SESTA STAGIONE

APRILE 2022
ANNO XVI - N. 72
by APPALTI VERDI

BENI E SERVIZI PER RESIDENZE ASSISTENZIALI

IN PRIMO PIANO

Non autosufficienza: un patto per un nuovo welfare

PROTAGONISTI

Santagostino: un centro di presa in carico globale

SALUTE

I problemi intimi delle over 65

GESTIONE

Le misure di contenzione nelle RSA

PRODOTTI E SERVIZI

RSA in legno, spunti per una nuova edilizia green

Un nuovo modo (per l'Italia) di vivere la terza età

Poste Italiane Spa – Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 – DCB Milano

EXPOSANITA'
MED • CARE • INNOVATION
LA SINERGIA AL CENTRO

Progetto e direzione
BOS
Bolognafiere | Senaf
BOS srl
T. +39 051 325511

In collaborazione con
Bologna Fiere
e
Gruppo tecniche nuove

Il **13 Maggio** in contemporanea con
COSMOFARMA EXHIBITION
13 - 15 maggio 2022

www.exposanita.it • info@exposanita.it

Momento di svolta

I costi di gestione e del lavoro aumentano, l'inflazione è alta, le persone assistite si aggravano e quindi i bisogni crescono. Ma il personale specializzato scarseggia e le tariffe regionali del sistema regolatorio, con cui gli operatori del settore socio-sanitario lavorano, nella maggior parte dei casi sono ferme da più dieci anni. Nella gestione dei fondi e nell'attuazione delle riforme del PNRR i territori e il settore privato e non profit hanno poca voce. Sanità e Assistenza sembrano viaggiare su binari separati. Come verrà attuata nel concreto la riforma della non autosufficienza prevista dal PNRR? Quale ruolo avranno le RSA nella riorganizzazione territoriale della Sanità?

In questo contesto, le principali Associazioni di settore avvertono: il sociosanitario rischia il tracollo e non sarà più in grado, a breve, di garantire a la continuità assistenziale agli anziani e disabili ospiti delle strutture, che sempre più necessitano di cure complesse ed articolate e trattamenti dignitosi e qualificati. Per questo, a fine marzo, nella loro funzione di organizzazioni di rappresentanza e di attori interni al sistema dell'assistenza socio-sanitaria, hanno scritto un appello a Draghi, Speranza e Franco, chiedendo la costituzione urgentissima di un tavolo di lavoro, affinché vengano intraprese misure urgenti per scongiurare il collasso dell'intero settore.

Il prossimo maggio si terrà inoltre a Bologna la nuova edizione di Exposanità, la mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza. Sarà un'occasione per ANASTE, ANSDIPP, UNEBA, ARIS per creare un momento di dialogo e confronto sulle principali criticità del settore e provare a trovare insieme delle soluzioni concrete?

WashService
Lavanderia Industriale
Gruppo Servizi Italia

SEGUIAMO CON **CURA** OGNI VOSTRO **PRODOTTO**

LAVANOLO
Noleggio e trattamento di articoli tessili (come lenzuola e divise), che comprendono ritiro, lavaggio, ricondizionamento e consegna.

BIANCHERIA OSPITI
Lavaggio e riconsegna. Uno specifico sistema di tracciabilità permette di seguire il capo dell'ospite in ogni fase del processo.

TRACCIABILITÀ
Facile gestione e controllo costante della dotazione di ciascun ospite.

Il servizio di lavanderia per le R.S.A:
quando è il fattore umano a fare la differenza

Il ricorso a servizi professionali e integrati di lavaggio e noleggio della biancheria consente alle case di cura e residenze sanitarie di tutelare al meglio non solo la salute degli ospiti, ma anche degli operatori impegnati nella loro assistenza e cura.

035-528190
info@wash-service.it

WASH SERVICE S.r.l.
Via Italia 1/A - 24030 Valbrembo (BG)
www.washes.it

APPALTI VERDI
PRODOTTI E SERVIZI SOSTENIBILI

HANNO COLLABORATO:

Airalzh – alla Ricerca di un domani senza Alzheimer
Alzheimer Italia – La forza di non essere soli.
Gruppo San Donato
Confederazione Parkinson Italia – affrontiamolo insieme
SIti – Rerum Cognoscere Causas – Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Anno XVI - Numero 72 - Aprile 2022

Registrazione al Tribunale di Milano
n. 783 del 18 ottobre 2005

Gestione editoriale:
Tecnezia srl - Via M. Melloni 24 - 20129 Milano
tel. 02.39833960
redazione@sestastagione.it - commerciale@sestastagione.it
www.sestastagione.it

Direttore responsabile: Luigi Vacchelli

Comitato Tecnico:
Paolo Pipere - Simone Ricotta - Raffaele Tarchiani

Hanno collaborato:
Benedetta Bertani, Cecilia Ciotola, Luca Croci, Roberto De Filippis, Alessia Deleo, Francesca Pavesi, Letizia Rossi

Stampa: Ingraf - Milano

Questo numero è stato chiuso il 5 aprile 2022
Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46), art. 1, comma 1, DCB Milano - 45%

Il copyright delle immagini alle pagine:
Copertina, 4 in alto, 9, 11, 18, 20, 24 foto grande, 25, 26 foto grande, 27, 28 foto in basso, 29, 30, 31, 34, 35 in basso, 36, 37, 39, 41, 46 in alto, 48, 49 appartiene a: stock.adobe.com

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati in possesso - legge 675/96 - (Tutela Dati Personali) che sono utilizzati al solo scopo di inviare il periodico "Appalti Verdi", nonché la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione.

Lettere e articoli firmati impegnano tutta e sola la responsabilità degli autori.

sommario

IN PRIMO PIANO

La fotografia delle RSA italiane, tra criticità e casi di successo 4
Un bando per lo studio delle malattie neurodegenerative 6
Non autosufficienza: un patto per un nuovo welfare 8
Crisi e sofferenze nelsistema sociosanitario 10

PROTAGONISTI

"Senior Serviced Residence": un nuovo modo (per l'Italia) di vivere la terza età 12
Santagostino: un centro di presa in carico globale 16
Ospedali di Comunità: l'Aip dice la sua 18
Le SCU-B sono una soluzione per gestire le fasi critiche della demenza? 21

SALUTE

Disfagia, un problema che può avere conseguenze anche serie 24
I problemi intimi delle over 65 26
Farmaci: gli effetti indesiderati preferiscono le donne 28
Herpes Zoster, il punto sul nuovo vaccino 30

GESTIONE

UGO, il caregiver on demand 32
Club Rotary Milano Rho Fiera Centenario – Cairo Editore – RSA 35
Le misure di contenzione nelle RSA 36
Geriatra, il medico che cura l'anima 38
Le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) 40

PRODOTTI E SERVIZI

Anziani nelle RSA: l'importanza di una corretta alimentazione 42
Tag RFID e tracciabilità dei capi: tecnologia al servizio della persona 44
Investire nel fotovoltaico 46
RSA in legno, spunti per una nuova edilizia green 50
Climatizzazione: corretta manutenzione per un maggior benessere e risparmio energetico 52

NEWS 49

di Letizia Rossi

La fotografia delle RSA italiane, tra criticità e casi di successo

Carenza di personale e spinte verso l'innovazione sono tra i temi del quarto Rapporto sulla Long Term Care di Cergas Bocconi ed Essity

È stato presentato a Milano il **quarto Rapporto** sulla **Long Term Care** redatto da **Cergas Bocconi** ed **Essity** (a cura di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli) sullo stato dell'assistenza agli anziani in Italia.

Nella stesura del documento, per la parte che riguarda le RSA, sono state coinvolte strutture private di natura profit e non profit e le più grandi aziende di servizi alla persona (ASP o IPAB) delle regioni dove sono maggiormente diffuse le aziende pubbliche che si occupano di assistenza agli anziani, cioè Lombardia, Veneto, Emilia Romagna.

Quello che ne emerge è una fotografia del settore che presenta alcuni macro temi di rilievo, in particolare la carenza di figure professionali e casi di successo, che delineano prospettive di innovazione declinate in diversi ambiti.

Elisabetta Notarnicola, Associate Professore of Practice, Divisione Government, Helth e Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management, coordinatrice del Rapporto, spiega che nel documento non emergono differenze tra pubblico e privato, ma i temi sono trasversali. Più che evidente la carenza di figure centrali nella cura e nell'assistenza dell'anziano. La ricerca mostra che mancano all'appello il 26% degli infermieri, il 18% dei medici e il 13% degli OSS. Il 100% dei gestori di RSA partecipanti ha dichiarato di vivere una situazione critica nella gestione delle persone già impiegate a causa della carenza di personale a livello italiano (94%), della motivazione (56%) e dei casi di burn out (38%). «Tra le cause principali che abbiamo individuato – spiega Notarnicola – ci sono la carenza strutturale di offerta, cioè non ci sono abbastanza operatori nel mercato, i concorsi pubblici indetti per l'assunzione di personale assistenziale, la scarsa attrattività dei servizi sociosanitari rispetto alla filiera sanitaria. E ancora, l'incapacità dei provider del settore di esprimere una domanda appropriata e l'inadeguatezza dei contratto proposti per tutele e retribuzione rispetto alle aspettative dei lavoratori».

Il rapporto, che in apertura illustra l'evoluzione della popolazione over 65 in Italia, mette in luce anche alcune specificità dell'ambito RSA, utili a leggere la cronica carenza di personale (i dati OCSE citati dicono che il dato medio italiano è di 2 operatori ogni 100 over65, contro i 5 della media dell'area OCSE) che si è ulteriormente acuita negli ultimi due anni. Ci sono per esempio la multiprofessionalità dell'assistenza, l'esternalizzazione dei servizi o la percezione, da parte degli operatori, del settore come "di transito", rispetto ad altri più apprezzati. Il lavoro indica però anche alcune piste di lavoro alla ricerca di soluzioni per far fronte al problema, a partire dall'aumento del numero di operatori, realizzabile attraverso un miglioramento dei percorsi di formazione, delle modalità di recruitment e delle leve contrattuali e retributivi, una modifica del mix di figure professionali e una conseguente rimodulazione dei servizi.

Elisabetta Notarnicola.

Rispetto agli anni precedenti come è cambiata la fotografia delle RSA? «I trend di cambiamento sono lenti – spiega Notarnicola – Confermiamo però due tendenze: continuano a essere numerose le fusioni e acquisizioni da parte di gruppi. Quindi continua la tendenza all'accorpamento e all'aggregazione che lentamente sta portando le strutture più piccole e con risultati economici non buoni a essere assorbite da strutture più grandi. Forse possiamo dire che abbiamo rispetto al passato una maggior diffusione della tecnologia, sulla scia di Covid-19 e di un generale trend di digitalizzazione del mondo dei servizi».

A questo proposito, il Rapporto sulla Long Term Care raccoglie e analizza anche 24 casi di successo di "cantieri aperti" di innovazione: rafforzare l'organizzazione; nuovi modelli di servizio; tecnologia nella cura; target Alzheimer e demenze. «La tecnologia – sottolinea Elisabetta Notarnicola – non deve essere vista come l'innovazione da ricercare ma come uno strumento per cambiare. In questo sento può impattare su diversi ambiti: organizzativi e amministrativi, di relazione con l'utenza, di impatto sulle attività cliniche assistenziali, di miglioramento del lavoro del personale, di relazione con le famiglie. Per ognuno di questi ambiti nel rapporto ci sono diversi esempi». ■

"Più che evidente la carenza di figure centrali nella cura e nell'assistenza dell'anziano. La ricerca mostra che mancano all'appello il 26% degli infermieri, il 18% dei medici e il 13% degli OSS. Il 100% dei gestori di RSA partecipanti ha dichiarato di vivere una situazione critica nella gestione delle persone già impiegate a causa della carenza di personale..."

di Cecilia Ciotola

Un bando per lo studio delle malattie neurodegenerative

Destinatari sono i ricercatori a metà carriera che concentrano i loro sforzi su queste patologie

"La ricerca è cruciale per lo sviluppo di nuove conoscenze in grado di migliorare la qualità della vita del genere umano"
Alessandra Mocali, presidente di Airalzh

Una borsa da 100mila dollari all'anno per due anni. A tanto ammonta il finanziamento previsto dal bando promosso da **Airalzh** (Associazione Italiana Ricerca Alzheimer) e dalla **Fondazione Armenise-Harvard** di Boston (Usa) rivolto ai ricercatori a metà carriera che studiano le malattie neurodegenerative in Italia. Attivo dal 1° marzo, il bando, che **si chiuderà il 31 maggio**, è accessibile esclusivamente agli scienziati a capo di un laboratorio indipendente, in Italia, da almeno cinque anni ma da non più di dodici.

UN VUOTO DA COLMARE

Nel percorso professionale dei ricercatori c'è un momento di enorme vuoto nella possibilità di accesso a finanziamenti indispensabili a consolidare le attività e le scoperte realizzate nei propri laboratori: la fase di metà carriera. Proprio tale vuoto spesso si rivela un freno che può portare anche all'interruzione di promettenti crescite professionali. Ciò vale in qualsiasi parte del mondo: in Italia, in Europa e negli Stati Uniti gli scienziati condividono infatti lo stesso destino, sperimentando sulla propria pelle un vuoto nel sistema di finanziamento nella fase intermedia della loro carriera. Siccome però **la ricerca di qualità richiede tempi lunghi**, tale vuoto va colmato. Per questo motivo, dopo aver erogato – a partire dal 2016 – oltre ottanta assegni di ricerca e tredici Grants a giovani ricercatori impegnati nello studio della malattia di Alzheimer e delle altre forme di demenza, Airalzh ha deciso di sostenere anche il lavoro degli scienziati che si trovano nella fase successiva della carriera, ossia quella intermedia. Per farlo, ha unito le forze con la Fondazione Giovanni Armenise Harvard. Già nel 2020 questa fondazione aveva lanciato un programma pilota dedicato proprio a tale momento cruciale della vita professionale dei ricercatori. Insieme ad Airalzh, adesso, lancia questo nuovo bando, consultabile al link https://armeniseharvard.org/apply/armenise-harvard-airalzh-mid-career-awardhow-to-apply/.

ALLEANZA STRATEGICA

"La ricerca di base è cruciale per lo sviluppo di nuove conoscenze in grado di migliorare la qualità della vita del genere umano. La nostra associazione è relativamente giovane (spegnerà dieci candeline nel 2024, *ndr*), ma in questi anni ha già sostenuto, attraverso l'erogazione di ottantadue assegni di ricerca e tredici Grants, una rete nazionale di giovani ricercatori attivi in più di trenta università e centri di ricerca d'eccellenza dislocati in quindici regioni italiane. **Riteniamo altrettanto importante**, però, **concedere ai ricercatori il tempo di crescere professionalmente**, arrivando così al raggiungimento di risultati tangibili. Ed è per questa ragione che abbiamo accolto con entusiasmo la proposta della Fondazione Armenise Harvard, intervenendo nella fase intermedia della carriera degli scienziati", ha affermato la professoressa Alessandra Mocali, presidente di Airalzh. "L'esperienza di oltre vent'anni della Fondazione Armenise Harvard è emblematica. Con il programma Career Development Award abbiamo sostenuto, a oggi, le ricerche in Italia di ventinove giovani scienziati che, a loro volta, hanno raccolto fondi per oltre ottanta milioni di euro, pubblicando più di settecento peer-reviewed paper con un H-index medio di 24,6 e più di 3.800 citazioni medie. Nonostante ciò, però, anche i nostri ricercatori soffrono di questa situazione inaccettabile. Una mancanza strutturale che spesso mette a rischio carriere avviate, compromettendo la possibilità di portare a fruizione gli investimenti fatti in fase di avvio di un laboratorio e, soprattutto, **rischia di vanificare il raggiungimento delle scoperte scientifiche**", sottolinea Elisabetta Vitali, direttore dei programmi italiani alla Fondazione Armenise Harvard. ■

"Con il programma Career Development Award abbiamo sostenuto, a oggi, le ricerche in Italia di ventinove giovani scienziati"
Elisabetta Vitali, direttore dei programmi italiani alla Fondazione Armenise Harvard

UN "PONTE" CON GLI STATI UNITI

La Fondazione Giovanni Armenise Harvard nasce con l'obiettivo di sostenere la ricerca di base in campo biomedico. Aiuta i giovani scienziati che lavorano all'estero a stabilire il loro laboratorio in Italia e sostiene diversi programmi di ricerca alla Harvard Medical School di Boston (Stati Uniti). Ha investito più di settanta milioni di dollari ad Harvard e trentuno milioni di dollari nella scienza italiana, creando molti programmi di ricerca e favorendo la collaborazione tra i due continenti. I campi di studio coperti spaziano dalle neuroscienze alla biologia vegetale, dalla biochimica all'immunologia, biologia del cancro, proteomica e genetica, biologia sintetica e cellule staminali.

APPENA USCITO IL BANDO AGYR 2022 PER I GIOVANI RICERCATORI

Airalzh (Associazione Italiana Ricerca Alzheimer) è la sola associazione che nel nostro Paese promuove su scala nazionale la ricerca medico scientifica sulla malattia di Alzheimer e sugli altri tipi di demenza. Costituita nel 2014 da clinici e ricercatori universitari, impegnati da anni nello studio e nella cura della malattia, e da manager aziendali, ha investito, dal 2016, grazie al sostegno di grandi e piccoli donatori, due milioni di euro in assegni di ricerca. Sono stati coinvolti 33 giovani ricercatori, che hanno ottenuto oltre 250 pubblicazioni su riviste internazionali. Dal 2020, a cadenza annuale, viene pubblicato il Bando AGYR (Airalzh Grants for Young Researchers), con un investimento annuale di trecentomila euro. A oggi sono tredici i progetti selezionati, con un investimento di seicentomila euro. Il bando AGYR 2022 è uscito da poco.

