Assistenziali Nucleo Alzheimer
  - VII. Hospice
  - VIII. le Comunità Alloggio
- } convenzionata  
S.S.N.

I requisiti e le procedure per l'accesso ai Servizi sono definite con delibera di Giunta regionale n.862 15/7/2011 e n.941/2012.

Lo strumento di Valutazione Multidimensionale indicato dalla L.R. 862/2011 è la Scheda AGED

# Il Bisogno Socio-Sanitario dell'Anziano e la Rete dei Servizi Territoriali

Il Bisogno Socio-Sanitario  
dell'Anziano nella Rete



## FUNZIONE SVOLTA IN RSA

Modulo 20/25 posti\*

|                                                                                                    |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Utenti</b>                                                                                      |                                     | Anziani non autosufficienti con riduzione della funzione fisica, deficit cognitivi e/o comportamentali, polipatologie e patologie oncologiche non richiedenti cure di tipo ospedaliero o cure erogate dall'hospice. Il trattamento di recupero per la fase post acuzie di norma non è superiore a 30 giorni, prorogabili a 60 giorni previa valutazione dell'UVM. Soltanto nei casi di comprovata necessità riabilitativa, il termine può essere ulteriormente prorogato di 30/60 giorni, previa esplicita autorizzazione dell'UVM, con compartecipazione a carico dell'utente dal 60° al 90°/120° giorno. |
| <b>Prestazioni</b>                                                                                 |                                     | Prestazioni terapeutiche di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero a termine.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Personale</b>                                                                                   | <i>minuti/die<br/>(settimanali)</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Responsabile Sanitario                                                                             | 10' – (70')                         | a) 4' Responsabile Sanitario medico geriatra o specialista in discipline equipollenti (D.M 30/01/1998 ess.mm.ii) o esperienza quinquennale certificata presso strutture per anziani autorizzate e/o accreditate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Medico                                                                                             |                                     | b) 6' medico non specialista/die                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Fisioterapista                                                                                     | 23' – (161')                        | Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale in affiancamento al fisioterapista).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Infermiere                                                                                         | 42' – (294')                        | Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere per struttura.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| OSS, OTA, OSA<br>e altre figure qualificate con<br>compiti assistenziali previste dai<br>contratti | 90' – (630')                        | Nel <b>ciclo notturno</b> deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Totale                                                                                             | 165' – (1.155')                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Tariffa sanitaria</b>                                                                           | <b>111,72 euro</b>                  | Qualora si protragga la permanenza nella struttura riabilitativa dopo la cessazione del progetto terapeutico, e comunque dal 60° al 90°/120° giorno, la tariffa complessiva è pari a 111,72 euro, di cui 69,72 euro di quota sanitaria e 42,00 euro a carico dell'assistito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## FUNZIONE SVOLTA IN RSA O IN RP

Modulo 20/25 posti\*

**Utenti**

Anziani con esiti cronicizzati da polipatologie e da deficit cognitivi. Punteggio AGED maggiore di 16.

**Prestazioni**

Prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, a carattere residenziale per anziani non autosufficienti e/o cronicizzati e persone con demenza; assistenza medica, infermieristica, tutelare, attività rieducative e di animazione. Sono compresi in questa tipologia anche i ricoveri di sollievo.

**Personale**

*minuti/die*  
*(settimanali)*

Responsabile sanitario  
medico

4' – (28')

Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario che deve possedere la specialità geriatrica o specialità affine (D.M 31/01/1998 e ss.mm.ii.) o anzianità quinquennale certificata presso strutture per anziani autorizzate e/o accreditate.

Fisioterapista

6' – (42')

Eventuali altre figure orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es. logopedista, terapeuta occupazionale, In affiancamento al fisioterapista)

Infermiere

26' – (182')

Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza di un infermiere per struttura fino a 60 posti, anche con reperibilità in struttura con la possibilità di inserirlo in turno attivo dalle 21.00 alle 7.00.

Animatore

3' – (21')

OSS, OTA, OSA  
e altre figure qualificate con  
compiti assistenziali previste dai  
contratti

88' – (616')

Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore (OSS/OSA/OTA) per struttura e in ogni caso ogni 40 posti.

Totale

127' – (889')

**Tariffa sanitaria**

46,24 euro

**Compartecipazione base**

42,00 euro

**Utenti** Persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, espressamente valutate dall'ASL.

**Prestazioni** Il modulo dotato di ambiente protesico è di norma inserito in strutture che provvedono anche ad altri trattamenti assistenziali nell'area della residenzialità (RSA) o della semiresidenzialità (C.D.II° livello). Adotta un modello di cura che mira a creare un adattamento ambientale flessibile tra le persone affette da demenza e lo spazio fisico, i programmi e le persone significative con le quali il malato deve interagire.

| <b>Personale</b>                                                                                   | <i>minuti/die<br/>(settimanali)</i> |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsabile Sanitario                                                                             | 6' – (42')                          | Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario                                                                                                                                                                                                         |
| Medico geriatra o specialità equipollente                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Neuropsicologo                                                                                     | 4' – (28')                          |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Infermiere                                                                                         | 20' – (140')                        | Nelle strutture monomodulari nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un infermiere. Nelle strutture plurimodulari a diversa intensità assistenziale deve essere comunque garantita la presenza infermieristica. |
| Terapista occupazionale                                                                            | 14' – (98')                         |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Animatore                                                                                          | 10' – (70')                         |                                                                                                                                                                                                                                                       |
| OSS, OTA, OSA<br>e altre figure qualificate con<br>compiti assistenziali previste dai<br>contratti | 106' – (742')                       | Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore per modulo (OSS/OSA/OTA).                                                                                                                                  |
| Totale                                                                                             | 160' – (1.120')                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Tariffa sanitaria** 57,02 euro