I NUMERI

100mila dollari	l'importo annuale del bando per i ricercatori mid-career
300mila euro	l'importo annuale del bando AGYR

di Roberto De Filippis

Non autosufficienza: un patto per un nuovo welfare

Numerose organizzazioni hanno messo nero su bianco le loro proposte per una riforma ambiziosa e attesa ormai da più di vent'anni

Dottor Antonino Trimarchi, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, membro del Direttivo di Parkinson Italia, nonché responsabile del Centro Studi Card (Confederazione Associazioni Regionali Distretti) Italia, area Integrazione

"Le Case della Comunità contengono e concorrono a costituire la Centrale Operativa Territoriale, con fuzioni non solo sanitarie ma anche sociali, di Garanzia della Salute per Tutti, favorendo e realizzando l'integrazione tra le diverse competenze e professionalità"

Il "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza", che riunisce circa cinquanta organizzazioni, tra cui Confederazione Parkinson Italia, Sigot (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio), Sigg (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), AGeSPI (Associazioni Gestori Servizi Sociosanitari e Cure Post Intensive) e Uneba (Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale), ha elaborato un'articolata proposta finalizzata ad arricchire il Disegno di legge Delega a cui sta lavorando il Governo in vista della riforma sulla non autosufficienza.

UN SISTEMA D'ASSISTENZA DEDICATO

Il "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" propone un Sistema Nazionale di Assistenza articolato in cinque punti fondamentali:
- arrivare a una riforma ambiziosa;
- superare la frammentazione delle misure e dei servizi;
- fornire risposte diverse ai differenti bisogni;
- puntare a percorsi di assistenza semplici e unitari;
- conseguire la tutela pubblica della non autosufficienza.

Il fulcro della proposta del Patto è l'istituzione di un Sistema Nazionale di Assistenza agli anziani non autosufficienti (Sna) che definisca un percorso unico e chiaro e **integri le prestazioni sanitarie e quelle sociali** a favore dei quasi quattro milioni di anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. Perché ciò si realizzi, è fondamentale uno stretto coordinamento fra lo Stato, le Regioni e i Comuni.

Le condizioni della non autosufficienza sono piuttosto sfaccettate, per gravità e per tipologia, e per di più si modificano nel tempo. Per affrontarle con efficacia non sono sufficienti singole misure, ma vi è la necessità di costruire una **filiera di risposte**. Le organizzazioni del Patto individuano questa filiera in un insieme di interventi differenziati e complementari fra loro: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e alle assistenti familiari.

MEGLIO AL DOMICILIO

Al tempo stesso, la riforma mira a promuovere la permanenza degli anziani al proprio domicilio, assicurando loro e alle famiglie le prestazioni sociali e sanitarie di cui hanno bisogno in un'ottica integrata, riconoscendo la funzione di cura del caregiver familiare e tutelandone il benessere psico-sociale. La domiciliarità è promossa anche attraverso la diffusione, sull'intero territorio nazionale, delle cosiddette Soluzioni Abitative di Servizio, previste anche dal Pnrr, cioè civili abitazioni (individuali, in coabitazione, condominiali o collettive), che garantiscano agli anziani sicurezza e qualità della vita, integrando servizi di supporto alla socialità e alla vita quotidiana, servizi alla persona, ausili tecnologici e tecnologie di assistenza. Per quel che concerne le **Rsa**, la proposta del Patto consiste in misure che ne riformino organizzazione e operatività, affinché **assicurino qualità e appropriatezza delle cure e qualità di vita agli anziani** che vi risiedono.

Nella proposta del Patto ricopre un ruolo centrale la presa in carico dell'anziano non autosufficiente. Il Pua (Punto Unico di Accesso) situato nella **Casa della Comunità**, dovrebbe rappresentare il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione per **fornire informazioni, orientamento e supporto amministrativo**. Gli anziani e le loro famiglie dovrebbero rivolgersi direttamente all'équipe responsabile della Vnb (Valutazione Nazionale di Base) oppure giungerci proprio attraverso il Pua, che li accompagna in questo passaggio.

Ma come dovrebbero essere organizzate le Case della Comunità? "Queste strutture, in cui dovrebbero trovar posto medici, infermieri, personale amministrativo e dei servizi sociali, dovrebbero costituire il faro territoriale della Salute di Comunità, il simbolo logistico dell'accesso all'assistenza territoriale. Al loro interno dovrebbe essere presente anche la Cot (Centrale Operativa Territoriale), il numero 'advocacy' della salute territoriale. In sintesi, le Case della Salute non dovrebbero essere solo muri, ma punti di collegamento con gli ambulatori dei medici di base, con gli infermieri, con la riabilitazione e con le associazioni del territorio", afferma il dottor Antonino Trimarchi, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, membro del Direttivo di Parkinson Italia, nonché responsabile del Centro Studi Card (Confederazione Associazioni Regionali Distretti) Italia, area Integrazione. ■

I NUMERI

3,8 milioni	gli anziani non autosufficienti in Italia
46	le organizzazioni del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza"

UN SOSTEGNO ANCHE ECONOMICO

La proposta del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" prevede anche l'introduzione di una "prestazione universale per la non autosufficienza". Si tratta di un contributo economico che assorbirebbe l'indennità di accompagnamento e al quale sarebbe possibile accedere esclusivamente in base al bisogno di cura. "La logica consiste nel sostenere le famiglie anche sotto l'aspetto economico, differenziando però l'importo a seconda del fabbisogno assistenziale. Attualmente, in Italia il contributo economico per gli anziani non autosufficienti è uguale per tutti e consiste in 520 euro mensili. In Germania, invece, chi ha bisogno di maggiore assistenza può arrivare fino a 901 euro al mese", sottolineano le organizzazioni del Patto.

Un obiettivo della riforma proposta dal Patto è di superare la frammentazione delle misure e dei servizi e di renderli esigibili

LAVORO DI RETE

Gli Ospedali di Comunità dovrebbero costituire non solo una tappa intermedia per i pazienti dopo le dimissioni dall'Ospedale per acuti, ma anche nel percorso inverso, quello che da casa porta eventualmente all'Ospedale per acuti, costituendo una sorta di rinforzo delle cure domiciliari. "Se così non fosse, non si rivelerebbero altro che lo 'spostamento' delle lungodegenze al di fuori degli Ospedali per acuti.
È fondamentale che le regole di accesso agli Ospedali di Comunità siano ben definite: a gestirle devono essere i distretti, non gli Ospedali per acuti", afferma il dottor Trimarchi.
È poi auspicabile che Rsa, Assistenza Domiciliare Integrata e Ospedale di Comunità lavorino in rete. "Dovrebbero rappresentare i vertici di un triangolo virtuoso a tutela delle persone con bisogni complessi, fragili e non autosufficienti. In particolare, le Rsa dovrebbero essere luoghi di riabilitazione delle capacità residue e in cui fornire cure appropriate fino alle palliative, facendo tutto quello che c'è da fare anche quando non c'è più nulla da fare", conclude il dottor Trimarchi.

di Luca Croci

Crisi e sofferenze nel sistema sociosanitario

La pandemia di Covid-19 non ha che stressato, anticipando gli scenari futuri, le criticità di un sistema, quello dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, già fortemente affaticato e governato da una complessità diffusa. Sono chiare le difficoltà di ripensare, in tempi brevi, una riorganizzazione complessiva dell'intero sistema ma è urgente fin da subito affrontare alcuni nodi operativi che quotidianamente concorrono ad affaticare le RSA. Tre le priorità individuate che richiederebbero fin da subito l'attenzione del programmatore regionale e nazionale.

Prima fra tutte gli **standard di personale**. I dati raccolti sia dalle associazioni rappresentative degli enti erogatori sia da Regione Lombardia confermano che lo standard predefinito negli anni '90 in 901 minuti di assistenza settimanale per ospite non è più rispondente alle necessita di un bisogno in costante evoluzione che necessita di una rivisitazione complessiva della rete dei servizi. È emerso che il 60,73% degli ospiti necessiterebbe di uno standard assistenziale pari a 1.412 minuti/settimana mentre il 20,83% di 950 minuti a fronte di una media garantita dalle RSA di 1.096 e di una richiesta regionale di 901 minuti settimanali. Se davvero si vuole mettere mano al sistema RSA il primo intervento da mettere in agenda è la revisione del minutaggio, pena l'impossibilità di farsi carico di una complessità dell'utenza sempre maggiore, unitamente ad una richiesta di qualità che quotidianamente le famiglie legittimamente pretendono a fronte del pagamento della retta.

La correzione degli standard del personale richiama con forza la necessità di **rivedere il sistema di remunerazione sanitaria**. Agli inizi del 2000 la remunerazione regionale prevedeva, per ogni giornata di presenza, il contributo forfettario di 39,30 €. Oggi, a fronte di un aumento dei bisogni della persona anziana fragile, con l'introduzione del sistema SOSIA e con una dilatazione esasperata degli oneri organizzativi e burocratici a tutti i livelli, la media della remunerazione si aggira mediamente sui 40 € al giorno. Da questo dato dipendono le sempre maggiori difficoltà dei gestori a coniugare qualità delle cure e sostenibilità economica che comportano: la progressiva riduzione degli standard di personale impegnato a "curare" gli anziani; l'impossibilità a garantire agli operatori stipendi adeguati (con conseguenti fughe verso le strutture sanitarie pubbliche).

In terzo luogo, si chiede di porre attenzione al tema degli **accreditamenti sociosanitari** e, in generale, di alleggerire gli obblighi burocratici in capo agli enti gestori.

Sono numerose e non poco marginali le situazioni in cui le scelte del legislatore regionale in materia di accreditamento hanno direttamente contribuito ad incrementare i costi operativi delle RSA, senza che vi fosse una ricaduta diretta sul livello qualitativo dei servizi offerti agli utenti finali. Si pensi all'effetto generato sull'intero sistema ad opera della DGR 1765 del 30 maggio 2014 e della DGR 2569 del 31 ottobre 2014. Entrambi i provvedimenti hanno generato un enorme appesantimento del già, non trascurabile, insieme di obblighi burocratico-adempimentali che il sistema regionale prevede a carico degli enti gestori.

Le RSA, sempre più spesso, si sono trasformate in centri di servizi polifunzionali in grado di esprimere notevoli capacità di assistenza e cura, anche di tipo specialistico (Alzheimer, stati vegetativi, hospice, cure intermedie, assistenza post acuti, etc.). Tuttavia, il sistema regionale sconta rigidità anacronistiche che si traducono in molteplici vincoli ai percorsi di differenziazione e diversificazione del sistema di offerta.

Oltre alle priorità fin qui esposte, vi sono alcune criticità operative che quotidianamente concorrono a rallentare il processo di gestione delle RSA. Per citarne alcune: i mancati pagamenti delle rette per degenti Alzheimer, la configurazione catastale delle RSA, le contestazioni da parte dell'Ispettorato del Lavoro circa l'assunzione di personale

CRITICITÀ OPERATIVE

Oltre alle priorità fin qui esposte, vi sono alcune criticità operative che quotidianamente concorrono a rallentare il processo di gestione delle RSA. Per citarne alcune: i mancati pagamenti delle rette per degenti Alzheimer, la configurazione catastale delle RSA, le contestazioni da parte dell'Ispettorato del Lavoro circa l'assunzione di personale.

Del resto è evidente che con l'aumento dell'aspettativa di vita e il progressivo invecchiamento della popolazione (si stimano quasi venti milioni di italiani over 65 nel 2030), si rende urgente la necessità di lavorare ad una profonda riforma dell'attuale modello di assistenza che prenda le mosse da un confronto costruttivo e dialettico capace di chiamare a raccolta tutti gli stakeholder del settore per programmare il futuro delle RSA e degli annessi servizi complementari, con un respiro di medio-lungo termine.

È indubbio che i driver che dovrebbero guidare questo processo sono la sburocratizzazione, la flessibilità e l'attenzione alla qualità di vita degli ospiti, ponderando con assoluta attenzione le conseguenti ricadute economiche, organizzative e gestionali che discendono in via diretta dal modello adottato. Il tema dell'assistenza agli anziani deve essere percepito nei tavoli regionali e di governo come bene comune da valorizzare attraverso la messa in campo di risorse di capitale sociale, culturale, relazionale presenti nel territorio. Elementi, che tra gli altri, contribuirebbero a concorrere alla sostenibilità economica e di gestione di una RSA, oltre a produrre una qualità di offerta di servizi integrati. ■

UNA PROPOSTA CONCRETA:
RSA COME RETI DI SECONDO LIVELLO PER DECONGESTIONARE I POSTI LETTO OSPEDALIERI

L'esperienza vissuta con l'emergenza causata del Coronavirus ce lo ha confermato: gli Ospedali diventeranno strutture tecnologicamente avanzate, specializzate e dedicate alle emergenze, alle cure primarie e alla fase acuta della malattia, avvalendosi a valle del supporto di un sistema di strutture sociosanitarie di secondo livello e diffuse sul territorio, quali le RSA. Queste ultime, adeguatamente strutturate e organizzate anche a livello sanitario, hanno la missione di sistematicamente decongestionare i posti letto ospedalieri, ospitando e prendendosi cura dei pazienti nelle fasi post-acute e di lunga degenza. Pertanto, le RSA del prossimo futuro diventeranno ulteriormente presidi territoriali indispensabili e ben integrati nel sistema sanitario, che si interfacceranno in modo sistematico e strutturale sia con gli Ospedali che con la medicina e assistenza sociosanitaria del territorio, presidiando e soddisfacendo strutturalmente a un bisogno di cure di riabilitazione post acuta, di assistenza e di mantenimento ad ampio spettro. Quando l'anziano, avendo superato la fase patologica acuta, verrà dimesso dall'Ospedale, potrà quindi fare affidamento su una rete territoriale di RSA capace di gestire adeguatamente e professionalmente una fase di presa in carico sociosanitaria, dotati di nuclei protetti in grado di offrire un'assistenza di elevato livello, in alcuni casi anche con una valenza quasi di tipo sanitario. Pertanto le RSA dovranno innovarsi e strutturarsi maggiormente con alcuni nuclei protetti a valenza sanitaria, incrementando la loro capacità professionale medico-sanitaria, dotandosi di tutti quegli strumenti e apparecchiature medicali volte ad agevolare il lavoro degli operatori, quali attrezzature diagnostiche, impianti di erogazione di gas medicali e sollevatori a muro, nonché di dispostivi tecnologici e telematici di monitoraggio e diagnosi di ultima generazione, per migliorare la qualità dell'assistenza prestata ai propri ospiti e pazienti.

di Francesca Pavesi

"Senior Serviced Residence": un nuovo modo (per l'Italia) di vivere la terza età

Domitys Quarto Verde è una soluzione abitativa unica nel suo genere, completamente diversa da una RSA: un condominio di nuova concezione, pensato per rispondere alle esigenze dei senior autosufficienti che vogliono godersi la pensione in piena libertà, con la garanzia di una vita sociale attiva e senza il rischio della solitudine

La dottoressa Orietta Coppi, Direttrice di Quarto Verde.

Appartamenti completamente attrezzati, di varie dimensioni e dotati di ogni comfort, ampi spazi comuni – reception, bar, piscina, palestra, ristorante, beauty center, sala riunioni, giardino – per rilassarsi e socializzare, servizi aggiuntivi come lavanderia e pulizie per liberarsi dalle faccende quotidiane e un ricco calendario di eventi e attività culturali, ricreative e sportive all'interno e sul territorio per mantenersi attivi fisicamente e intellettualmente. Il tutto, in totale libertà e sicurezza. È questo, in sintesi, Quarto Verde, il primo progetto che la società francese Domitys, sbarcata in Italia nel 2019, ha concretizzato nella città di Bergamo e di cui ci parla la sua Direttrice, **dottoressa Orietta Coppi**.

"Il nostro è un progetto diverso, molto diffuso in Francia e nei paesi anglosassoni, ma ancora nuovo per l'Italia, dedicato a persone over 65 in pensione ma ancora attive e autosufficienti che vogliono mantenere una vita indipendente ma in sicurezza. Il nostro motto è ***liberi di scegliere***: chi viene da noi ha, infatti, la libertà di vivere la propria vita, ma con la consapevolezza di essere in un ambiente sicuro, protetto e con la garanzia di una vita sociale attiva".

I requisiti per vivere a Quarto Verde sono **l'essere in pensione e l'essere autosufficienti** o con lievi fragilità ma ancora lucidi da un punto di vista cognitivo, perché la struttura **non** è assolutamente **medicalizzata**.

"In realtà non ci siamo inventati nulla di nuovo: questo concetto di residenzialità è nato in America e si è poi diffuso già da diversi anni anche in Europa. Oggi lo abbiamo portato anche in Italia, perché siamo convinti l'Italia rappresenti un potenziale di sviluppo significativo essendo uno dei Paesi europei che sta invecchiando più velocemente: basti pensare nel 2050 la percentuale di persone con più di 75 anni arriverà al 21%. Sicuramente da noi serve un cambio di mentalità perché gli italiani sono ancora molto legati alla propria casa di origine e quando non ce la si fa più l'alternativa diventa la RSA. Noi vogliamo invece dare una risposta a chi, una volta in pensione, dopo essersi preso cura dei figli e dei genitori, vuole pensare un po' a sé stesso, liberandosi dalle incombenze quotidiane, da case di famiglia diventate troppo grandi, faticose, isolate, e godersi una vita attiva ma protetta".

PAROLA D'ORDINE: LIBERTÀ (IN SICUREZZA)

Quarto Verde è a tutti gli effetti un condominio di nuova generazione, con 124 appartamenti che spaziano dai monolocali ai bilocali ai trilocali e che è possibile arredare con il mobilio proposto da Domitys o con il proprio. Al piano terra ci sono più di 800 mq di aree comuni con una serie di servizi stile hotel: reception, bar, palestra, ristorante aperto anche al pubblico, parcheggio per chi ha la macchina, posto biciclette... Le persone sottoscrivono un vero e proprio **contratto di locazione** quattro più quattro, trasferiscono qui la residenza e il domicilio, la voltura della corrente, la TARI, pagano le spese condominiali, possono ospitare figli, amici, parenti, animali domestici, uscire senza dover avvisare nessuno, stare fuori la notte, invitare al ristorante la famiglia. Sono poi disponibili diversi servizi su misura, acquistabili sottoscrivendo pacchetti mensili o "alla carta" in base alle necessità, così come sono assolutamente libere le attività ricreative. **Tutto è a disposizione ma nulla è imposto.** La

DOMITYS QUARTO VERDE IN NUMERI

6.000 mq	superficie complessiva
800 mq	spazi comuni
124	appartamenti
27	appartamenti arredati per le locazioni brevi, di prova o per soggiorni temporanei ad esempio d'estate

Nato nel 1998, Domitys oggi conta in Francia, Belgio, Italia e Mauritius 190 residenze aperte e in costruzione con 22.500 unità abitative. L'obiettivo è di arrivare a 240 residenze nel 2025.

Le soluzioni abitative di Domitys raccontano quindi un'alternativa tra la completa autonomia delle residenze private e l'assistenza continua delle residenze sanitarie assistenziali, iniziando a coprire uno spazio del mercato italiano rimasto sinora inoccupato e dal grande potenziale - basti pensare che in Europa gli investimenti nel settore del Senior Housing hanno superato i 4 miliardi di euro, di cui nemmeno il 2% in Italia (Nomisma, 2017)"

sicurezza è garantita da un presidio 24 ore su 24 di personale non medico ma comunque formato sul primo soccorso in caso di necessità e da un servizio di ricevimento dalle 8 alle 20; per le persone più fragili o per chi lo desidera c'è anche la possibilità di avere in dotazione braccialetto di allarme che permette di essere localizzati in caso di caduta o di bisogno. Tutto il personale, inoltre, dalle pulizie alla ristorazione, è interno e dipendente di Domitys: una scelta voluta per creare un clima di fiducia, confidenza e tranquillità tra le persone.

UNO SCAMBIO PROFICUO CON IL TERRITORIO

Con l'idea che mantenere attivi corpo e mente significhi prolungare la vita delle persone – i dati dei colleghi francesi dicono che la permanenza di un anziano in una casa di riposo è di un anno e mezzo, in Domitys di dieci – la filosofia dell'azienda punta molto sulle attività ricreative e sociali, sia all'interno della residenza che all'esterno, sul territorio.

"Abbiamo un'animatrice dedicata che tutti i giorni organizza negli spazi comuni attività sportive, ludiche e culturali finalizzate a far socializzare le persone; e poi ci sono tutte le iniziative all'esterno, dal teatro al cinema, dai musei milanesi alle terme di Sirmione. Abbiamo costituito un Gruppo di Cammino, in collaborazione con ATS Bergamo e due Quartieri della città, aperto a tutti e che tutti i giovedì organizza una passeggiata di un paio d'ore con l'obiettivo di tenere allenati corpo e mente, incoraggiando, allo stesso tempo, la socialità. Collaboriamo con le scuole e l'Associazione benefica Amici della Pediatria per delle attività con i bambini, perché anche lo scambio generazionale ha una valenza molto importante, e poi portiamo il territorio all'interno della residenza, organizzando regolarmente mostre di arte, fotografia, festival cinematografici, giornate dedicate allo sport aperte a tutti. E nel contesto delle relazioni che abbiamo instaurato con il territorio, rientra anche un filo diretto con le RSA della zona, con le quali abbiamo un canale preferenziale da utilizzare nel momento in cui dovessero insorgere nuove esigenze a cui rispondere con soluzioni diverse".

IL FUTURO

È prevista per il primo semestre del 2024 l'apertura di una nuova struttura a Milano, e altri progetti sono in cantiere a Perugia e Brescia.

"Tutte le residenze Domitys devono rispondere ad alcuni criteri stabiliti, tra cui avere non meno di 110 e non più di 140 appartamenti e almeno 800/900 mq di aree comuni. Quindi in base al terreno a disposizione e al regolamento del Comune potremo avere costruzioni differenti, dai condomini che si sviluppano in altezza a residenze orizzontali composte da singole case, una sorta di bungalow stile villaggio vacanze, raggruppate intorno a una club house. La società si sta espandendo molto anche all'estero, dalle isole Mauritius al Portogallo, Spagna e Germania perché il senior housing è davvero il futuro". ■

di Benedetta Bertani

Santagostino: un centro di presa in carico globale

Non solo una semplice rete di poliambulatori, ma un vero e proprio polo della salute a 360 gradi, presente con oltre 30 sedi in Lombardia, Emilia Romagna e Lazio, con un'offerta di servizi di alta qualità, accessibili e diffusi

Non solo qualità medica di alto livello, quindi, garantita da professionisti, procedure cliniche rigorose e strumenti diagnostici di ultima generazione, ma anche tempi di attesa brevi per ottenere l'appuntamento, e un rapporto medico paziente basato sull'ascolto e su una relazione di fiducia

Fondato nel 2009, il Centro Medico Santagostino (oggi **Santagostin**o) nasce per rispondere a un bisogno crescente di una larga parte di popolazione: una medicina specialistica di alto livello, economicamente accessibile, che copra anche le aree scoperte dal SSN – come per esempio l'odontoiatria, la psicoterapia, la logopedia – dove l'offerta è quasi esclusivamente privata e ha prezzi mediamente alti. Non solo. L'obiettivo, altrettanto importante, è rispondere anche ai bisogni relazionali della persona, favorendo l'instaurarsi di un buon rapporto medico-paziente fondato sull'ascolto e sulla fiducia.

CURA, TRASPARENZA, ACCESSIBILITÀ, INNOVAZIONE

Sono i 4 cardini su cui si basa tutta l'attività del Santagostino che, fin dalla sua nascita, ha avuto come mission quella di prendersi in carico i bisogni di salute di tutti, offrendo servizi di alta qualità, accessibili e diffusi, nel rispetto dei tempi dei suoi utenti. "Come recita il nostro payoff *La tua salute*, vogliamo esaltare la sfera del benessere psico-fisico caratterizzato dall'assenza di malattia, anziché gli aspetti burocratici e di sistema, a volte farraginosi, lenti, inefficaci, con un occhio di riguardo alla personalizzazione della salute stessa, attraverso la definizione di percorsi di cura specifici, questionari personalizzati, piani terapeutici meno farmacologici e più comportamentali, alla ricerca di una presa in carico globale "sartoriale", cucita su ogni paziente" ci spiegano dall'azienda. Non solo qualità medica di alto livello, quindi, garantita da professionisti, procedure cliniche rigorose e strumenti diagnostici di ultima generazione, ma anche tempi di attesa brevi per ottenere l'appuntamento, e un rapporto medico paziente basato sull'ascolto e su una relazione di fiducia.

L'utilizzo di piccoli e grandi tecnologie, come il servizio di prenotazione e pagamento online, il fast check-in, l'sms che ricorda l'appuntamento con il medico, l'utilizzo di una cartella clinica elettronica utilizzata da tutta l'équipe per una presa in carico integrata, sono aspetti che contraddistinguono i Centri Santagostino, rendendo particolarmente accessibili e fruibili i servizi offerti.

UN'EVOLUZIONE CONTINUA

Negli anni Santagostino è cresciuto costantemente, non solo per i professionisti che ci lavorano, ma anche per le novità e i processi messi in atto in ambito clinico. "Solo nel 2021 abbiamo ampliato e migliorato notevolemente l'offerta legata alla prevenzione e alla riabilitazione, aperto la nostra prima sala chirurgica e inaugurato il **SantagostinoLab**, un laboratorio di analisi interno che prende in carico tutti gli esami di laboratorio su sangue, urine, feci e altri campioni biologici, ridisegnando e migliorando tutte le fasi del percorso di analisi, fondamentale per una diagnosi corretta e precoce di molte patologie. Abbiamo inoltre avviato i servizi domiciliari a Milano e Hinterland e inaugurato **Santagostino Plus**, un luogo dedicato al movimento, alla riabilitazione e all'attività fisica personalizzata con un'équipe multidisciplinare composta da fisiatri, fisioterapisti e osteopati che collaborano per garantire una presa in carico globale della salute del paziente".

IL FUTURO? SEMPRE PIÙ DIGITALIZZATI E VICINI ALLE PERSONE

"Una strategia *brick and click*, a metà tra l'off e l'online". Questo, in sintesi, l'obiettivo a medio termine. Se è vero, infatti, che la sanità del futuro sarà sempre più digitalizzata, con un mix di attività fisica e digitale, Santagostino, già all'avanguardia in questo settore con i videoconsulti medici, l'innovativo servizio di presa in carico 24/sette, la psicoterapia online (un servizio disponibile su tutto il territorio nazionale e per gli italiani che risiedono all'estero, partito per necessità nel lockdown e oggi scelto da circa il 60% dei pazienti), continuerà in questa direzione per offrire sempre più servizi che, a prescindere dalla vicinanza territoriale di un paziente a un centro medico, porteranno in tutta Italia il modello di sanità accessibile. ■

I PUNTI DI FORZA

- competenza ed esperienza degli specialisti e utilizzo di attrezzature mediche all'avanguardia;
- ampia offerta medica che copre oltre 65 specialità;
- tempi rapidi per ottenere l'appuntamento desiderato;
- possibilità di scegliere il professionista e di mantenere un rapporto terapeutico di continuità;
- prezzi inferiori di circa il 50% alla sanità privata in tutte le specialità e possibilità di usufruire di numerose convenzioni;
- orari comodi e anche serali.

di Roberto De Filippis

ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

Ospedali di Comunità: l'Aip dice la sua

Il Pnrr prevede l'aumento del numero di queste strutture. L'Associazione Italiana di Psicogeriatria individua le criticità del piano

Una delle funzioni degli Ospedali di Comunità è di evitare ricoveri inappropriati in strutture per acuti

In merito al controverso tema degli Ospedali di Comunità, di recente l'Aip (Associazione Italiana di Psicogeriatria) ha pubblicato il documento "Gli Ospedali di Comunità. Proposta di un modello organizzativo". In questo modo, l'associazione vuol contribuire al dibattito sull'organizzazione dei servizi sanitari aperto dal Pnrr (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza). Di seguito, sono riportati i punti salienti di questo importante documento.

Gli Ospedali di Comunità sono a gestione prevalentemente infermieristica

BREVI DEGENZE PER CURE INTERMEDIE

Nel contesto della rete territoriale dedicata alle persone fragili, gli Ospedali di Comunità (OdC) rappresentano strutture centrali. Tuttavia, la loro organizzazione non è cresciuta seguendo principi condivisi, ma lasciando spazio a interpretazioni non sempre coerenti. All'inizio del 2020, in sede di Conferenza Stato-Regioni, sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OdC pubblici e privati. Tali strutture sono riconosciute come presidi sanitari di cure intermedie con tempi di degenza brevi per persone che hanno bisogno di un periodo di **stabilizzazione clinica, monitoraggio e rimodulazione della terapia dopo la dimissione da reparti per acuti** e per quelli provenienti dal domicilio con una riacutizzazione di una malattia cronica e/o la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico che non è possibile gestire in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare, in modo da prevenire ricoveri ospedalieri inappropriati.

Per queste strutture, nel Pnrr è indicata una **capienza minima di 20 posti letto** (che possono arrivare a un massimo di 40). Gli OdC possono avere una sede propria oppure essere situati all'interno di Case della Comunità, strutture sanitarie polifunzionali, presidi ospedalieri riconvertiti, strutture sociosanitarie residenziali e strutture ospedaliere. Gerarchicamente, però, rientrano in qualsiasi caso nell'assistenza territoriale distrettuale.

Costi stimati per un Ospedale di Comunità con 20 posti letto in base all'esperienza dell'OdC di Tregnago (Vr)

PERSONALE	860.000 euro
COSTI ALBERGHIERI	219.000 euro
FARMACI E AUSILI	73.000 euro
TOTALE ANNUO	**1.152.000 euro**
TOTALE PER POSTO LETTO	**158 euro al giorno**

Fonte: Associazione Italiana di Psicogeriatria

ORGANICO VARIEGATO

L'organico di un OdC da 20 posti letto deve essere composto da diverse figure. Dell'assistenza medica di routine alle persone ricoverate si occupano medici specialisti (geriatri-internisti), che assicurano la reperibilità telefonica diretta sulle 12 ore. Di giorno, è garantito l'intervento sul posto nell'arco di 45 minuti in caso di necessità. Nella struttura, inoltre, la **presenza di un medico** è assicurata **dal lunedì al sabato**, per un totale di 40 ore. La gestione di queste strutture è però soprattutto infermieristica. Ecco perché l'organico deve prevedere:

- 1 coordinatore infermieristico full time;
- 1 infermiere care manager diurno;
- 9 infermieri che forniscano servizio sulle 24 ore;
- 9 Oss che forniscano servizio sulle 24 ore;
- 1 fisioterapista full time, che fornisca assistenza ai pazienti con necessità di riabilitazione motoria (circa la metà di quelli accolti);
- 1 assistente sociale part time per agevolare il passaggio del paziente al setting di cura più indicato a seconda delle sue condizioni di salute e sociali.

A mediare il collegamento tra gli OdC,

Provenienza dei pazienti dell'OdC di Tregnago (Vr)

Anno	Domicilio	Ospedale	Totale
2015	121 (58.5%)	86 (51.5%)	207
2016	107 (52.9%)	95 (47.1%)	202
2017	106 (53.8%)	91 (46.2%)	197
2018	108 (54.3%)	91 (45.7%)	199
2019	116 (57.7%)	85 (42.3%)	201
2020	50 (42.0%)	69 (58.0%)	119
TOTALE	**608 (54.1%)**	**517 (45.9%)**	**1.125**

Fonte: Associazione Italiana di Psicogeriatria

Destinazione dei pazienti alla dimissione dell'OdC di Tregnago (Vr)

Anno	Domicilio	Ospedale	Altre strutture	Decessi
2015	170 (87.2%)	12 (6.2%)	12 (6.1%)	1 (0.5%)
2016	166 (81.8%)	15 (7.4%)	14 (6.8%)	8 (4.0%)
2017	163 (82.8%)	7 (3.6%)	21 (10.6%)	6 (3.0%)
2018	169 (84.5%)	10 (5.0%)	16 (8.0%)	5 (2.5%)
2019	156 (77.2%)	14 (7.0%)	24 (11.9%)	8 (3.9%)
2020	99 (81.8%)	13 (10.7%)	6 (5.0%)	3 (2.5%)
TOTALE	**923 (82.5%)**	**71 (6.36%)**	**93 (8.32%)**	**31 (2.77%)**

Fonte: Associazione Italiana di Psicogeriatria

UN QUADRO NON OMOGENEO

È previsto che per la metà del 2026 siano attivi oltre diecimila posti letto negli Ospedali di Comunità/Cure intermedie.
Nella distribuzione dei posti letto per le singole regioni prevista dal Pnrr non si tengono però in considerazione i posti letto già attivati. Alla luce di ciò, le Regioni che negli ultimi tempi si sono attivate (per un totale di oltre tremila letti) potrebbero avere un numero di posti letto superiore a quello delle Regioni ancora prive di queste strutture. La maggior offerta assistenziale di alcune Regioni, però, comporterebbe costi più elevati.

LE MALATTIE CHE VENGONO CURATE

Di seguito sono indicate alcune delle principali situazioni che si dovrebbero trattare negli OdC:

- Bpco riacutizzata non grave, broncopolmoniti di lenta guarigione;
- vasculopatie croniche o subacute non serie;
- malattie cardiache che necessitano di rimodulazione della cura e monitoraggio;
- malattie croniche del fegato ed esiti di resezioni intestinali chirurgiche che necessitano di ottimizzazione della terapia nutrizionale;
- malattia da malnutrizione;
- patologie croniche e infezioni del tratto urinario che hanno bisogno di cicli di antibiotici per via endovenosa;
- cicli di terapia per via parentale, quando non eseguibili al domicilio;
- osteoporosi con crollo vertebrale;
- malattie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria;
- necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto;
- ulcere trofiche da medicare quotidianamente;
- pazienti con traumi lievi e non evolutivi (dopo valutazione in pronto soccorso);
- convalescenze dopo interventi chirurgici.

I NUMERI

10.738 i posti letto previsti attivi negli Ospedali di Comunità/Cure Intermedie in Italia a metà 2026

1.850 i minuti settimanali medi di assistenza assicurati dagli Ospedali di Comunità a ogni paziente

La presa in carico di una persona da parte di un OdC deve prevedere la richiesta da parte di un medico ospedaliero o di un medico di medicina generale

gli ospedali per acuti e il domicilio è il Pua (Punto Unico di Accesso) distrettuale, che gestirà le liste di attesa, evaderà le richieste di ingresso nella struttura in collaborazione con l'infermiere care manager dell'OdC, che si occupa dell'accoglienza in struttura e del percorso fino alle dimissioni. La presa in carico di una persona da parte di un OdC deve prevedere la richiesta da parte di un medico ospedaliero per pazienti che vengono dimessi da una struttura per acuti oppure da un medico di medicina generale per pazienti che soffrono di determinate patologie *(vedi box "Le malattie che vengono curate")* e che soddisfano i criteri di accoglibilità di queste strutture. In particolare, **per entrare in un OdC non bisogna presentare problematiche acute in atto**, avere un inquadramento diagnostico e un programma terapeutico definiti e avere una condizione clinica stabile.

TRE INTERROGATIVI PER IL FUTURO

Al momento dell'ingresso in un OdC è elaborato un **piano assistenziale**, la cui efficacia è rivalutata a intervalli regolari durante la degenza del paziente. Se nell'arco di sessanta giorni non si raggiungono gli obiettivi prefissati, è compito del responsabile clinico formulare un nuovo piano assistenziale. A determinare la durata della degenza non sono le esigenze della famiglia, bensì elementi quali il quadro clinico e riabilitativo e le necessità collegate all'assistenza.

Per la realizzazione dei nuovi OdC, il Pnrr prevede una spesa di circa **un miliardo di euro**. Anche alla luce di questo dato, l'Aip fa notare che è necessario programmare queste strutture "tenendo conto realisticamente e rigidamente" di tre fattori:

- l'effettiva capacità di organizzarne la collocazione della rete dei servizi;
- l'effettiva disponibilità di personale;
- l'effettiva capacità del sistema sanitario di sostenerne i costi dopo la conclusione del Pnrr. ■

Età media degli ospiti dell'OdC di Tregnago (Vr) per anno e sesso

Anno	M	F
2015	80.7	82.3
2016	81.6	83.8
2017	79.6	83.4
2018	79.8	83.7
2019	78.8	84.7
2020	78.1	83.6

Fonte: Associazione Italiana di Psicogeriatria

Giornate totali di presenze e degenza media dell'OdC di Tregnago (Vr)

Anno	Giornate totali di presenza	Media in giorni
2015	5460	24,5
2016	5489	25,2
2017	5474	25,8
2018	5474	25,4
2019	5473	25,3
2020	4359	32,7

Fonte: Associazione Italiana di Psicogeriatria

di Cecilia Ciotola

Le SCU-B sono una soluzione per gestire le fasi critiche della demenza?