**Compartecipazione base** 42,00 euro

FUNZIONE SVOLTA IN RESIDENZA PROTETTA

Modulo 25/30 posti\*

|                                                                                                    |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Utenti</b>                                                                                      |                                     | Anziani con esiti cronicizzati di patologie senili. Punteggio AGED da 10 a 16.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Prestazioni</b>                                                                                 |                                     | Prestazioni residenziali con assistenza sanitaria di medicina generale, assistenza infermieristica e tutelare, di animazione e socializzazione.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Personale</b>                                                                                   | <i>minuti/die<br/>(settimanali)</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Responsabile sanitario                                                                             | 2' – (14')                          | Inclusa la funzione di Responsabile Sanitario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Medico                                                                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tecnico della riabilitazione                                                                       | 5' - (35')                          | Con formazione professionale orientate alla tipologia degli ospiti e al loro fabbisogno assistenziale (es.: fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, in affiancamento al fisioterapista)                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Infermiere                                                                                         | 9' – (63')                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Animatore                                                                                          | 3' – (21')                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| OSS, OTA, OSA<br>e altre figure qualificate con<br>compiti assistenziali previste dai<br>contratti | 61' – (427')                        | Nel ciclo notturno deve essere garantita la presenza dalle 21.00 alle 7.00 di un operatore ogni 40 posti (infermiere/OSS/OSA/OTA). Nelle strutture organizzate su più piani è garantita di norma la presenza di un operatore aggiuntivo a tutela degli ospiti e degli operatori).<br><br>Se l'operatore non è infermiere, deve essere garantita la reperibilità infermieristica, anche con reperibilità in struttura con la possibilità di inserimento in turno attivo. |
| Totale                                                                                             | 80' – (560')                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Tariffa sanitaria</b>                                                                           |                                     | <b>28,71 euro</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Compartecipazione base</b>                                                                      |                                     | <b>42,00 euro</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO DI 1° LIVELLO**

Modulo 15/25 posti

|                                                                                                    |                                                                                                                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Utenti</b>                                                                                      | Anziani in condizioni di limitata autonomia fisica, senza prevalenti disturbi cognitivi.                                                          |  |
| <b>Prestazioni</b>                                                                                 | Prestazioni diurne di carattere infermieristico, tutelare e di aiuto alla persona, attività occupazionali, di animazione e riattivazione motoria. |  |
| <b>Personale</b>                                                                                   | <i>minuti/die<br/>(settimanali)</i>                                                                                                               |  |
| Infermiere                                                                                         | 3' – (15')                                                                                                                                        |  |
| Animatore                                                                                          | 15' – (75')                                                                                                                                       |  |
| OSS, OTA, OSA<br>e altre figure qualificate con<br>compiti assistenziali previste dai<br>contratti | 60' – (300')                                                                                                                                      |  |
| Totale                                                                                             | 78' – (390')                                                                                                                                      |  |
| <b>Tariffa sanitaria</b>                                                                           | <b>18,59 euro</b>                                                                                                                                 |  |
| <b>Compartecipazione</b>                                                                           | <b>15,31 euro</b>                                                                                                                                 |  |

**FUNZIONE SVOLTA IN CENTRO DIURNO DI 2° LIVELLO**

Modulo 10/20 posti

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Utenti</b>                                                                                      | Persone con gravi patologie involutive e disturbi comportamentali (Alzheimer e demenze) diagnosticate dall'UVA, espressamente valutate dall'ASL.                                                                                                      |  |
| <b>Prestazioni</b>                                                                                 | Prestazioni sanitarie e di riabilitazione attuate in ambiente protesico e con metodologia specifica per pazienti con prevalenti disturbi cognitivi. Assistenza infermieristica, tutelare, supporto psicologico, attività rieducative e di animazione. |  |
| <b>Personale</b>                                                                                   | <i>minuti/die<br/>(settimanali)</i>                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Psicologo/neuropsicologo                                                                           | 4' – (20')                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Infermiere                                                                                         | 3' – (15')                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Laureato in scienze motorie,<br>educatore, animatore, terapeuta<br>occupazionale                   | 30' – (150')                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| OSS, OTA, OSA<br>e altre figure qualificate con<br>compiti assistenziali previste dai<br>contratti | 90' – (450')                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Totale                                                                                             | 127 – (635')                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>Tariffa sanitaria</b>                                                                           | <b>32,84 euro</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Compartecipazione</b>                                                                           | <b>12,35 euro</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  |

Posti convenzionati con l'ASL3 per trattamenti Residenziali e  
Semiresidenziali a favore delle persone anziane