Il progetto "RECage" sta verificando proprio l'efficacia di questo genere di strutture, che in Italia sono ancora poco numerose. L'esempio di quella di Gazzaniga (Bg)

Dottoressa Sara Fascendini, specialista in geriatra e direttore del Centro di Eccellenza Alzheimer-Ferb Onlus presso l'Ospedale Briolini di Gazzaniga (Bg)

Interessando tanti milioni di persone nel mondo, le demenze costituiscono uno dei principali temi di sanità pubblica su cui si riflette a livello globale. Da qualche tempo a questa parte, gli sforzi della comunità scientifica internazionale non si concentrano più soltanto sulla ricerca di nuovi farmaci con un effetto positivo sul decorso della malattia. Per assicurare sia ai malati sia alle loro famiglie la migliore qualità di vita possibile è infatti necessario compiere passi in avanti anche in altre direzioni: dalla prevenzione alla lotta allo stigma, dall'inclusione all'assistenza. In quest'ultima area di intervento si collocano le SCU-B (Special Care Unit for Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia), unità di assistenza speciali destinate alle Persone con demenza e con disturbi del comportamento. Proprio tali strutture sono oggetto del progetto "RECage" *(vedi box "Collaborazioni europee")*.

COLLABORAZIONI EUROPEE

"RECage" ha ricevuto un finanziamento dalla Commissione Europea nell'ambito dei progetti Horizon 2020 per la ricerca e l'innovazione. In realtà, "RECage" nasce nel 2018 e ha l'obiettivo di verificare scientificamente l'efficacia delle SCU-B in termini di miglioramento della qualità della vista delle Persone con demenza e di quelle con disturbi del comportamento e delle loro famiglie. A tale progetto, che è coordinato da Ferb (Fondazione Europea di Ricerca Biomedica) Onlus, lavora un consorzio costituito da diciotto partners, alcuni facenti parte dell'Unione Europea (oltre a Italia, Francia, Germania, Belgio, Olanda e Grecia) ed altri extra Ue (Svizzera e Norvegia).

OBIETTIVO RIABILITAZIONE

Che cosa si intende, di preciso, con SCU-B? "Si tratta di strutture mediche residenziali in cui le persone con demenza e con disturbi del comportamento vengono temporaneamente ricoverate quando i loro disturbi non possono essere controllati a casa", risponde la dottoressa Sara Fascendini, specialista in geriatra e direttore del Centro di Eccellenza Alzheimer-Ferb Onlus presso l'Ospedale Briolini di Gazzaniga (Bg). Può anche accadere che in queste strutture giungano ospiti delle Rsa che non vivono nei Nuclei Alzheimer e che non sono gestibili nelle case di riposo.

Nella maggior parte dei casi, l'approccio terapeutico delle SCU-B esistenti prevede **non soltanto il ricorso a farmaci, ma soprattutto l'utilizzo di terapie riabilitative e non farmacologiche**, come la fisioterapia, la terapia occupazionale, la musicoterapia, la terapia della bambola, la terapia del viaggio, la pet therapy e la fruizione di opere d'arte per favorire la reminiscenza dei ricordi.

"Al Centro di Eccellenza Alzheimer-Ferb Onlus dell'Ospedale Briolini di Gazzaniga ci basiamo sul modello assistenziale PCC (Cura Centrata sulla Persona) di Tom Kitwood. La nostra filosofia terapeutica si fonda su un uso prudente dei medicinali, privilegiando l'approccio non farmacologico", sottolinea la dottoressa Fascendini.

In tutte le SCU-B il **lavoro d'équipe** è fondamentale. Trattandosi infatti di strutture riabilitative, prevedono la presenza di numerose figure professionali:

"Il Centro Alzheimer di Gazzaniga è diverso da un Nucleo Alzheimer di una Rsa perché prevede una permanenza temporanea e ha un obiettivo riabilitativo"

TRA PUBBLICO E PRIVATO

È dal 2005 che è attivo il Centro di Eccellenza Alzheimer-Ferb Onlus presso Ospedale Briolini di Gazzaniga, in provincia di Bergamo. Questa struttura riabilitativa opera nel quadro di una collaborazione tra pubblico (Asst Bergamo Est) e privato (Ferb Onlus). Il centro è dedicato alle Persone con demenza e crisi comportamentali che non possono temporaneamente essere gestite al domicilio. Il ricovero e l'intervento riabilitativo è finalizzato a un rientro sereno al proprio domicilio (obiettivo raggiunto per oltre il 75% dei ricoveri). "Il Centro Alzheimer di Gazzaniga è diverso da un Nucleo Alzheimer di una Rsa perché prevede una permanenza temporanea e ha un obiettivo riabilitativo", spiega la dottoressa Fascendini. Le caratteristiche dei pazienti che vi possono accedere sono ben definite: è infatti necessario che la persona mantenga capacità cognitive e funzionali che consentano la partecipazione al progetto riabilitativo individualizzato. In parallelo al reparto di degenza, a Gazzaniga opera anche un ambulatorio (CDCD) dedicato alla presa in carico delle Persone con demenza e delle loro famiglie, fin dalle prime fasi della diagnosi.

medici (in genere geriatri e neurologi), psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti occupazionali, educatori, infermieri e operatori sociosanitari.
"Il primo compito del team consiste nell'elaborare un programma riabilitativo personalizzato", aggiunge la dottoressa Fascendini.

TRE FASI COLLEGATE

La prima fase del progetto "RECage", che sta giungendo a conclusione, consiste in uno studio comparativo di due gruppi di pazienti (in totale 518) con demenza e disturbi del comportamento.
Un gruppo è stato seguito in centri clinici forniti di SCU-B, l'altro in centri privi di tale struttura. Il primo obiettivo di questo studio consiste nel dimostrare l'efficacia delle SCU-B in termini di riduzione dei disturbi comportamentali. Il secondo obiettivo riguarda invece la qualità della vita dei malati e dei loro familiari e il **rapporto costi-benefici**. Infine, ultimo obiettivo consiste nella valutazione di un eventuale effetto sui tempi di istituzionalizzazione.
La seconda fase del progetto riguarda invece l'implementazione dei risultati dello studio, con l'obiettivo di diffondere e adattare il modello non solo per quel che concerne i principali fini, ma anche per confrontare le esperienze e le diverse modalità di lavoro dei centri partecipanti e il differente contesto socio-politico in cui si trovano a operare. Infine, la terza fase del progetto prevede lo sviluppo di SCU-B nei Paesi europei in cui sono poco diffuse *(vedi box "La situazione nei vari Paesi")*. In questa fase, **sarà determinante il ruolo di associazioni** come Federazione Alzheimer Italia, nonché dei membri delle istituzioni che fanno parte del consorzio.
"La Federazione Alzheimer Italia è partner del consorzio RECage dal 2018, anno della sua attivazione, con il ruolo di diffondere la conoscenza del progetto ai cittadini e, contestualmente, coinvolgere responsabili politici, direttori di aziende sanitarie e ospedali per l'implementazione delle SCU-B sul territorio italiano. In progetti come questo il ruolo della Federazione è fondamentale: siamo infatti l'anello di congiunzione tra i medici, i ricercatori, le persone con demenza e i loro familiari, raccontando il progetto e informandoli sui risultati raggiunti e le possibilità per il futuro", spiega **Mario Possenti**, Segretario generale di Federazione Alzheimer Italia. ■

LA SITUAZIONE NEI VARI PAESI

Se in Francia le SCU-B sono diffuse in tutto il territorio e previste dal Piano Nazionale Alzheimer, in Grecia non ve n'è nemmeno una. In Svizzera e in Norvegia la situazione è diversa da zona a zona, mentre in Belgio le persone con disturbi del comportamento possono essere curate o nelle unità geriatriche per acuti o nelle classiche SCU-B. Così come la Germania, l'Italia non è dotata di una rete vera e propria di SCU-B.
In particolare, nel nostro Paese sono molto rare. Per esempio, il Centro di Eccellenza Alzheimer-Ferb Onlus dell'Ospedale Briolini di Gazzaniga è l'unica SCU-B della Lombardia. Altra SCU-B italiana che partecipa al progetto RECage è quella del Nucleo ospedaliero demenze ad alta intensità di Villa Igea, a Modena.

Le SCU-B sono strutture mediche residenziali in cui le Persone con demenza e con disturbi del comportamento vengono temporaneamente ricoverate quando i loro disturbi non possono essere controllati a casa

LE DATE

Dicembre 2022	completamento dell'analisi dei dati del progetto "RECage"
Febbraio 2023	conferenza finale di consenso sulle caratteristiche della "SCU-B ideale"
Febbraio-giugno 2023	creazione di nuove SCU-B

di Roberto De Filippis

Con la consulenza del dottor Johnny Cappiello, responsabile dell'Unità operativa di Otorinolaringoiatria dell'Istituto Clinico S. Anna di Brescia

Disfagia, un problema che può avere conseguenze anche serie

Le difficoltà di deglutizione non vanno trascurate perché possono essere all'origine di numerose complicanze. La più grave è senza dubbio la polmonite ab ingestis

Il dottor Johnny Cappiello.

Il supporto di un logopedista è fondamentale nella cura della disfagia

La deglutizione consiste nel passaggio di sostanze, solide o liquide, dalla bocca all'esofago. Si tratta di un meccanismo semplice solo in apparenza *(vedi box "Anche duemila al giorno")* che, soprattutto in età avanzata, tende ad alterarsi. Con disfagia si intende proprio l'alterazione del riflesso della deglutizione, che è un istinto che si manifesta a partire fin da quando il feto si trova nell'utero e deglutisce il liquido amniotico.

UN MECCANISMO ALTERATO

In condizioni normali, quando si deglutisce si verifica la chiusura del cavo orale con propulsione della lingua posteriormente (**fase orale**) che, associata alla chiusura del palato molle, determina il passaggio del bolo verso la faringe (**fase faringea**) e, con la chiusura dell'epiglottide, si preclude il passaggio alla laringe. In questo modo, i cibi (solidi e liquidi) e la saliva si dirigono nell'esofago, evitando di finire invece nelle vie aeree inferiori. I problemi di deglutizione si presentano quando uno o più di queste fasi si altera e così compare la disfagia.

ANCHE DUEMILA AL GIORNO

Nonostante le apparenze, quello della deglutizione è un processo piuttosto articolato. Infatti, tale meccanismo coinvolge oltre cinquanta muscoli, cinque nervi del cranio e tre radici nervose cervicali; inoltre, determina l'attivazione di numerose aree della corteccia cerebrale. La deglutizione può essere sia volontaria sia involontaria: inconsciamente, si "butta giù" saliva circa due volte ogni minuto, mentre nel corso di tutti i pasti della giornata questo movimento di verifica più o meno 150 volte. Nelle ventiquattro ore, quindi, si possono contare da 1.600 fino a 2.000 atti deglutitori.

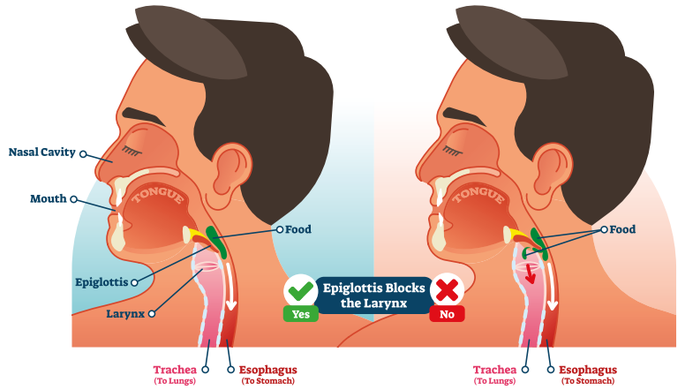
Se inizialmente la disfagia può avere sintomi non troppo evidenti, con la progressione della malattia i disagi aumentano. Innanzitutto, quando si mangia o si beve possono verificarsi rigurgiti dalla bocca o dal naso e si può essere vittima di una tosse fastidiosa, che può protrarsi anche dopo il pasto. Una volta finito di mangiare, la voce può diventare rauca e si possono incontrare difficoltà di respirazione. Inoltre, **i problemi di deglutizione possono provocare malnutrizione**, che nei casi più seri determina una perdita di peso e una disidratazione non trascurabili, oltre che sarcopenia, ossia la riduzione della massa muscolare. "Infine, la disfagia favorisce infezioni polmonari, la più pericolosa delle quali è la polmonite ab ingestis, che può portare a una marcata riduzione della saturazione di ossigeno per via della prevalenza dell'aria espirata rispetto a quella inspirata e per l'infiammazione agli alveoli polmonari", spiega il dottor Johnny Cappiello, responsabile dell'Unità operativa di Otorinolaringoiatria dell'Istituto Clinico S. Anna di Brescia.

LAVORO D'ÉQUIPE

Qualora all'origine della disfagia vi sia una neoplasia delle prime vie aeree, curando il tumore migliora anche la deglutizione. Quando invece, come nella maggior parte dei casi, la malattia è conseguenza di problemi neurologici è fondamentale la **terapia logopedica**, efficace nel migliorare la fase volontaria della deglutizione, vale a dire quella iniziale. Per ridurre i fastidi, fondamentale è la postura che si tiene durante i pasti. "Per migliorare la situazione, è molto importante anche la scelta dei cibi che si portano in tavola: sarebbero da evitare quelli i cui frammenti tendono a rimanere in faringe", sottolinea il dottor Cappiello.
Specialmente se il paziente è molto anziano e poco collaborativo per via della compromissione delle funzioni cerebrali, è difficile ottenere evidenti miglioramenti. In questi casi, va presa in considerazione la possibilità di un'**alimentazione attraverso un sondino nasogastrico** oppure tramite gastrostomia, con il cibo che viene inserito direttamente nello stomaco. "Perché gli interventi risultino il più efficaci possibili, è necessaria una collaborazione multidisciplinare sia nella riabilitazione dopo ictus o ischemie, sia nell'assistenza domiciliare o in Rsa. È fondamentale che chi soffre di disfagia sia seguito da personale formato, compreso un logopedista", conclude il dottor Cappiello. ■

"La polmonite ab ingestis può portare a una marcata riduzione della saturazione di ossigeno per via della prevalenza dell'aria espirata rispetto a quella inspirata e per l'infiammazione agli alveoli polmonari"

DYSPHAGIA



LA DEMENZA LA FAVORISCE

Il motivo per cui la disfagia è comune principalmente fra gli anziani è di semplice spiegazione. Infatti, le patologie che più spesso ne determinano la comparsa sono l'ischemia, l'ictus e le emorragie cerebrali (conseguenti a malattie vascolari del cervello), che si verificano soprattutto nella terza età.
A favorire problemi di deglutizione sono anche malattie neurodegenerative molta diffuse fra gli over 65, come la demenza senile e la malattia di Parkinson. Anche chi non mastica in modo corretto il cibo è più a rischio di disfagia: in tal senso, particolare attenzione la deve prestare chi è edentulo e chi utilizza protesi dentali. Infine, possono avere problemi di deglutizione anche le persone con tumore al cavo orale, alla laringe o alla faringe.

I NUMERI

15% circa	l'incidenza della disfagia tra gli over 65
55	i muscoli coinvolti nel processo di deglutizione

di Cecilia Ciotola

Con la consulenza della dottoressa Paola Rosaschino, responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico San Pietro di Ponte San Pietro (Bg)

I problemi intimi delle over 65

Atrofie vulvovaginali e prolassi sono molto comuni dopo questa età. Prevenirli non è affatto semplice, ma le cure a disposizione sono varie

La dottoressa Paola Rosaschino.

"A causare i prolassi è il cedimento, parziale o completo, delle strutture di sostegno degli organi pelvici"

Inevitabilmente, l'avanzamento dell'età porta con sé problemi più o meno seri che interessano l'intero organismo. Non fa eccezione il sistema urogenitale. Escludendo le patologie oncologiche, nelle donne over 65 sono due in particolare i disturbi più frequenti: si tratta dell'atrofia vulvovaginale e dei prolassi uterovaginali conseguenti a un'alterazione del pavimento pelvico.

SONO DIFFUSI ANCHE I TUMORI

Oltre che l'atrofia vulvovaginale e il prolasso uterovaginale, tra le anziane sono molto comuni anche le patologie oncologiche del sistema urinario e riproduttivo. Tra queste, le più diffuse fra le over 65 sono il carcinoma del corpo dell'utero, il carcinoma dell'ovaio e, specialmente superata la soglia degli 80 anni, il carcinoma vulvare. "In presenza di uno di questi tumori è sempre indicata la terapia chirurgica. Quanto più precocemente si interviene, tante più sono le possibilità di guarigione", sottolinea la dottoressa Rosaschino.

RISCHIO SANGUINAMENTI

L'atrofia vulvovaginale è contraddistinta dalla **riduzione dello spessore dell'epitelio e delle sottomucose della vulva e della vagina**. Tale assottigliamento può dare origine a diversi problemi: per esempio, i tessuti possono diventare così delicati che anche semplici manovre, come lavarsi o passarsi un asciugamano o la carta igienica, può determinare sanguinamenti. "In molti casi, la sola vista del sangue mette in agitazione", spiega la dottoressa Paola Rosaschino, responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia del Policlinico San Pietro di Ponte San Pietro (Bg). Oltre alle perdite ematiche, l'atrofia vulvovaginale provoca bruciore e prurito a livello locale, che si manifestano non solo durante la minzione.

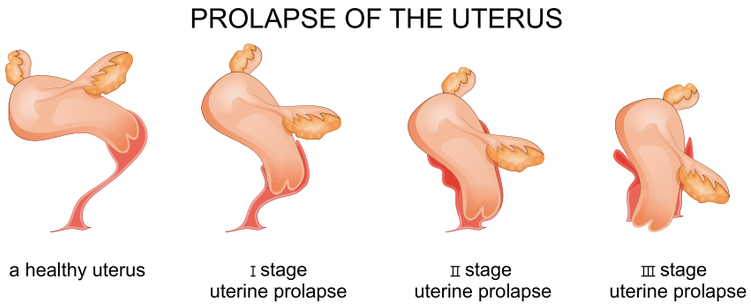
Altre volte, l'assottigliamento dei tessuti fa sì che le piccole labbra si riducano di dimensioni a tal punto da fondersi con le grandi labbra. "Ciò causa, in aggiunta ai sintomi caratteristici dell'atrofia vulvovaginale, anche difficoltà a urinare", precisa la dottoressa Rosaschino. In queste circostanze è fondamentale dilatare e aprire con molta delicatezza le grandi e le piccole labbra, così da separarle. Alla base dell'atrofia vi è la **carenza ormonale conseguente alla lunga menopausa**. Per ridurre i fastidi, è utile il ricorso a creme emollienti. A tali creme è possibile ricorrere anche in funzione preventiva, in quanto preservano l'idratazione dei genitali.

"DISCESE" PERICOLOSE

Il secondo "grande" problema della sfera urogenitale delle donne over 65 è rappresentato dai prolassi. Con questo termine si indica la "discesa" di alcuni segmenti vaginali, che possono protrudere al di fuori dell'orifizio esterno. Quando la protrusione interessa la vescica si parla di cistocele, quando riguarda il retto di rettocele; infine, se a fuoriuscire è l'utero si è in presenza di isterocele (o prolasso uterino). "A causarli è il cedimento, parziale o completo, delle strutture di sostegno degli organi pelvici", prosegue la dottoressa Rosaschino. L'indebolimento di tali strutture può essere associato a carenze ormonali, come quelle tipiche della menopausa, o a serie e ripetute sollecitazioni, come quelle del parto; perciò, **chi ha avuto più figli è a maggior rischio di prolassi**.

Per indicare la gravità del problema, si è soliti classificare i prolassi in quattro gradi:

- di primo grado quando l'organo, pur sceso, è ancora all'interno del canale vaginale;
- di secondo grado quando l'organo affiora dalla rima vulvare, senza però uscirne;
- di terzo grado, quando l'organo sporge fuori dalla vulva;
- di quarto grado, quando l'organo è completamente al di fuori della vulva.



ATTENZIONE IN CASO DI DEMENZA

La demenza, problema con il quale si ritrovano purtroppo a convivere molti degli ospiti delle Rsa, non è direttamente collegata ai disturbi del sistema urogenitale delle donne over 65. Tuttavia, con le anziane che ne soffrono servono maggiori attenzioni. "Disturbi cognitivi possono far sì che le pazienti non si rendano conto di avere problemi di questo genere. Ciò può favorire un ritardo diagnostico, che come conseguenza può avere prolassi estremi e ulcerati" avverte la dottoressa Rosaschino. Inoltre, più tardi avviene la diagnosi, meno efficaci sono le cure.

Prolassi di primo e secondo grado non causano disturbi significativi. In genere, chi li ha avverte solo una sensazione di ingombro, che può dare fastidio quando ci si siede. "Se invece i prolassi raggiungono il terzo o il quarto grado, i disagi sono notevoli, innanzitutto perché si hanno problemi a urinare e a defecare", afferma la dottoressa Rosaschino. In presenza di prolassi di terzo o quarto grado, la prima cura a cui si ricorre consiste nell'**inserimento di un anello di silicone all'interno della vagina**; tale strumento ha la funzione di sostegno delle strutture di cui è composto il pavimento pelvico. Qualora l'anello di silicone non si rivelasse efficace, non rimane altra strada che un intervento chirurgico volto alla ricostruzione del pavimento pelvico. "Nelle pazienti anziane non sempre l'intervento chirurgico è però indicato", fa notare la dottoressa Rosaschino. ■

Non è solo durante la minzione che l'atrofia vulvovaginale causa prurito e bruciore

I NUMERI

90%	la percentuale di over 65 con atrofia vulvovaginale
30%-40%	la percentuale di over 65 con prolasso uterovaginale

di Cecilia Ciotola

Con la consulenza della professoressa Flavia Valtorta, preside della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

Farmaci: gli effetti indesiderati preferiscono le donne

Nella somministrazione dei medicinali è importante tenere conto di numerose caratteristiche personali. Ciò è valido soprattutto se il paziente è anziano

La professoressa Flavia Valtorta.

Le differenze di genere sono al centro del confronto in svariati ambiti della nostra società, compreso quello della salute. In tale contesto, negli ultimi tempi si sta cercando di far luce sulla diversa risposta all'assunzione di farmaci sia a seconda del sesso sia a seconda dei differenti stili di vita di maschi e femmine. Proprio queste ultime sembrano essere le vittime preferite degli effetti collaterali delle medicine.

PIÙ MINUTE DI CORPORATURA

Le caratteristiche individuali costituiscono un'importante discriminante per i possibili effetti indesiderati di un farmaco. Sui foglietti illustrativi è infatti indicato un dosaggio standard per gli adulti, a prescindere dal peso. In realtà, però, il peso corporeo rappresenta una variabile fondamentale nella determinazione della concentrazione di un principio attivo all'interno dell'organismo. In chi ha una corporatura più minuta, come normalmente le **donne, il farmaco raggiunge concentrazioni più elevate in circolo, con il rischio di sovradosaggio**. Ciò espone di più al pericolo di essere vittime di effetti collaterali.

Di solito, i dosaggi consigliati sul foglietto illustrativo si riferiscono a un uomo di 70 chili, peso che la maggior parte delle donne non raggiunge. Inoltre, fino a poco fa gli studi sui farmaci erano svolti esclusivamente sulla popolazione maschile. Studi che coinvolgono le donne sono infatti non solo più costosi, ma anche più complessi, perché **i cambiamenti ormonali che si verificano nel corso della vita modificano la risposta ai medicinali**. "Dal 2018, però, è obbligatorio che le sperimentazioni sui farmaci coinvolgano anche la popolazione femminile", spiega la professoressa Flavia Valtorta, preside della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.

"Il medico andrebbe informato dell'eventuale uso non solo di altri farmaci, ma anche di integratori"

L'INFLUENZA DEGLI ORMONI

Bisogna anche considerare che i processi di assorbimento ed eliminazione dei medicinali presenta delle differenze fra uomini e donne. Nel gentil sesso, inoltre, la risposta a un farmaco è influenzata più marcatamente dalla situazione ormonale: per esempio, è molto diverso fra quando si è in età fertile e quando si è in menopausa. «Per questo motivo, riguardo al dosaggio è sempre opportuno **attenersi alle indicazioni del medico**. Questa figura andrebbe informata anche dell'eventuale uso non solo di altri farmaci, ma pure di integratori *(vedi box 'Attenzione agli integratori')*", afferma la professoressa Valtorta.

Vi sono farmaci per i quali la dose tossica è molto vicina a quella terapeutica, e in questi casi il dosaggio deve essere accurato. In altri casi, invece, la concentrazione tossica è molto elevata, perciò utilizzare un unico dosaggio per tutti non comporta problemi. In tal senso, tra i farmaci più sicuri vi sono gli antibiotici. "Quando possibile, per attenersi più facilmente alle indicazioni del medico riguardo al dosaggio **sono da preferire i medicinali in gocce** rispetto a quelli in compresse, capsule oppure supposte. La raccomandazione di informare il medico se si usano altri farmaci va seguita anche per quelli da banco. Per esempio, gli antiacidi, molto utilizzati, interferiscono con tanti medicinali", sottolinea la professoressa Valtorta.

UNA TERAPIA DA BILANCIARE

Negli anziani la questione è ancora più sentita: su questa categoria di persone, infatti, gli effetti collaterali di un farmaco possono avere serie conseguenze, compreso il ricovero in ospedale. "In età avanzata, infatti, la funzionalità dell'organismo è inevitabilmente ridotta; ciò determina che gli over 65 metabolizzino i medicinali con maggiori difficoltà, **con il rischio di un sovradosaggio**", osserva la professoressa Valtorta.

CURE PERSONALIZZATE

I medici non hanno a che fare con malattie, ma con persone malate. È questo, in sintesi, il concetto fondamentale della cosiddetta "medicina personalizzata", che sta prendendo sempre più piede e che dovrebbe caratterizzare il futuro in quest'ambito. Al centro della nuova concezione di cura vi è dunque l'individuo. Prima, invece, tutto gravitava attorno alla malattia. La stragrande maggioranza di esse, soprattutto in ambito psichiatrico, è contraddistinta da un'ampia varietà di sintomi e non è affatto scontato che il ricorso allo stesso farmaco abbia la stessa efficacia su tutte le persone che ne fanno uso.

Va inoltre tenuto presente che spesso gli anziani non avvertono lo stimolo della sete come dovrebbero. Ciò li porta a non idratarsi a sufficienza; proprio **la disidratazione può interferire con l'eliminazione del farmaco**. Infine, è importante considerare che, in molti casi, gli over 65 sono in politerapia e che assumere molti medicinali può interferire con i dosaggi. ■

Il peso corporeo è una variabile fondamentale nella determinazione della concentrazione di un principio attivo nell'organismo

ATTENZIONE AGLI INTEGRATORI

Integratori e medicine naturali sono prodotti a cui fanno ricorso soprattutto le donne. Queste ultime, ma anche gli uomini che li utilizzano, dovrebbero sapere che possono interferire con l'azione dei farmaci tradizionali, dando luogo a effetti collaterali. Infatti, tutti questi prodotti vengono assorbiti dal fegato. "Se quest'organo è impegnato nel metabolizzare un integratore, un medicinale classico rimane più a lungo nell'organismo, esponendolo a potenziali effetti indesiderati", fa notare la professoressa Valtorta.

di Roberto De Filippis

Herpes Zoster, il punto sul nuovo vaccino

Il Board del Calendario Vaccinale per la Vita sottolinea la maggior efficacia e la superiore durata in confronto a quello "vecchio"

È da poco disponibile anche nel nostro Paese un nuovo vaccino contro l'Herpes Zoster. Si tratta del vaccino RZV, prodotto con tecniche di Dna ricombinante, che si è andato ad aggiungere al già presente ZVL, che invece è costituito da virus vivo attenuato. Il Board del Calendario Vaccinale per la Vita (vedi box "Quattro società scientifiche"), di cui fa parte anche la SItI (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica), ha espresso la propria posizione riguardo al nuovo vaccino.

ANCHE INSIEME ALL'ANTINFLUENZALE

Il vaccino ricombinante **RZV**, disponibile dall'anno passato, è indicato per la prevenzione sia dell'Herpes Zoster sia della nevralgia post-erpetica sia nelle persone con un'età pari o superiore ai 50 anni sia negli individui maggiorenni con un aumentato rischio di malattia. La somministrazione di tale vaccino è prevista in due dosi, con un intervallo che può essere compreso tra due mesi fino a sei tra la prima e la seconda. È possibile **somministrarlo in concomitanza con diversi vaccini**: il vaccino contro l'influenza stagionale inattivato non adiuvato, il vaccino antipneumococco polisaccaridico 23-valente e il vaccino difterico, tetanico e pertossico acellulare (dTpa) a contenuto antigenico ridotto. Invece, il vaccino **ZVL** è indicato per immunizzare soltanto le persone a partire dai 50 anni. Inoltre, necessita di **una sola dose** e può essere somministrato in concomitanza con il vaccino antinfluenzale inattivato con iniezioni separate e in siti differenti di iniezione.

LE RACCOMANDAZIONI INTERNAZIONALI

Alcuni organi raccomandatori internazionali, come CDC, STIKO e NACI, hanno indicato come preferenziale, in termini di efficacia e durata della protezione, l'utilizzo di RZV. Inoltre, anche adulti con una storia precedente di Herpes Zoster possono ricevere il vaccino RZV; **in caso di infezione in corso, la vaccinazione dovrebbe essere rimandata** fino alla risoluzione dello stato acuto della malattia e alla scomparsa dei sintomi.

Infine, **RZV può essere somministrato**, con la stessa schedula di vaccinazione, **anche a chi si è precedentemente vaccinato con il vaccino vivo attenuato ZVL**. Per stabilire quando somministrare RZV, bisogna considerare l'età e la distanza dalla precedente dose di ZVL. Studi clinici di immunogenicità e sicurezza hanno valutato la somministrazione di RZV dopo cinque anni da quella di ZVL, mentre intervalli più brevi non sono stati studiati. Tuttavia, non vi sono dati o dubbi teorici su un'eventuale riduzione dell'efficacia o della sicurezza di somministrare RZV dopo almeno due mesi dalla somministrazione di ZVL.

LA POSIZIONE DEL BOARD

Le conclusioni del Board del Calendario per la Vita riguardo alla vaccinazione anti-Herpes Zoster sono le seguenti: "Alla luce delle evidenze scientifiche oggi disponibili per i vaccini contro Herpes Zoster vivo attenuato (ZVL) e ricombinante adiuvato (RZV) si ritiene che, in termini di impatto clinico, **l'utilizzo del vaccino ricombinante adiuvato a due dosi sia in grado di prevenire un maggior numero di casi di Herpes zoster e Nevralgia Post Erpetica in tutte le fasce di età rispetto a una dose di vaccino vivo attenuato**, e induca un'efficacia teorica e di campo più duratura nel tempo. Come previsto dalle indicazioni sulla introduzione di nuovi vaccini contenuta nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-14, reiterate anche nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 tuttora in vigore, sarà necessario considerare gli esiti dei report di Health Technology Assessment in corso per valutare la definitiva preferibilità del vaccino ricombinante adiuvato anche in termini farmaco-economici e organizzativi per quanto riguarda l'utilizzo di popolazione in regime di offerta attiva e gratuità alla coorte dei sessantacinquenni".

Il nuovo vaccino RZV non va somministrato se l'infezione è in corso, rimandando la vaccinazione fino alla scomparsa dei sintomi

QUATTRO SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Coordinato dal professor Paolo Bonanni, il Board del Calendario Vaccinale per la Vita è composto da quattro società scientifiche. Si tratta della SItI (Società Italiana d'Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica), della SIP (Società Italiana di Pediatria), della FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) e della FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale). I rappresentanti delle associazioni sono il dottor Antonio Ferro (presidente della SItI), il dottor Alberto Villani (presidente della SIP), il dottor Antonio D'Avino (presidente FIMP) e il dottor Silvestro Scotti (segretario della FIMMG).

"La raccomandazione di utilizzo immediato, in considerazione dell'**aumentata incidenza di Herpes Zoster e delle sue complicanze nei soggetti immunocompromessi** prescinde da valutazioni economiche e organizzative in mancanza di alternative al vaccino ricombinante adiuvato in soggetti con immunodepressione congenita e/o acquisita. In presenza di tali condizioni cliniche, il vaccino ricombinante adiuvato deve essere utilizzato dai 18 anni di età e fortemente promosso tra questi pazienti", fa eco al documento il professor Paolo Bonanni, coordinatore scientifico del Board. ■

Il nuovo vaccino RZV protegge sia dall'Herpes Zoster sia della nevralgia post-erpetica

I NUMERI

50 anni	l'età a partire da cui è indicata la somministrazione del vaccino RZV
Da 2 a 6	i mesi che devono passare fra le due dosi del vaccino RZV

di Francesca Pavesi

UGO, il caregiver on demand

Molto di più di un semplice accompagnamento, UGO è un servizio di affiancamento a 360 gradi, facilmente accessibile e sicuro, gestito da operatori professionali. Dal trasporto al supporto nelle visite mediche, dal disbrigo di piccole commissioni fino alla partita a carte, basta un click sulla piattaforma (ma con un centralino telefonico sempre pronto in caso di difficoltà!) per prenotare, pagare e usufruire di un servizio di qualità

Nata come azienda nel 2015, nel 2018 decide di rispondere a una chiamata del Comune di Milano che stava cercando un supporto per alcune associazioni sul territorio nell'accompagnare gli anziani in ospedale, alle visite e alle terapie. L'esperimento funziona e **Francesca Vidali** e **Michela Conti**, le founder, capiscono che è tempo di cambiare: c'è un'esigenza emergente di sostegno in una fascia di popolazione tra i 70 e gli 85 anni, che vive ancora in autonomia ma comincia ad avere bisogno, talvolta, di un supporto che non può essere sempre familiare. Da qui l'idea di creare una nuova figura professionale che, invece di restare confinata all'interno della famiglia come fino ad allora era sempre stato il caregiver, venga dall'esterno e diventi una vera e propria professione da mettere a disposizione di chi ha bisogno. Nasce così la **start-up UGO**.

Francesca Vidali e Michela Conti.

"Quello che abbiamo fatto è stato mettere a sistema il vicino di casa, che quando noi figli non possiamo essere presenti chiamiamo perché dia una mano ai nostri genitori. Adesso lo si può trovare online. Parallelamente alla figura professionale abbiamo costruito una piattaforma tecnologica dove si incontrano da una parte gli operatori che selezioniamo e formiamo nella nostra Ugo Academy e dall'altra le famiglie e gli anziani che accedono, inseriscono la richiesta e vengono messi in contatto diretto con il caregiver. Tutto è gestito on line: prenotazione, pagamento, erogazione della prestazione. La tecnologia ci aiuta moltissimo, da un lato perché rende tracciabile tutto il processo, garantendo in questo modo sicurezza e trasparenza, dall'altro ci consente di erogare un servizio h24, assolutamente flessibile e tempestivo, perfetto per gestire anche le emergenze".

Oggi UGO **è una realtà presente in modo capillare in Lombardia e in altre 10 città d'Italia**, con un team interno di 15 professionisti e un'ampia rete di più di 600 operatori in tutta Italia, che serve utenti privati, aziende che mettono a disposizione i servizi di UGO per i loro collaboratori, realtà pubbliche, come il Comune di Firenze che fornisce il servizio di accompagnamento ai concittadini più fragili anche economicamente, o ancora società di servizi che magari non hanno il verticale sul caregivering.