**Posti letto Residenziali 3.217**

**RSA Riabilitativa 396**

**RSA Mantenimento 1833**

**RP 918**

**Posti letto RSA N. Alzheimer 70**

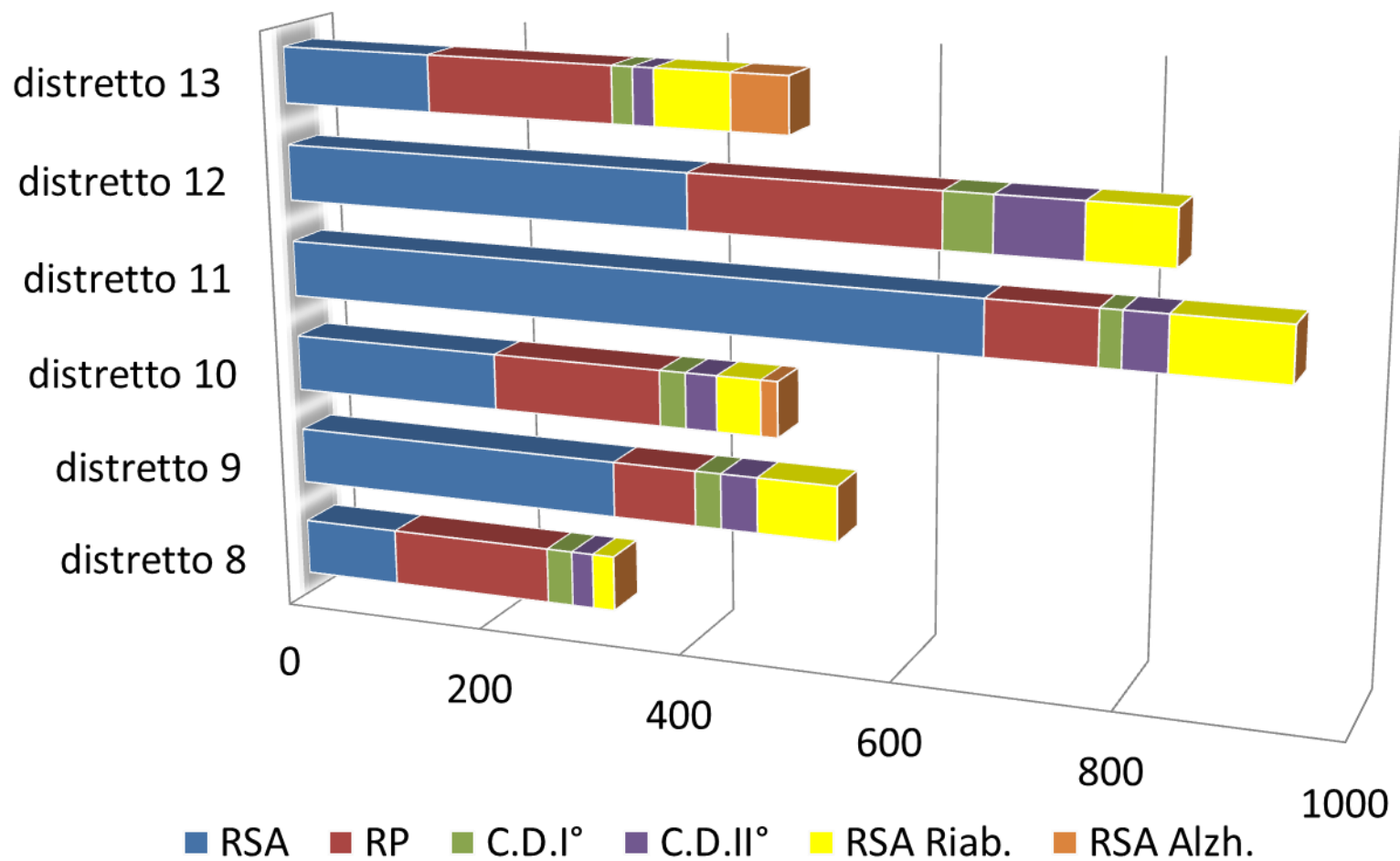
**Posti Semiresidenziali 342**

**C.D.I° 160**

**C.D.II° 226**

**Offerta complessiva di posti Residenzialità pari all' 1,6% popolazione  
Anziana**

## Offerta Residenziale e Semiresidenziale per Distretto Sanitario



# Flussi di Utenti verso la Residenzialità

## Dagli Ospedali

***Dimissioni Protette*** attraverso un protocollo di identificazione precoce degli anziani a rischio di dimissione «difficile»

***Adozione di Protocolli*** Operativi e Criteri di Priorità per l'accesso alle RSA Riabilitative

***Interventi facilitanti il rientro al Domicilio***

-Ricovero Assistenziale Breve

-Codice Argento distretti SS 11-12-13

A.U.O.San Martino

-«Meglio a Casa» distretti SS 9-10

H. Villa Scassi

## Dal Domicilio Gestione delle Liste di attesa

Adozione di una ***Lista di Attesa secondo Criteri di Priorità ed Urgenza*** Sanitari e Sociali per l'inserimento nella Residenzialità di Mantenimento (RSA ed RP)

# I Criteri di Priorità ed Urgenza della Lista Unificata ASL-Comune

La valutazione della intensità del bisogno di ricovero in RP o RSA viene effettuata sui 4 domini principali di un anziano caratterizzanti la condizione della Fragilità e di necessità di assistenza : Comorbidità, Cognitività, Disabilità e Condizione Sociale utilizzando in parte strumenti validati in ambito Geriatrico (***Scheda Sanitaria*** ) ed in parte elaborati dal Comune di Genova (***Scheda Sociale***).

# ***La scheda Sanitaria***

Esplora la

- I. Comorbidità attraverso la scala **CIRS**
- II. Cognitività con la **SPMSQ**
- III. Disabilità attraverso l'Indice di **Barthel** e **IADL**.

Queste scale di VMD geriatrica generano un punteggio numerico che può essere convertito in livelli di gravità crescente da 0 a 2 esprimendo un punteggio complessivo compreso tra 0 ed 8 così come la **Scala Sociale**.

Viene quindi riconosciuta una equivalenza tra bisogno sanitario-assistenziale e sociale nella causalità del ricovero.

Allo **score** complessivo che determina la posizione nella lista di attesa concorrono anche il **Criterio Cronologico** (data presentazione domanda) ed il **Criterio Anagrafico** (dai 75 anni) con diverse valorizzazioni .

## Lista di attesa secondo criteri di priorità ed urgenza ASL3 –Comune di Genova

| CRITERI                      | VALORIZZAZIONE* | FATTORE DI MOLTIPLICAZIONE |
|------------------------------|-----------------|----------------------------|
| <b>cronologico/GIORNO</b>    | 0,5             | 1                          |
| ogni anno età >74            | 15              | 1                          |
| ricovero H #                 | 300             | 2                          |
| valutazione sociale (0-8)*   | da 0 a 8        | 20                         |
| valutazione sanitaria (0-8)* | da 0 a 8        | 20                         |

(\*) VALORIZZAZIONE PER OGNI PUNTO

# Criterio di priorità assoluta

se il paziente è ricoverato in Ospedale il punteggio aggiuntivo sarà acquisito solo nel caso in cui occorran contemporaneamente tutte le seguenti condizioni:

-ricovero per un evento acuto

-precedente ricovero in H negli ultimi 3 mesi o in P.S. negli ultimi 30 gg

-il punteggio della valutazione sanitaria è  $\geq 6$

-il punteggio della valutazione sociale è  $\geq 6$

-il paziente (o gli aventi titolo per esso) accetta l'ingresso nella prima struttura residenziale che rende disponibile un posto letto convenzionato con la sola esclusione delle strutture ubicate al di fuori del Comune di Genova. Il punteggio aggiuntivo viene acquisito durante il solo periodo della degenza in H e decade dopo la dimissione in caso di mancato trasferimento in mantenimento (rifiuto al ricovero nella struttura di mantenimento resasi disponibile). Durante l'eventuale passaggio dal reparto di acuzie in R.S.A. di I° fascia o Cure Intermedie per riabilitazione o stabilizzazione clinica il punteggio aggiuntivo è mantenuto salvo la necessità di una rivalutazione tra il 20° ed il 60° giorno dal trasferimento comunque prima della data prevista per la dimissione al fine di riconfermare i punteggi sanitario e sociale che ne danno titolo. La mancata riconferma di tali punteggi determina la decadenza del punteggio aggiuntivo.

# Caratteristiche dell'anziano fragile dimesso dall'ospedale verso le RSA di I° fascia



- **Donna nel 55 % Uomo nel 45%**
- **Elevata complessità Sanitaria:**
  - Indice di Comorbidità: 4,95
  - Indice di Complessità: 3,4
- **Elevata complessità Assistenziale:**
  - Indice di Barthel 45 ~ 34 p. all'ingresso
  - Compromissione Cognitiva ( > 3 errori S.P.M.S.Q )
  - Aged** punteggio medio 20, 6

# **Caratteristiche dell'anziano fragile che entra dal Domicilio nelle RSA di Mantenimento**



- **Donna nel 81 % Uomo nel 19%**
- **Elevata complessità Sanitaria:**
  - Indice di Comorbidità: 3,8
  - Indice di Complessità: 3,1
- **Elevata complessità Assistenziale:**
  - Indice di Barthel ~ 37/100 p. all'ingresso
  - Aged punteggio medio 21,4/30

# Caratteristiche dell'anziano fragile che entra dal Domicilio nelle RP



- **Donna nel 77 % Uomo nel 23%**
- **Complessità Sanitaria:**
  - Indice di Comorbidità: 2,1
  - Indice di Complessità: 2,9
- **Complessità Assistenziale:**
  - Indice di Barthel ~ 56/100 p. all'ingresso
  - Aged** punteggio medio 13/30

Forse....non sempre il ricovero in  
Istituto è la migliore risposta



**APPROCCIO PER LE PERSONE FRAGILI IN  
CONDIZIONE DI FRAGILITA'**



**"MEGLIO A CASA"**



# **Gli attori del progetto**

**L' ASL n. 3 "Genovese"**

**Ospedale Villa Scassi**

**Distretto socio sanitario 9**

**Distretto socio sanitario 10**

**Il Comune di Genova**

**Soggetto imprenditoriale di Terzo Settore**

**Il Comitato dei Sindaci del DSS 10**

# Strumenti e modalità

NATT:(utilizzo da parte di ASL3 del 10%)

- presente in H composto da Assistente sociale  
Assistente sanitaria Infermieri Professionali
- valuta i pazienti con AGED PLUS, definisce  
quelli inseribili nel progetto e il loro fabbisogno  
di assistenza familiare, attiva il sog. imprenditoriale

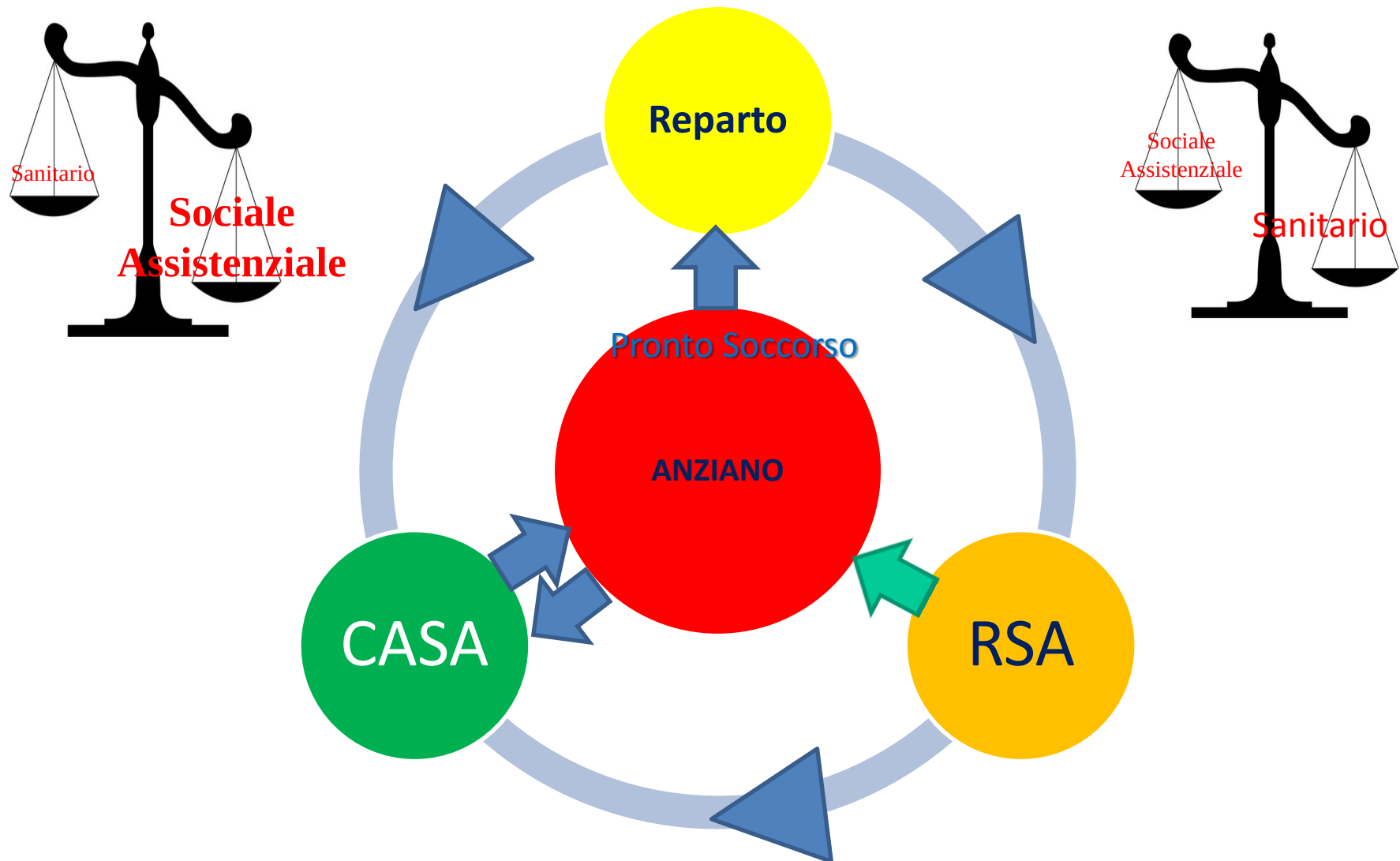
Protocollo operativo tra  
ASL 3 Genovese  
Comune di Genova  
Comitato dei Sindaci  
del DSS 10

Affidamento attraverso cottimo a invito (con seduta pubblica il 13 maggio p.v)

Compiti:

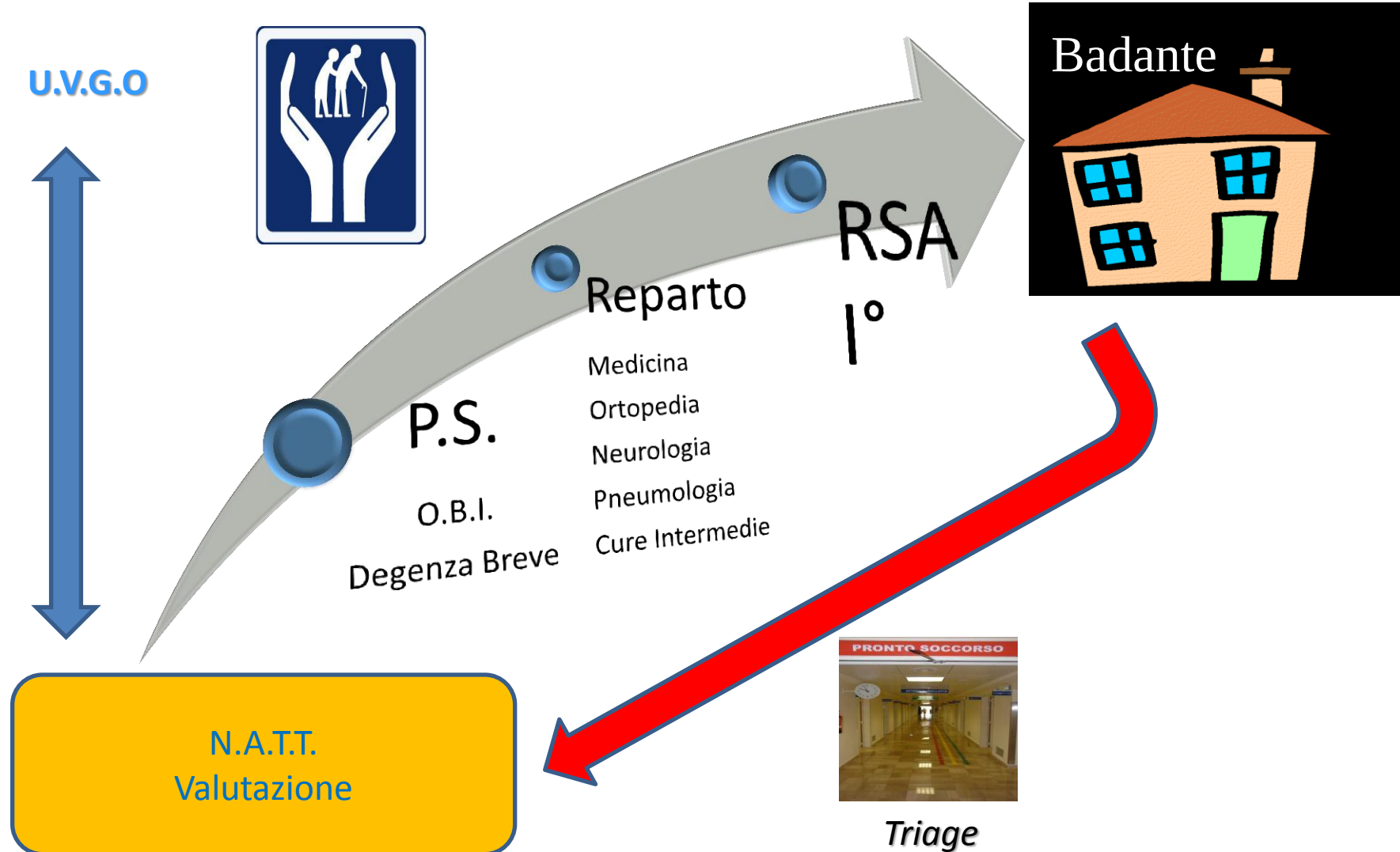
- ✓ organizzare le prestazioni di assistenza tutelare temporanea al domicilio
- ✓ secondo il fabbisogno definito dal NATT .
- ✓ supportare il paziente (e/o la famiglia) nella fase di attivazione
- ✓ approntare e gestire un apposito registro delle/degli assistenti familiari
- ✓ supportare il paziente/utente e l'assistente nella fase di stipula del contratto
- ✓ organizzare e comunicare le sostituzioni
- ✓ effettuare un'attività di supporto amministrativo al progetto