"L'idea è di avvicinarci anche al mondo delle RSA per rispondere a tutte quelle esigenze di supporto e accompagnamento che possono essere esternalizzate, come ad esempio il trasporto dei non allettati per accompagnarli a una visita medica, ma anche di parenti e familiari che vogliono venire a trovare un proprio caro ma magari hanno difficoltà a spostarsi in autonomia. Abbiamo fatto una sperimentazione sempre con il Comune di Firenze che ha dato la possibilità di richiedere il servizio sul territorio a tutti gli enti che potevano intercettare questi bisogni e tra questi c'erano anche delle RSA. L'esperimento ha avuto un notevole successo quindi speriamo che, uscendo dalla situazione pandemica, si riesca a collaborare più facilmente e serenamente anche con questo settore".

Anche se il fulcro dell'attività è legato alla salute, con l'accompagnamento a visite mediche, terapie, controlli, in realtà l'obiettivo di Ugo è quello di ridare un po' di autonomia e indipendenza alla persona a 360 gradi quindi accompagnandolo a fare una passeggiata al parco, mentre gioca a carte piuttosto che leggendo un libro, con l'idea di diventare un caregiver on demand quando il familiare non c'è.

"In quest'ottica lavoriamo molto sull'inclusione sociale e sullo scambio tra le generazioni, mettendo in contatto due mondi che si capiscono molto bene, perchè i nostri operatori sono persone tra i 40 e i 60 anni, che spesso hanno già fatto i caregiver in prima persona per gestire un coniuge o un genitore e quindi sanno cosa vuol dire accompagnare una persona anziana, intrattenerla, stimolarla".

L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE

Per diventare un operatore UGO non è sufficiente caricare la propria candidatura sulla piattaforma: dopo diversi colloqui, le persone selezionate fanno un percorso di formazione, gestito in parte internamente e in parte da altre associazioni, per i corsi di primo soccorso o di movimentazione dalla carrozzina, o la Fondazione ANT e AMO la vita onlus per

Anche se il fulcro dell'attività è legato alla salute, con l'accompagnamento a visite mediche, terapie, controlli, in realtà l'obiettivo di Ugo è quello di ridare un po' di autonomia e indipendenza alla persona a 360 gradi quindi accompagnandolo a fare una passeggiata al parco, mentre gioca a carte piuttosto che leggendo un libro, con l'idea di diventare un caregiver on demand quando il familiare non c'è

UGO IN NUMERI

+600 operatori attivi
+10.000 famiglie supportate
+30.000 ore di accompagnamento erogate

l'approccio al paziente oncologico, o ancora l'associazione APM per la gestione dell'utente affetto da Parkinson. "È fondamentale per noi che i nostri operatori abbiano tutti gli strumenti per affrontare le diverse situazioni in cui si trovano, perché non esiste solo l'anziano arzillo che vuole giocare a carte, ma spesso ci si trova di fronte a casi complessi, difficili, di fragilità diverse, non legate solo all'età ma anche a malattie pesanti".
Dopo la formazione, gli operatori vengono attivati e da lì inizia una fase di monitoraggio, con la richiesta di un feedback costante di soddisfazione da parte dell'utente.
"La differenza di UGO con un semplice servizio di trasporto sta proprio nella completezza del servizio: un servizio di trasporto ti accompagna in ospedale e ti lascia lì davanti; UGO ti prende in carico, ti accompagna, si occupa delle questioni burocratiche, parla con il medico, ponendosi come soluzione a metà tra l'essere completamente indipendente e l'avere una badante fissa a fianco, all'interno di una filiera di assistenza di cui UGO diventa un tassello importante, rispondendo ai bisogni specifici di una determinata fetta di popolazione. E dove non arriva UGO, intercettiamo comunque il bisogno e attiviamo la nostra rete di contati per soddisfarlo".

Si tratta dunque di dare risposte concrete ai nuovi bisogni delle famiglie, lavorando molto per inserire questa nuova figura all'interno di una società, come quella italiana, che, rispetto ad altri Paesi europei come ad esempio Francia e Germania, è ancora molto assistenzialista e quindi restia a concepire dei servizi sociali e assistenziali a pagamento

UN SERVIZIO IN EVOLUZIONE

Il servizio è partito con la componente dell'accompagnamento, ma ha già ampliato la sua offerta anche ai servizi di commissioni e di compagnia. "Il prossimo passaggio sarà l'accesso al domicilio della persona per aiutarla in piccole attività, senza ancora andare nella parte più intima dell'igiene personale. Un ulteriore step sarà quello del coinvolgimento anche di altre professionalità come potrebbe essere l'infermiera a domicilio, proprio nella logica che i bisogni delle persone si evolvono nel tempo e dunque richiedono di volta in volta risposte specifiche differenti".

UNA RISPOSTA CONCRETA NELLA FILIERA DELL'ASSISTENZA

Molte aziende sono rivolte ad UGO per aiutare i propri dipendenti nella gestione dei genitori anziani o malati. "Anche questo è una risposta interessante alla società di oggi: in un'ottica di work life balance in cui si cerchi di gestire il tempo in modo qualitativamente migliore, affidare i propri cari a un caregiver professionale, mentre si è al lavoro e non si può essere presenti, consente di liberare del tempo ai figli che possono trascorrere con i propri genitori altri momenti che non siano la visita medica. Si tratta dunque di dare risposte concrete ai nuovi bisogni delle famiglie, lavorando molto per inserire questa nuova figura all'interno di una società, come quella italiana, che, rispetto ad altri Paesi europei come ad esempio Francia e Germania, è ancora molto assistenzialista e quindi restia a concepire dei servizi sociali e assistenziali a pagamento. Oggi per fortuna, piano piano, si sta cominciando a capire che il servizio sanitario nazionale pubblico da solo non basta e serve dunque un welfare integrativo con servizi erogati anche privatamente da realtà professionalmente preparate a farlo". ■

https://hellougo.com/

di avv. Alessia Deleo

Club Rotary Milano Rho Fiera Centenario – Cairo Editore – RSA

Quando l'obiettivo è migliorare il benessere degli ospiti

Negli ultimi due anni gli ospiti inseriti nelle RSA ed in altre varie strutture sono stati i soggetti più interessati dalle conseguenze della pandemia da Covid-19.
Per una loro maggior sicurezza e tutela, gli accessi da parte dei parenti degli ospiti all'interno delle RSA sono stati sempre più contingentati (sino ad essere anche inibiti) ed anche le uscite per far visita ai loro famigliari sono state sospese.
Si sente sempre parlare di buoni propositi su come migliorare lo stile di vita dei soggetti più fragili ospiti delle Strutture e non sempre questi intenti vengono messi in atti.
Insomma "c'è chi dice e c'è chi fa"!!
C'è chi dalle parole passa, poi ed invece, ai fatti, come il **Club Rotary Milano Rho Fiera Centenario (Distretto 2041)** che, a seguito della collaborazione con **Cairo Editore**, ha consegnato nei giorni scorsi, all'interno delle RSA "Residenza Il Palio" di Legnano, "Residenza Oasi" di Cerro Maggiore e "Casa Famiglia" di Milano Affori, tutte facenti parte del **Gruppo ISenior-Colisee**, numerose riviste destinate agli ospiti ivi inseriti.
Tali riviste riguardano l'attualità, le celebrities, la cultura del verde, i viaggi, la cucina ed i giochi e permettono ai soggetti fragili di impegnare il loro tempo, allenando la mente e potendo anche "viaggiare" al di fuori delle mura delle RSA.
Insomma, tale iniziativa ha proprio la finalità di migliorare lo stile di vita degli ospiti.
Dopotutto, è questa la finalità del Rotary, ossia quella di incoraggiare e sviluppare l'ideale del "servire", inteso come motore e propulsore di ogni attività.
Con tale gesto e tale iniziativa, il Club Rotary Milano Rho Fiera Centenario (Distretto 2041) ha raggiunto in toto tale scopo. ■

di avv. Alessia Deleo

Le misure di contenzione nelle RSA

Quando sono davvero necessarie e lecite?

La maggior parte degli ospiti delle RSA sono soggetti non autosufficienti, con difficoltà, per esempio a deambulare, a provvedere personalmente alla propria igiene personale e alla propria nutrizione.
Spesso si trovano anche in grande difficoltà con la gestione dello spazio e del tempo, con il rischio che ciò possa portare anche a cadute dal letto o dalla carrozzina.
Accade anche, e sovente, che gli operatori sanitari debbano rapportarsi con persone che pongono in essere atteggiamenti auto ed etero aggressivi, che siano violenti e non controllabili, causando anche al personale sanitario grave nocumento.
Succede pertanto che all'ospite vengano applicate le misure di contenzione.

MA QUANDO È LECITO L'UTILIZZO DI TALI MISURE?

In primis si rende necessario fornire una definizione di "contenzione". Con tale termine ci si riferisce, in generale, alla "restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto".
Vi sono diverse tipologie di contenzione: la contenzione manuale, la contenzione meccanica, la contenzione farmacologica e la contenzione ambientale.

Nelle RSA sono più diffuse le contenzioni meccaniche, ossia l'applicazione di procedure, mezzi e dispositivi applicati al corpo della persona o nello spazio circostante, diretti a limitarne la libertà di movimento. Per esempio, i mezzi applicati direttamente sul paziente a letto, quali fasce, cinture e spondine oppure applicate nelle carrozzine, i mezzi di contenzione per parti del corpo, quali cavigliere, polsiere.
Dal punto di vista normativo, con la chiusura dei manicomi operata con la legge n. 180/1978, è venuto meno il riferimento normativo all'unica tipologia di contenzione regolamentata nel nostro ordinamento, ossia la contenzione fisica o meccanica.
È necessario pertanto fare riferimento, sul piano dell'*ordinamento interno*, alle norme della Costituzione che sanciscono l'autodeterminazione (art. 2 Cost.), il diritto all'inviolabilità della libertà personale (art. 13 Cost.) ed il diritto alla salute e alla dignità (art. 32 Cost.); a livello *dell'Unione Europea*, numerose e diverse disposizioni della Carta di Nizza sanciscono il rispetto dei diritti della persona, del malato e dell'anziano. Anche sul *piano internazionale*, di fondamentale rilevanza è la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle Persone con Disabilità, ratificata dall'Italia con Legge n. 18 del 3 marzo 2009.
Nel silenzio della Legge, è stata la giurisprudenza a determinare i principi giuridici e le condizioni di liceità e di illeceità dell'utilizzo dei mezzi di contenzione, in particolare – e direi in modo esclusivo – della contenzione fisica/meccanica.
Degna di nota è la recente sentenza emessa dalla **Corte di Cassazione, V sezione, 20 giugno 2018 n. 50497** che si è pronunciata, tra l'altro, in ordine ai limiti della contenzione e alla scriminante del suo impiego.

In sintesi:
- la contenzione non ha natura di "atto medico", ma, di fatto, è un presidio restrittivo della libertà personale; svolge una mera funzione di tipo "cautelare", in quanto diretto a salvaguardare l'integrità fisica del paziente, o di coloro che vengono a contattato con quest'ultimo, quando si è in presenza di una situazione di concreto pericolo per l'incolumità degli stessi;
- l'uso della contenzione non può considerarsi lecito solo perché l'operatore sanitario è titolare di una *posizione di garanzia* nei confronti del paziente, determinando in automatico l'obbligo giuridico ex art. 40 comma 2 c.p., di attivarsi per neutralizzare il pericolo di atti di auto ed etero aggressivi da parte dell'ospite;
- ciò determina che la privazione della libertà che deriva dall'applicazione della contenzione deve essere disposta dal sanitario **solo** in *situazioni straordinarie* e *per il tempo strettamente necessario* dopo aver esercitato la massima sorveglianza sul paziente;
- l'uso della contenzione meccanica può essere considerato lecito – senza il consenso del paziente – **solo** al presentarsi delle condizioni di cui all'art. 54 c.p., ossia quando sia presente una **concreta situazione di pericolo attuale** (ciò significa che è vietata l'applicazione delle contenzioni in via precauzionale/preventiva e l'attualità del pregiudizio deve essere riscontrata in maniera "puntuale e dettagliata") **di un danno grave alla persona** (del paziente o di colore che con questi interagiscono durante la degenza), **non altrimenti evitabile** (il medico dovrà preventivamente valutare strumenti alternativi alla contenzione) e rispondendo al **criterio della proporzionalità**.

Di fatto, i sanitari non dovranno invocare l'art. 54 c.p., nel momento in cui il paziente avrà prestato il consenso informato all'applicazione delle misure di contenzione.
Come è noto, il **consenso** deve essere:
- *personale:* deve provenire dal titolare del diritto alla salute o da suo rappresentante legale;
- *libero:* non vi devono essere ipotesi di minaccia, violenza, dolo o errore;
- *attuale:* deve essere precedente al trattamento e permanere per tutta la durata;
- *specifico espresso:* deve riguardare uno specifico trattamento medico;
- *revocabile:* può essere revocato in qualsiasi momento, compresa la possibilità di interrompere un trattamento terapeutico già iniziato;
- *informato:* deve essere preceduto da adeguata informazione in merito alla natura dell'intervento, ai rischi prevedibili ed alle alternative terapeutiche.

Da quanto detto, emerge, pertanto, che l'applicazione delle misure di contenzione è legittima solo quando non vi siano altri mezzi realisticamente efficaci e nei casi in cui sia evidente e riconoscibile il carattere dell'eccezionalità.
Sicuramente l'applicazione della contenzione non potrà mai essere dettata da motivi di carattere punitivo o giustificata per sopperire a carenze organizzative. In merito a tale ultima affermazione, è fatto notorio che negli ultimi mesi si sia assistito alla "fuga" dalle RSA di personale sanitario (medici, infermieri, operatori socio sanitari – cosiddetti OSS – e ausiliari socio assistenziali – cosiddetti ASA) che ha determinato all'interno delle stesse una grande carenza di personale. Spesso il personale ancora ivi presente viene adibito a mansioni per cui, magari, non ha idonea competenza. Prendiamo ad esempio il soggetto affetto da demenza senile, che, per la patologia di cui soffre, ha necessità di assistenza continua e la cura da parte di operatori competenti e qualificati. È evidente, in questo caso, che le misure di contenzione non devono essere assolutamente ed in alcun modo applicate per sopperire a tale mancanza.
Non si tratta solo di una questione giuridica, di posizione di garanzia e di assunzione di responsabilità. Si tratta a tutti gli effetti di una questione morale, di un completo "affidamento" da parte dei parenti dell'ospite che affidano il loro caro alle cure, non solo mediche e di assistenza, ma anche e soprattutto amorevoli degli operatori. Si tratta di un rapporto di collaborazione e di fiducia reciproca, tra Struttura e ospite/parenti, che deve essere "coltivato" giorno per giorno. ■

di Luca Croci

Geriatra, il medico che cura l'anima

È questo lo spirito con cui il dottor Angelo Carlà, medico geriatra, vive quotidianamente la sua professione come Direttore Sanitario all'interno delle RSA lombarde del Gruppo Colisee

Il dottor Angelo Carlà.

Tutto inizia con il primo ingresso nella struttura. Un posto nuovo dove un gruppo di ragazzi o poco più grandi ti accolgono vestiti con le loro divise, mostrandoti i loro sorrisi (anche solo con gli occhi quando la bocca è coperta da una mascherina). Ti chiedono come stai, ti danno del tu anche se non li conosci. Cercando di accoglierti al meglio in quella che nel bene o nel male diventerà la tua nuova casa. Probabilmente l'ultima.

È così che inizia il percorso di accoglienza di un anziano in una RSA. Un luogo dedicato al prendersi cura degli anziani fragili, non più autonomi nelle attività di vita quotidiana. Attività che ciascuno di noi da talmente per scontato da non rendersi neanche conto del loro valore. Mangiare da soli, camminare, andare in bagno o anche solo parlare. Attività che una volta diventate deficitarie necessitano dell'assistenza di un'altra persona, non sempre familiare.

Ho iniziato a lavorare in RSA subito dopo la laurea, una scelta imprevista in quanto durante il percorso di studio non si fa mai cenno a questo genere di realtà pur essendo notevolmente presenti sul territorio. Quasi fossero luoghi dove si esercita medicina "semplice", quasi fossero luoghi di "serie B". Come se assistere il prossimo non fosse il fondamento dell'intera medicina, una disciplina umanistica più che scientifica come può essere la chimica o la biologia che hanno a che fare con i componenti, con gli oggetti e non con le emozioni.

Dopo un anno in RSA ho deciso di intraprendere il percorso di studi in Geriatria sperando di finirlo al più presto, una volta superate le selezioni, per poter tornare laddove avevo lasciato il cuore e dove molti colleghi preferiscono non esercitare.

La perdita di autonomie e la sfocatura dell'identità causata dai deficit cognitivi correlati all'invecchiamento sono, in estrema sintesi, il motivo per il quale io e la mia equipe di collaboratori aiutiamo chi decide di risiedere da noi. Il nostro compito è quello di individuare i bisogni di ciascun "ospite" ritagliandoci del tempo durante la necessaria compilazione della burocrazia per conoscere la persona che c'è (o che c'era) dietro quella maschera di formalità e timore che nella maggior parte dei casi ci si para innanzi.

All'individuazione del bisogno segue poi la ricerca di un approccio per risolverlo. Incontinenza, difficoltà a deglutire, incapacità di comunicare, dolore, incapacità a deambulare, decadimento cognitivo. Sono solo alcune delle pene che affliggono persone con decenni alle spalle e che ora si ritrovano costretti a chiedere il nostro supporto. All'inizio è così. Tra la vergogna e la seccatura, dover chiedere di andare in bagno o di essere cambiati. Poi però l'abitudine e la confidenza che via via prende piede consentono anche di sorridere, di chiacchierare e a noi di coccolare.

L'oppositività e la reticenza lasciano il posto alla fiducia. Ciascuno per il suo. L'educatore per stuzzicare la mente e sottrarla alla noia di giornate passate spesso nella stessa stanzona condivisa, il fisioterapista per andare in palestra o tenere in attività un corpo che preferirebbe stare fermo, gli assistenti per alimentarsi a piacimento con questo o quel cibo di proprio gradimento. Quelle piccole cose che vanno al di fuori della routine e che non saranno mai prescritte da alcun medico, ma fanno bene all'anima oltre che al corpo.