# Progetto «Meglio a Casa» : l'Anziano in P.S

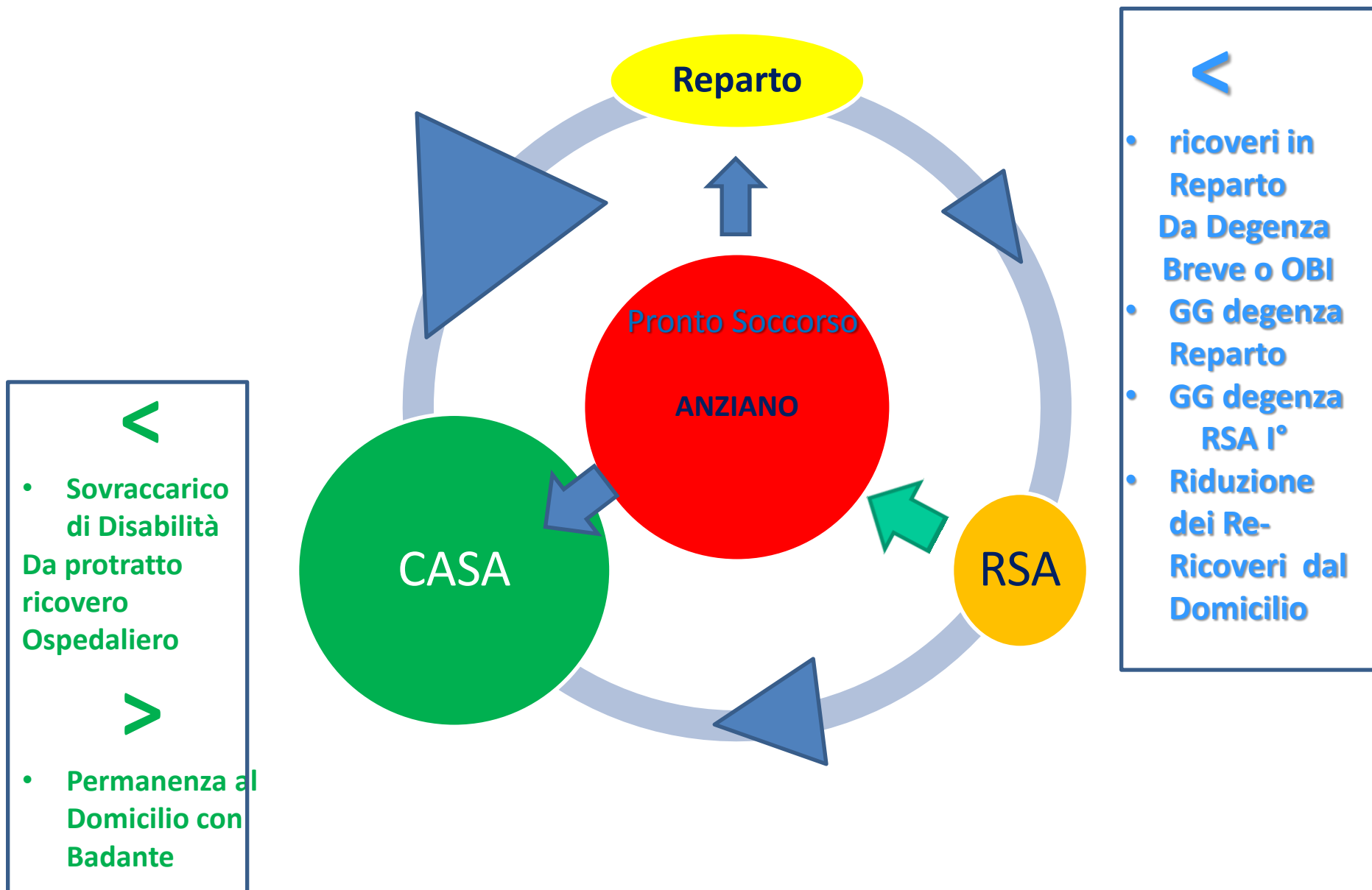


Bacino di utenza anziani **60.183**

# Progetto «Meglio a Casa»

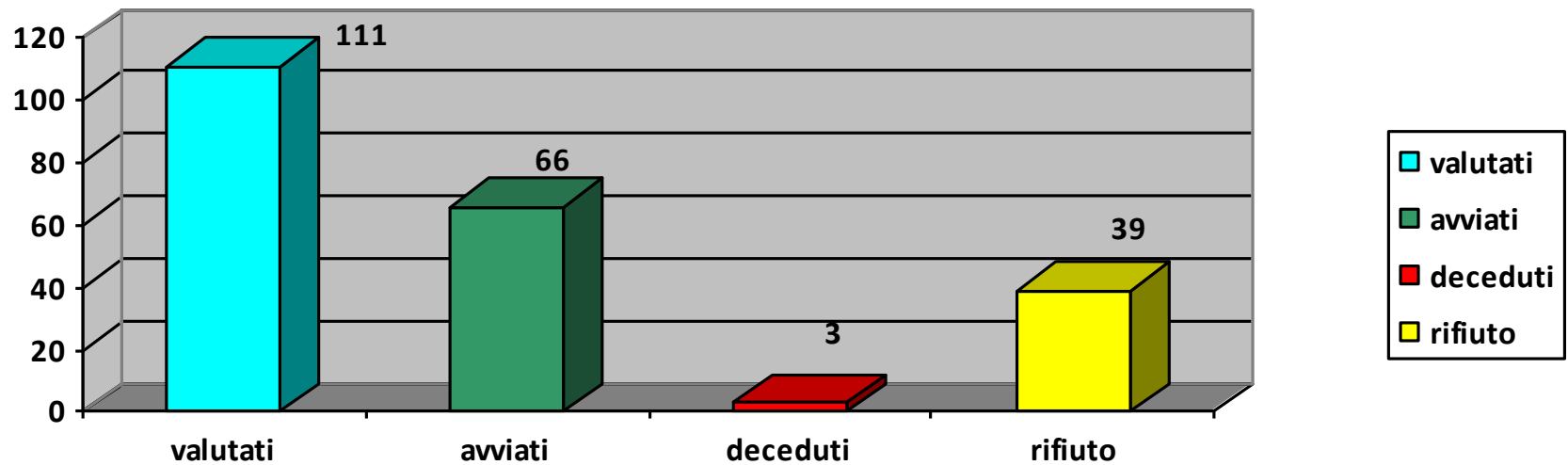


# Obiettivi Progetto «Meglio a Casa»



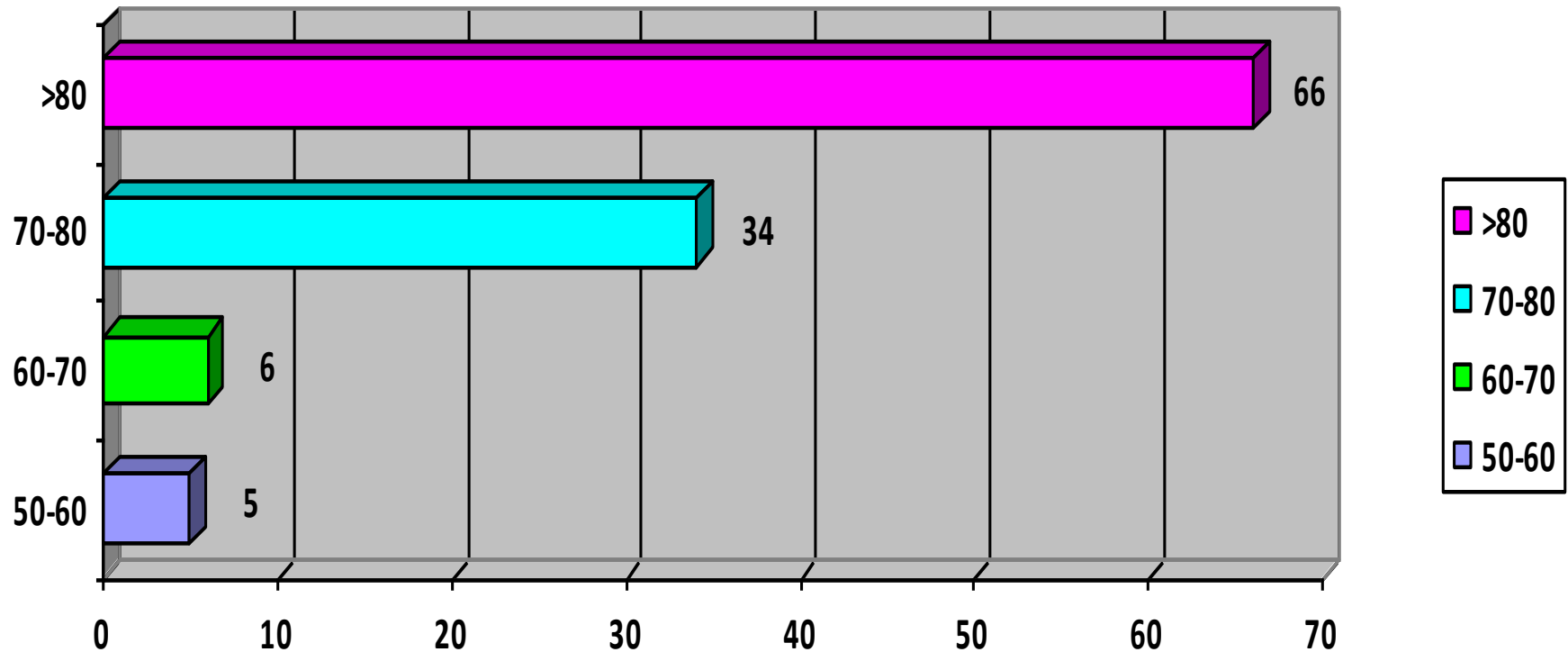
Progetto “MEGLIO A CASA”  
Periodo Luglio –Ottobre 2013

Pazienti Valutati



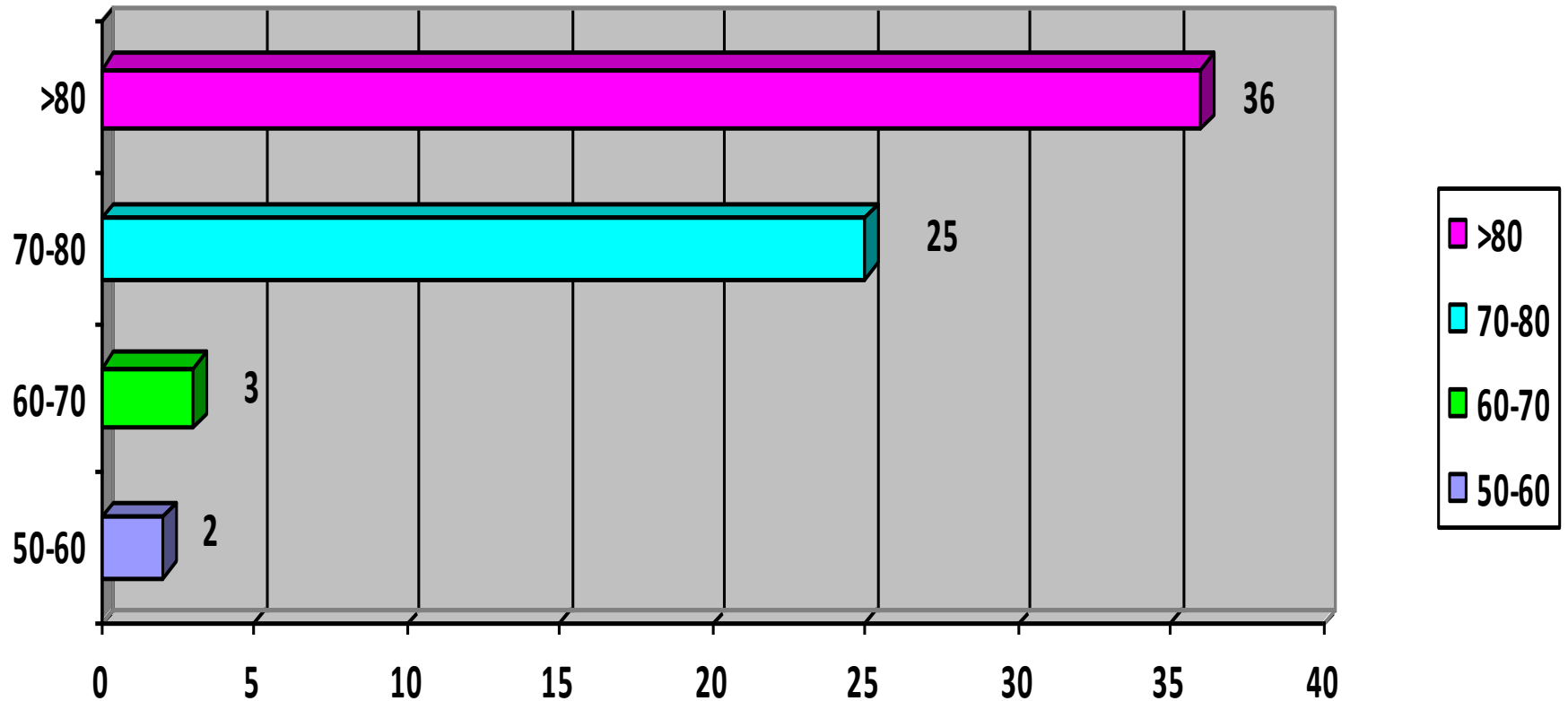
Progetto "MEGLIO A CASA"  
Periodo Luglio –Ottobre 2013

Classi di Età dei Valutati



Il 59,5% dei pazienti valutati ha oltre 80anni , il 30,6% tra i 70 e gli 80 anni mentre solo il 9,9% ha età inferiore ai 70 anni .