Mi piace sostenere, con gli ospiti, i parenti o gli stessi collaboratori, che la potenza di una carezza non è pareggiabile da alcun farmaco o medicamento. Un sorriso suscitato è un successo più di qualunque punteggio auspicabile raggiunto negli obiettivi prefissati ed espressi da numeri a questo o quel test di valutazione.

Il geriatra è colui che cura le persone che hanno superato i 70 anni, il "medico dei vecchi". Per qualche sciagurato una perdita di valore della medicina destinata a chi in fin dei conti "la sua vita l'ha già fatta". Ma per quanto mi riguarda, l'obiettivo della mia preziosa professione non è certo quello di curare le malattie che spesso sono croniche e degenerative, pertanto incurabili per definizione. Quello a cui aspiriamo è la soddisfazione, il benessere, la scomparsa di ogni sofferenza. Se dovessi scegliere un motto per la nostra professione da affiggere sulle porte di ogni studio medico delle RSA sarebbe "Qui si cura l'anima". ■

Mi piace sostenere, con gli ospiti, i parenti o gli stessi collaboratori, che la potenza di una carezza non è pareggiabile da alcun farmaco o medicamento.

di avv. Alessia Deleo

Le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Cosa prevede la normativa?

L'**art. 4** della **Legge n. 219 del 22 dicembre 2017**, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, regolamenta le **Disposizioni Anticipate di Trattamento - DAT**.
In previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, ogni persona, maggiorenne e capace di intendere e di volere, può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o a scelte terapeutiche o a singoli trattamenti sanitari.
Nelle DAT il disponente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di Legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali. A fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.
Le DAT *devono* essere **redatte** per *atto pubblico* o per *scrittura privata autenticata* o per *scrittura privata* e possono essere rilasciate presso un notaio, presso l'Ufficio dello stato civile del Comune di residenza del disponente (consegnate personalmente dal disponente), presso le strutture sanitarie competenti nelle Regioni che abbiano regolamentato la raccolta DAT, presso gli uffici consolari italiani, per i cittadini italiani all'estero.
La normativa prevede espressamente una deroga alle suindicate modalità. Infatti, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, le DAT possono essere rilasciate attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare.

nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, le DAT possono essere rilasciate attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare

Cosa accade se il disponente cambia idea in merito a quanto disposto nelle DAT? La normativa prevede espressamente che le DAT possano essere sempre rinnovabili, modificabili e revocabili con le *stesse forme con cui sono state rilasciate*. Anche in questo caso è prevista un'eccezione. Infatti, nei casi in cui *ragioni di emergenza e di urgenza* non consentissero di procedere alla revoca con le stesse modalità con cui sono state rilasciate, le DAT possono essere revocate con *dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.* Si pensi, per esempio, al paziente ricoverato in ospedale che, dopo aver conferito con il medico, è intenzionato a mutare le sue volontà.
Il disponente, all'interno delle DAT, **può** (non vi è obbligo) nominare una persona di fiducia (cosiddetto Fiduciario) che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.
Il cosiddetto **Fiduciario** deve essere, come per il disponente, **persona maggiorenne e capace di intendere e di volere**.
Il fiduciario deve espressamente accettare tale "incarico" e tale sua volontà deve essere manifestata mediante la sottoscrizione delle DAT oppure con atto successivo che viene allegato alle DAT. Al fiduciario viene rilasciata una copia delle stesse.
Si precisa che il fiduciario può, in ogni tempo, rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

Cosa succede se il disponente vuole cambiare il fiduciario? Il disponente non deve fare altro che procedere con la revoca della nomina. Infatti, l'incarico del fiduciario può essere revocato in *qualsiasi momento*, con le stesse modalità previste per la nomina (ossia con le stesse modalità previste per il rilascio delle DAT) *e senza obbligo di motivazione*.

Cosa succede se le DAT non contengono l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace di intendere e di volere? In questi casi le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il Giudice Tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno.

Qual è il ruolo del medico in presenza di DAT? Ai sensi dell'art. 1 comma 6 Legge n. 219 del 2017 "il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale (…)".
Il medico è tenuto, pertanto, al rispetto delle DAT, purché queste, come detto in precedenza, non contengano richieste di trattamenti sanitari contrari alla Legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico assistenziali.
Tuttavia, le DAT possono essere dal medico disattese, in tutto o in parte, in accordo con il fiduciario, qualora:
- appaiano palesemente incongrue, o
- appaiono non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente, o
- sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

In caso di conflitto tra il fiduciario ed il medico, la decisione è rimessa al Giudice Tutelare.

Dove vengono registrate le DAT? Il **Decreto n. 168 del 10 dicembre 2019**, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 13 del 17 gennaio 2020, disciplina le **modalità di registrazione delle DAT nella Banca dati nazionale.**

Chi può consultare le DAT registrate nella banca dati nazionale? Possono accedere ai servizi di consultazione delle DAT registrate alla banca dati nazionale, **attraverso autenticazione SPID, CNS o CIE**, il disponente e il fiduciario eventualmente da lui nominato nonché **il medico cha ha in cura il disponente** in *situazione di incapacità di autodeterminarsi ed è chiamato ad effettuare accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche o eseguire trattamenti sanitari sul disponente*.

****

Riflessioni: la normativa prevede espressamente che il disponente, "dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte", può esprimere le sue volontà attraverso le DAT. Ora: da chi acquisisce le informazioni mediche? Chi controlla che effettivamente siano state richieste ed acquisite tali informazioni? Com'è possibile ottenere informazioni mediche in merito alle conseguenze delle proprie scelte – per esempio, riguardo ad un rifiuto ad un trattamento sanitario – se la persona non conosce il suo futuro sotto l'aspetto clinico-sanitario?
La legge n. 219/2017, di fatto, ha affrontato un argomento – il "diritto alla vita, alla salute e alla dignità" – molto "sentito" in questi ultimi anni.
C'è chi approva tale legge e chi la contrasta. Un elemento, tuttavia, è evidente: nonostante siano ormai trascorsi quattro anni dall'entrata in vigore della stessa, poche persone ne conoscono l'esistenza. Qual è il motivo? ■

Il medico è tenuto, pertanto, al rispetto delle DAT, purché queste, come detto in precedenza, non contengano richieste di trattamenti sanitari contrari alla Legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico assistenziali

di A.V.

Anziani nelle RSA: l'importanza di una corretta alimentazione

Quali sono i maggiori rischi a cui vanno incontro gli anziani e come cambiano le loro necessità nutrizionali

La terza età è un periodo del naturale ciclo di vita dell'essere umano nel quale si assiste alla **riduzione delle riserve funzionali di organi e apparati**, una condizione che espone l'individuo ad un maggior rischio di disturbi e malattie. Il **fisiologico processo di invecchiamento** impatta numerose dimensioni della sfera fisica della persona e può comportare l'insorgere di una serie di diverse problematiche, tra cui quelle relative all'alimentazione.

Diversi fattori tra cui la vita sedentaria, la solitudine, la perdita di appetito cagionata dall'età, e la fatica dovuta all'approvvigionamento del cibo e alla sua preparazione possono condizionare negativamente le abitudini alimentari in un soggetto anziano, portando a un **dimagrimento progressivo troppo spesso sottovalutato**, o non riconosciuto come un disturbo alimentare da tenere sotto stretto controllo medico. Nell'anziano **possono quindi manifestarsi disturbi che ne impediscono la corretta nutrizione**, creando una condizione di malnutrizione che può ulteriormente aggravare malattie esistenti o incidere negativamente sulle condizioni di salute. Potrebbe essere il caso di **patologie**, come il diabete e l'osteoporosi, o di malattie del **sistema neurologico** come l'Alzheimer e il Parkinson, che debilitano la persona impedendole di alimentarsi correttamente. Inoltre, le persone avanti con l'età spesso incorrono in altre **difficoltà** o **disturbi** quali la sarcopenia, ovvero la perdita di massa corporea, disfagia ovvero la difficoltà a deglutire correttamente, e/o la stipsi, un disturbo particolarmente diffuso tra i soggetti in questione. Altre problematiche possono essere legate al malfunzionamento del sistema immunitario o dell'organismo, generando ad esempio malnutrizione e disidratazione dovute all'assenza delle sensazioni di fame e di sete.

Ulteriori difficoltà spesso lamentate dagli individui nella terza età sono collegate alla **digestione**. Lo stomaco, esattamente come tutti gli altri organi, è soggetto al processo di invecchiamento, il quale comporta una riduzione della produzione di **acidi gastrici** e una minore mobilità delle pareti dello stomaco, tutti processi che impediscono all'organo di svolgere la sua normale funzione.

Inoltre, gli stessi farmaci che l'anziano assume quotidianamente possono avere degli effetti collaterali: è infatti abbastanza comune che l'assunzione di antibiotici e narcotici possa comportare la perdita di appettito e/o di peso nelle persone anziane.

La presenza di tutte queste condizioni comporta necessariamente **un cambiamento dal punto di vista delle necessità nutrizionali dell'individuo**, che è opportuno conoscere al fine di elaborare programmi alimentari corretti e personalizzati.

Per diffondere una maggiore conoscenza e comprensione delle esigenze alimentari in questa fase della vita, Elior, che da anni è presente nel settore delle RSA con una offerta studiata specificamente sulle esigenze dell'anziano, ha realizzato il portale online con **NutriAge**, che offre **informazioni** relative alle **problematiche di alimentazione** delle persone più fragili e **approfondimenti su come approcciare la dieta dell'anziano**, rispondendo adeguatamente ai suoi specifici fabbisogni nutrizionali. Attraverso **schede** complete su ognugna delle condizioni che possono colpire l'anziano, NutriAge fornisce una panoramica sulle principali patologie legate all'alimentazione, offrendo contemporaneamente pareri e consigli di dietisti specializzati nella terza età.

Il Progetto, patrocinato dall'Associazione Scientifica **Brain and Malnutrition**, costituisce quindi **un canale scientifico**, con **contenuti realizzati dalle dietiste** dell'Associazione, a cui sono associati consigli sui cibi da preferire e accorgimenti dedicati per assicurare ad ognuno il corretto apporto di nutrienti, anche attraverso soluzioni innovative nel servire il pasto. Per i casi di malnutrizione dovuti all'alterazione di gusto e olfatto, ad esempio, vengono proposti pasti contenuti in volume ma arricchiti in nutrienti che favoriscono l'apprezzamento del cibo e, contemporaneamente, riducono il consumo di integratori.

Nelle RSA diviene sempre più importante la creazione e implementazione di programmi nutrizionali specifici basati sulle esigenze dei singoli ospiti. **La promozione di una cultura della corretta e specifica gestione delle tematiche nutrizionali dell'anziano** costituisce infatti un elemento essenziale nel favorire una migliore qualità della vita degli ospiti delle RSA e non solo. ■

Per maggiori informazioni il portale Nutriage è disponibile all'indirizzo: **elior-nutriage.it**

www.elior.it/ristorazione/sanita

seguici su

https://www.linkedin.com/company/elioritalia/?originalSubdomain=it

https://www.instagram.com/elior_italia/

di A.V.

Tag RFID e tracciabilità dei capi: tecnologia al servizio della persona

Le strutture sanitarie sono luoghi sensibili, caratterizzati da processi estremamente complessi e determinanti per la salute pubblica. Qui il ricorso alla tecnologia, come ad esempio l'RFID per la tracciabilità della biancheria, è sempre più fondamentale, perché permette di esercitare il pieno controllo sullo svolgimento del servizio e garantire la massima sicurezza a ospiti e operatori

Servizi Italia

Una delle sfide più importanti rispetto ai servizi accessori nelle case di riposo è senza dubbio la capacità di far sentire l'ospite in un mondo sicuro e protetto. Essere contornati dai propri oggetti contribuisce in modo significativo al benessere e alla serenità delle persone ed è per questo motivo che la lavanderia industriale, nel corso degli anni, si è evoluta al punto da garantire un servizio puntuale, preciso, efficace e su misura non solo della biancheria da letto, ma anche e soprattutto della biancheria della persona.

Wash Service S.r.l., parte del **Gruppo Servizi Italia** e **leader nel settore del lavaggio e noleggio della biancheria per le R.S.A.**, ha fatto di questo la propria missione quando, nel 2008, introdusse per la prima volta questo modo di vedere, rivoluzionando di fatto l'approccio globale alla lavanderia dedicata alle case di riposo.

Col tempo, oltre alla dedizione e alla costanza, è venuta in aiuto la tecnologia, grazie all'introduzione di un sofisticato sistema di tracciabilità dei capi che permette non solo di localizzare i capi, ma anche di avere informazioni precise circa il numero di lavaggi, le condizioni ed eventuali necessità di riparazione.

Il sistema di tracciabilità permette quindi di individuare e quantificare il servizio effettuato; garantire l'assenza di contaminazioni in ingresso e in uscita dalla lavanderia; verificare la piena efficacia del servizio in tutte le fasi del processo; predisporre la riconsegna degli indumenti al proprietario. Questo specifico sistema ha di fatto aperto un canale di comunicazione diretto fra la struttura e il servizio di lavanderia, permettendo di identificare e rintracciare in ogni momento gli indumenti e la biancheria; oltre a questo il chip consente anche di ricavare automaticamente **informazioni per suo il lavaggio**, così da consentire una gestione efficiente e senza brutte sorprese anche degli indumenti più delicati.

La **tecnologia RFiD (Radio Frequency Identification)**, già in uso da tempo nella lavanderia ospedaliera, si basa sull'applicazione di **speciali etichette elettroniche** (i cosiddetti *tag*) su tutti i supporti tessili. Questi dispositivi memorizzano automaticamente le **informazioni sui processi e sulla logistica** a cui il capo viene sottoposto e possono, quindi, essere interrogati nel caso in cui sia necessario risalire a queste informazioni.

Il sistema permette, tra le altre cose, di **gestire la dotazione iniziale di ciascun ospite**, conoscendo in tempo reale la posizione di ogni capo e il numero di lavaggi e trattamenti a cui è stato sottoposto.

Questa soluzione porta **grandi vantaggi gestionali e risparmi**, consentendo di trasformare l'intero assetto organizzativo e creando la **massima sinergia fra Wash Service – Gruppo Servizi Italia, l'ente e i suoi ospiti**, nella prospettiva condivisa di un **servizio puntuale, preciso e con limitatissimi margini di errore**.

Il **sistema di tracciabilità** può essere integrato anche con una **speciale applicazione**, che permette agli operatori di cliniche e case di riposo di avere in tempo reale informazioni dettagliate sul servizio di lavanderia e gestione guardaroba ospiti. Grazie a questo software dall'interfaccia intuitiva e *user-friendly* è possibile accedere, in tempo reale, all'elenco degli ospiti presenti in struttura, alla lista dei capi in dotazione corredata di eventuali segnalazioni, così come a tutta la documentazione e alle eventuali informazioni di contatto.

La struttura sanitaria può controllare in ogni momento l'andamento del servizio, accedendo a una **reportistica trasparente e dettagliata** che rappresenta la chiave per identificare tempestivamente le aree di criticità e risolvere eventuali problematiche; di contro, anche le famiglie degli ospiti possono verificare la dotazione del loro caro, integrarla e segnalare eventuali mancanze o sostituzioni. Tutto questo **con chiarezza e trasparenza**, con la possibilità sia per i clienti che per gli ospiti di avere il pieno controllo su ogni passaggio dell'intero processo. ■

Il sistema di tracciabilità può essere integrato anche con una speciale applicazione, che permette agli operatori di cliniche e case di riposo di avere in tempo reale informazioni dettagliate sul servizio di lavanderia e gestione guardaroba ospiti

WashService Lavanderia Industriale
Gruppo Servizi Italia

di A.V.

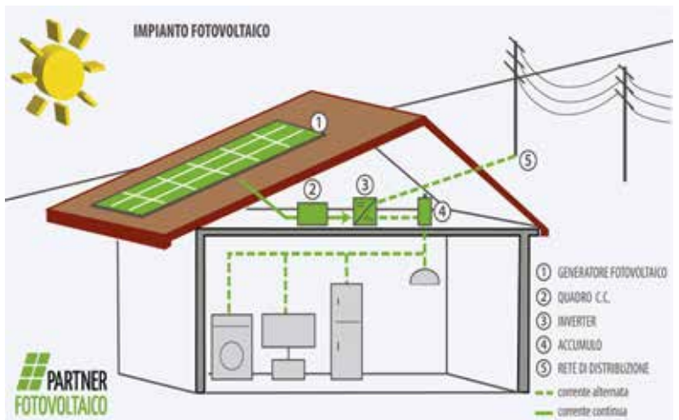
Investire nel fotovoltaico

L'autoproduzione di energia può essere di grande aiuto nel tagliare i costi

In un momento di grande incertezza economica e sociale, viste le innumerevoli carenze strutturali, il tema energetico assume un ruolo centrale in Italia. L'**autoproduzione dell'energia elettrica** diventa quindi una delle chiavi di volta per essere il più possibile indipendenti dalle fonti fossili.

TECNOLOGIA FOTOVOLTAICA

Un impianto fotovoltaico è un impianto elettrico costituito principalmente dall'assemblaggio di moduli fotovoltaici (comunemente detti "pannelli") che, grazie all'effetto fotovoltaico, sfruttano l'energia solare incidente per produrre energia elettrica attraverso un inverter, che trasforma la corrente continua in uscita dai moduli in corrente alternata fruibile. Il tutto viene completato da cablaggi e quadri elettrici. Un impianto fotovoltaico trasforma quindi direttamente e istantaneamente l'energia solare in energia elettrica, senza l'utilizzo di alcun combustibile fossile.



Per realizzare un impianto fotovoltaico è necessario disporre di una superficie orientata opportunamente rispetto al sole. Di norma si tratta di tetti o di terreni annessi alla struttura principale oppure parcheggi, depositi, magazzini eccetera. Altra condizione necessaria è consumare elettricità in un modo il più possibile costante. Sotto questo aspetto, le Rsa sono un soggetto ideale, perché in funzione 365 giorni all'anno, in inverno e in estate. Infatti, conviene consumare l'energia prodotta e non venderla alla rete, perché viene pagata poco.