Classi di età dei casi attivati

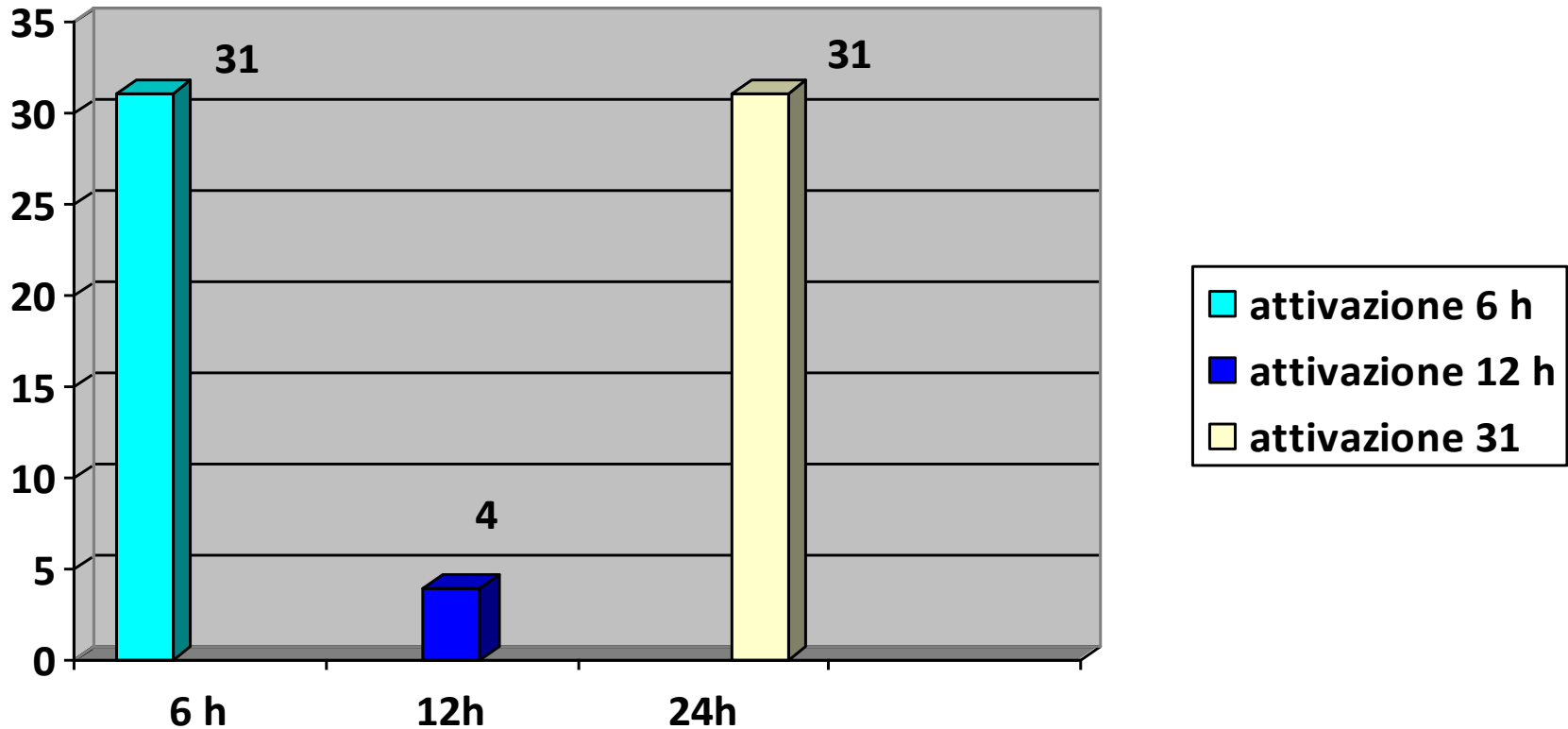


Dei pazienti rientrati al domicilio con l'attivazione del progetto il 53,8 % ha più di 80anni ed il 38,4% ha età compresa tra i 70 e gli 80 anni.

I re-ricoveri sui 66 pazienti rientrati al domicilio con attivazione del progetto sono stati **3** tutti dopo più di una settimana dal rientro al domicilio:

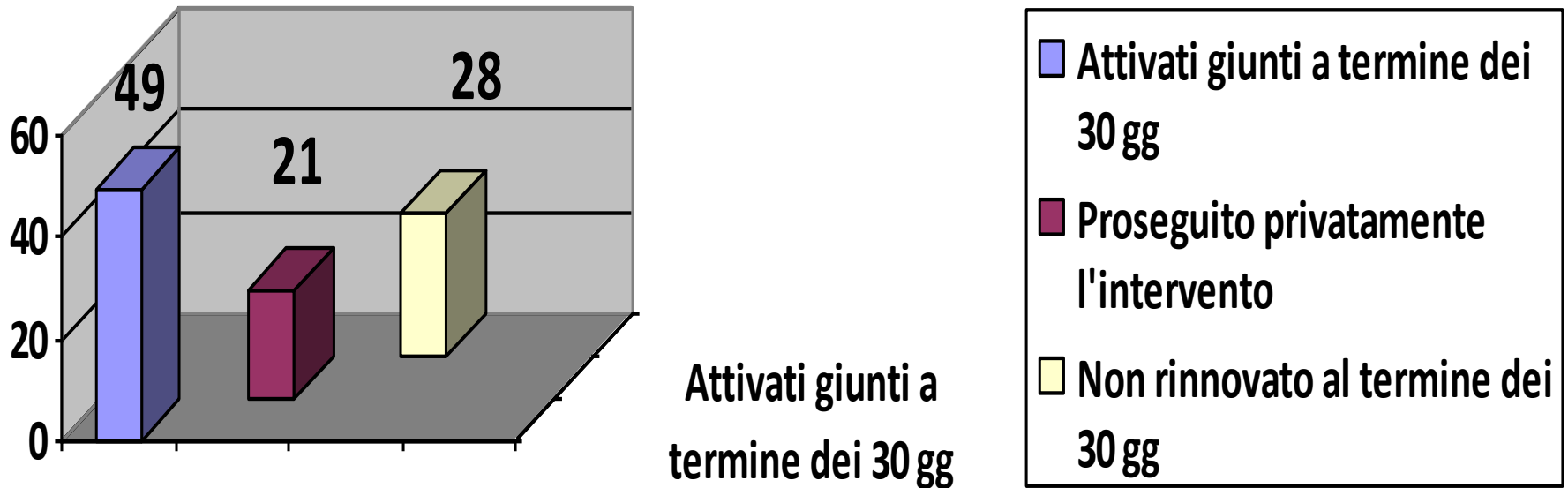
**4,5%**

### Tipologia del progetto



Il 46,9 % dei pazienti che sono rientrati al domicilio con attivazione del progetto hanno scelto la presenza dell'assistente familiare per 6 ore die oppure residente (24h).

### Esito dei progetti



Dei 49 Progetti attivati giunti al termine dei 30 gg previsti di intervento domiciliare dal progetto in 21 casi è proseguito l'intervento dell'assistente familiare con rinnovo privato del contratto da parte dell'assistito.

A photograph of a coastal town, likely Cinqueterre in Liguria, Italy, covered in a layer of snow. The town is built on a hillside, with colorful buildings (red, orange, yellow) and dark shutters. In the foreground, a paved area is covered in snow, with several small boats (likely fishing boats) parked along a waterfront. A few people are visible walking on the snow-covered ground. The sea is visible on the right side of the image. The text "Grazie per l'attenzione" is overlaid in the center of the image.

**Grazie per l'attenzione**