Lo spazio necessario a un impianto fotovoltaico varia in base a tre fattori: la capacità di produzione richiesta dall'impianto, l'efficienza dei singoli pannelli fotovoltaici, il numero di panelli fotovoltaici necessari. Le dimensioni medie di un singolo pannello fotovoltaico monocristallino, con potenze di picco tra 300 e 400 Wp sono: altezza di 160-170 cm, larghezza di 100-110 cm, spessore di 4-5 cm. Per un totale di superficie media occupata (compresi staffe di sostegno e cavi di collegamento) di 1,7 metri quadrati. Più un pannello è efficiente e meno ne serviranno per produrre il quantitativo di energia necessario e, di conseguenza, meno spazio sarà richiesto (vedi box "Varia efficienza"). La produzione elettrica di un impianto fotovoltaico, che per convenzione si esprime in kWh, è frutto dell'interazione di diversi fattori tra cui la radiazione solare incidente sul sito di installazione (dovuta principalmente alla sua latitudine), l'inclinazione e l'orientamento dei moduli, l'eventuale presenza di ombreggiamenti e il rendimento dei componenti dell'impianto (in particolare, moduli e inverter).

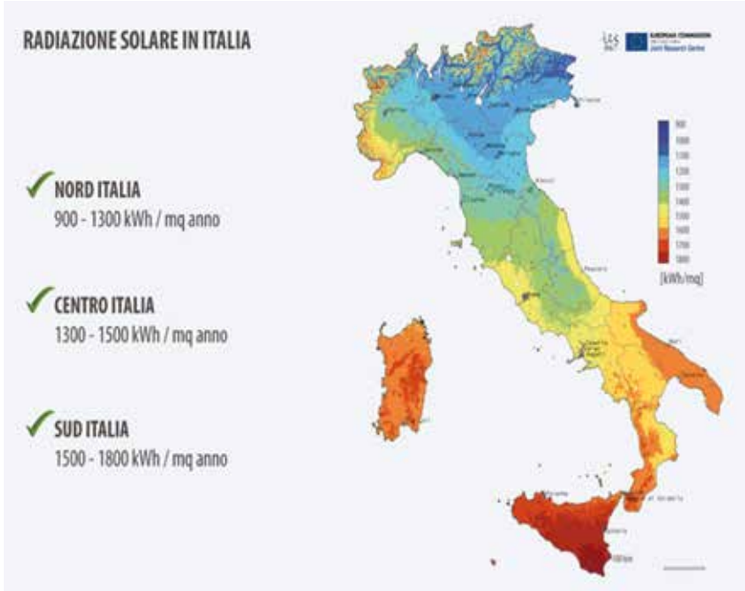
SI MIGLIORA L'AUTONOMIA ENERGETICA

Sono tanti i vantaggi e le motivazioni per installare un impianto fotovoltaico. Ecco i principali:

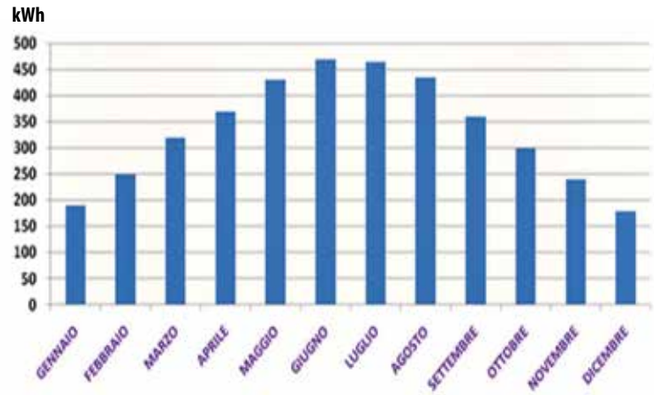
- l'autoproduzione di energia in loco;
- la riduzione dei costi energetici;
- il rispetto delle normative nazionali e internazionali per la riduzione dei gas climalteranti;
- la riduzione della carbon footprint e il conseguente impatto ambientale;
- l'integrazione del percorso di efficienza energetica che si completa attraverso interventi di efficienza energetica dell'edificio;
- l'aumento dell'autonomia dalla rete distribuzione elettrica nazionale;
- l'incremento temporaneo della potenza elettrica disponibile;
- la maggiore resilienza energetica dell'edificio.

I modelli economici per la realizzazione di un impianto fotovoltaico attraverso l'utilizzo di un FTT (Finanziamento Tramite Terzi), generalmente fondi di investimento pubblici e privati, sono basati sostanzialmente sul seguente schema:

- engineering completo dell'impianto con la formula "chiavi in mano";
- gestione diretta dell'iter autorizzativo;
- procurement & construction;
- full-service manutentivo;
- garanzie di produzione energetica e performance;
- monitoraggio performance;
- consulenza burocratica;
- investimento finanziario per realizza-



Tipica produzione di un impianto fotovoltaico (4.000 kWh annui)



riferito a un impianto fotovoltaico su edificio residenziale unifamiliare nel centro Italia

RAPPORTO SUPERFICIE DISPONIBILE - POTENZA IMPIANTO

Di seguito è indicato lo spazio necessario per produrre **1 kW** con pannelli a efficienza diversa:

- 7 metri quadrati con pannelli da 300 Watt picco;
- 5 metri quadrati con pannelli da 350 Watt picco;
- 2,5 metri quadrati con pannelli da 450 Watt picco.

Perciò lo spazio necessario per un impianto fotovoltaico da **20 kWh** è, a seconda dell'efficienza del pannello solare:

- 114 metri quadrati con 67 pannelli da 300 Watt picco;
- 99 metri quadrati con 58 pannelli da 350 Watt picco;
- 77 metri quadrati con 45 pannelli da 450 Watt picco.

zione opere totalmente a carico dell'investitore;
- impianto di proprietà del cliente a fine contratto.

Ci sono due modelli operativi per la realizzazione di un impianto fotovoltaico attraverso un finanziamento privato. La prima opzione è il "**Solar Power Purchase Agreement**" (**SPPA**), che sostanzialmente permette di produrre energia elettrica scontata dall'impianto fotovoltaico a investimento zero per il fruitore. La seconda opzione è il "**Modello Variabile**", dove l'energia autoprodotta ripaga l'impianto con una rata fissa costante.

Lo spazio per un impianto fotovoltaico varia in base a tre fattori: la capacità di produzione richiesta dall'impianto, l'efficienza dei singoli pannelli fotovoltaici, il numero di panelli fotovoltaici necessari

Il modello SPPA è così articolato:
1. Si costituisce una società veicolo per la realizzazione dell'operazione.
2. L'investitore finanzia e realizza l'impianto fotovoltaico gestendo l'iter autorizzativo e la costruzione.
3. La società proprietaria dell'impianto vende l'energia elettrica prodotta a una tariffa scontata all'utilizzatore e garantisce le performance tecniche dell'impianto per massimizzare al massimo l'offerta di energia elettrica.
4. Nella tariffa SPPA è previsto tutta la manutenzione ordinaria e straordinaria dell'impianto fotovoltaico.
5. Viene mantenuto il prezzo dell'energia elettrica autoprodotta fisso per tutta la durata del contratto.
6. Generalmente il contratto dura 20 anni.
7. L' eventuale remunerazione per l'energia immessa in rete è, di solito, a favore del cliente.
8. Al termine del contratto il cliente diventa proprietario dell'impianto.

I principali vantaggi del modello SPPA sono i seguenti:
- nessun investimento iniziale di capitale da parte del cliente;
- tariffa SPPA fissa per tutta la durata del contratto;
- risparmio immediato senza rischi;
- servizio di manutenzione ordinaria e straordinaria integrato nel contratto;
- garanzie di produzione energetica e performance nel tempo;
- nessun obbligo di pagamento in caso di non producibilità dell'impianto.

Il "Modello Variabile" è invece così articolato:
1. L'investitore finanzia e realizza l'impianto fotovoltaico, gestendo l'iter autorizzativo e la costruzione.
2. Si definisce una rata fissa mensile per l'intera durata del contratto. La rata è calcolata per essere coerente e ripagabile dall'autoproduzione, generando uno sbilancio costi "zero" per l'utilizzatore.
3. Si definisce un servizio di manutenzione ordinaria e straordinaria.
4. La durata contrattuale è flessibile fino a 10 anni.
5. Di solito, l'eventuale remunerazione per l'energia immessa in rete è a favore del cliente.
6. Al termine del contratto il cliente diventa proprietario dell'impianto.

I principali vantaggi di questo modello sono:
- nessun investimento iniziale di CAPEX;
- durata flessibile e non superiore ai 10 anni;
- la rata fissa è coerente con l'autoproduzione;
- nessun anticipo e nessuna maxi rata finale. ■

NEWS

A Darfo Boario apre una Casa di Comunità

È stata inaugurata nei giorni scorsi, alla presenza della vicepresidente e assessore al Welfare di Regione Lombardia Letizia Moratti, la nuova Casa di Comunità di Darfo Boario Terme (Bs). La struttura fa parte delle otto Case di Comunità dell'ambito territoriale dell'Asst della Valcamonica la cui attivazione è prevista dalla Legge di potenziamento della sanità lombarda. Oltre a quella di Darfo Boario Terme, ne saranno attivate a Pisogne, Berzo Inferiore, Ossimo, Breno, Cedegolo, Edolo e Ponte di Legno. Accanto a tali strutture, saranno attivati anche due Ospedali di Comunità, a Esine ed Edolo. La Casa di Comunità di Darfo Boario Terme offre diversi servizi. Oltre al Pua (Punto Unico di Accesso), vi sono infatti il servizio di assistenza protesica, l'ambulatorio per le certificazioni medico-legali, servizi amministrativi, servizi vaccinali, punto prelievi, servizi di cure primarie con la presenza di ambulatori con due medici di medicina generale e un pediatra, le sedi dell'Avis (Associazione Italiana Volontari del Sangue) e dell'Anffas (Associazione Nazionale Famiglie di persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale), con un ambulatorio odontoiatrico bimensile per persone disabili. Sono inoltre erogati servizi di specialistica ambulatoriale (cardiologia, oculistica, diabetologia, odontostomatologia, dialisi, riabilitazione fisioterapica, servizi infermieristici.

Energia: dalla Fiaso 10 regole per consumarne meno

Con l'aumento dei prezzi dell'energia devono farci i conti (è proprio il caso di scriverlo) anche le aziende sanitarie, Rsa comprese. Per arginare il caro bollette, la Fiaso (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) ha pubblicato un decalogo, seguendo il quale si dovrebbero ridurre i consumi dal 10% al 12%. Eccolo nel dettaglio:
1) nominare l'energy manager dell'azienda;
2) implementare gli impianti di cogenerazione o la percentuale delle ore di funzionamento, favorendo l'uso nelle fasce tariffarie a più alto costo;
3) utilizzare luci esterne a led alimentate a batterie ricaricabili con pannello fotovoltaico incluso;
4) riqualificare in termini di efficientamento le centrali termiche;
5) impiegare interruttori crepuscolari per la gestione delle luci esterne oppure installare sistemi intelligenti di controllo dell'illuminazione;
6) impiegare interruttori "di presenza" nei locali interni, con particolare attenzione ai servizi igienici;
7) regolare le temperature di mandata dell'acqua calda in inverno e dell'acqua refrigerante in estate in centrale termica;
8) monitorare costantemente le temperature dei locali a uso sanitario per evitare discomfort e regolare di conseguenza la produzione delle centrali termiche e frigorifere, facendo attenzione a consumi non necessari nelle stagioni intermedie;
9) eseguire una manutenzione regolare, pulendo o cambiando frequentemente i filtri degli impianti di riscaldamento, ventilazione e condizionamento;
10) promuovere il coinvolgimento diretto dei dipendenti nell'attuare comportamenti responsabili (spegnere le apparecchiature al termine dell'uso, attivare le funzioni di risparmio energetico in fase di stand by, regolare la temperatura degli impianti di riscaldamento eccetera).

Fonte: www.fiaso.it

di Letizia Rossi

RSA in legno, spunti per una nuova edilizia green

Peter Rosatti, ceo di Rubner Holzbau, spiega quali vantaggi e trend di questo materiale

Peter Rosatti, CEO di Rubner.

Se a livello globale il trend dell'edilizia in legno è in continua crescita, anche il panorama nazionale comincia ad accorgersi delle possibilità offerte da questo materiale, in chiave di benessere, risparmio, ridotte emissioni e nuovi orizzonti si aprono anche per strutture sociosanitarie.

«I materiali con cui sono stati costruiti e la qualità dell'aria all'interno degli edifici che frequentiamo giocano un ruolo di fondamentale importanza sulla nostra salute in generale – sottolinea **Peter Rosatti, ceo di Rubner Holzbau** – Quando si parla di architettura al servizio della salute, la scienza conferma che l'attrazione naturale dell'uomo per la natura, il senso di benessere che si prova nei paesaggi naturali, così come il vivere in ambienti realizzati in materiali organici e naturali come il legno, esposti alla luce natura, può non solo calmare la nostra mente, ma anche contribuire a migliorare i parametri sanitari. Una ricerca resa nota dal National Center for Biotechnology Information, per esempio, evidenzia come gli edifici sostenibili contribuiscano alla diminuzione dei livelli di cortisolo, il cosiddetto ormone dello stress».

Holzbau chiarisce quali sono i punti di forza del legno come materiale da costruzione. «A partire dalla minore durata dei cantieri grazie all'elevato livello di prefabbricazione. Il legno poi è un materiale da costruzione molto leggero, il che significa che il consumo di energia per estrazione, lavorazione e trasporto è molto inferiore rispetto ai tradizionali materiali ad alto tenore di carbonio. Inoltre è l'unico in grado di immagazzinare carbonio. Infine, il legno è l'unico materiale da costruzione in grado di ricrescere naturalmente, il che consente un'economia circolare che non produce rifiuti e protegge attivamente il clima».

Gli **edifici in legno in ambito energetico arrivano a consumare il 20% di energia in meno**: «il che comporta – evidenzia Rosatti – non solo un minor esborso di spese di riscaldamento e condizionamento, ma anche una riduzione significativa delle emissioni di CO_2 annuali. Per costruire i suoi edifici Rubner utilizza le varie componenti dell'albero: il legno, il sughero e la fibra. Il sughero è un ottimo isolante naturale e allo stesso tempo è impermeabile all'acqua, resistente al fuoco, insetti nocivi e calore, traspirante e antimuffa. La fibra di legno è priva di additivi chimici, è fonoassorbente, mantiene a lungo il calore e ha una durata straordinaria. Le pareti in legno non emettono nell'ambiente composti chimici dannosi per la salute ed essendo traspiranti garantiscono la naturale regolazione dell'umidità e un elevato comfort bioclimatico all'interno dell'edificio».

Quali sono le prospettive per l'edilizia in legno nel nostro paese? «Il mercato italiano è in fermento – continua Peter Rosatti – e il committente italiano è diventato più sofisticato, ha capito che costruire in legno conviene: le tecniche costruttive sono all'avanguardia, il cantiere è pulito e veloce, il design è alla stregua dell'edilizia tradizionale, mentre i costi di gestione e manutenzione, a partire dal risparmio energetico, sono più contenuti. A livello internazionale oggi costruire o ristrutturare in chiave green anche in ambito sociosanitario è il vero trend. Secondo il World Green Building Council, le infrastrutture e gli edifici punteranno a dimezzare del 40% le emissioni di carbonio entro il 2030, e del 100% entro il 2050. Chiaramente ci sono nazioni, come la Germania, l'Austria o i paesi nordici, che hanno maggiore familiarità con l'edilizia in legno, ma pian piano sta sviluppandosi anche in Italia». ■

il committente italiano è diventato più sofisticato, ha capito che costruire in legno conviene: le tecniche costruttive sono all'avanguardia, il cantiere è pulito e veloce, il design è alla stregua dell'edilizia tradizionale, mentre i costi di gestione e manutenzione, a partire dal risparmio energetico, sono più contenuti

di Letizia Rossi

Climatizzazione: corretta manutenzione per un maggior benessere e risparmio energetico

La qualità dell'aria indoor dipende anche da un buon funzionamento degli impianti: ecco perché manutenzione e pulizia sono così importanti

Quando si parla di qualità dell'aria, si tende perlopiù a pensare all'inquinamento atmosferico, e ai danni che può causare alla salute, eppure è fondamentale prendere in considerazione quella che viene definita **indoor air quality**. Una ricerca dell'IEMB (Indoor Environment Management Branch), ramo dell'agenzia statunitense Environmental Protection Agency, mostra infatti come l'aria indoor presenta una concentrazione di inquinanti dalle 2 alle 5 volte superiore a quella outdoor. Nelle RSA, una cattiva qualità dell'aria potrebbe esporre gli anziani a maggiori rischi, a fronte di condizioni di salute spesso precarie e considerando che le persone tendono a trascorrere intere giornate al chiuso.

Una seconda indagine da citare è quella realizzata dallo studio **GERIE (Geriatric study on health effects of air quality in nursing homes in Europe)**, finanziato dall'Unione Europea e pubblicato sulla rivista scientifica European Respiratory Journal, che ha coinvolto 50 residenze sanitarie assistenziali di sette paesi europei, tra cui l'Italia, per un totale di 600 anziani.

Pur avendo mostrato come la concentrazione media degli inquinanti non eccedesse i limiti normativi, lo studio ha utilmente mostrato quali sono le fonti da cui provengono: soprattutto impianti di riscaldamento e condizionamento.

Oltre a migliorare la ventilazione dei locali – per contrastare il diffondersi di microrganismi e agenti patogeni – maggior attenzione deve essere diretta alla manutenzione e alla pulizia degli impianti di climatizzazione, avendo cura di scegliere i prodotti e gli specialisti corretti, come spiega **Stefania Pompeo**, responsabile del laboratorio chimico di **Errecom**, azienda italiana specializzata in pulitori e prodotti chimici per la manutenzione di impianti di climatizzazione e refrigerazione.

«Nei filtri e, più in generale, nelle unità interne degli impianti A/C, è possibile riscontrare la presenza di agenti infettivi, quali batteri, virus, parassiti, funghi e/o di allergeni (muffe ed acari, infatti, possono scatenare reazioni allergiche in soggetti sensibili e predisposti ad allergie), entrambi potenzialmente nocivi per la salute umana. Impianti non opportunamente e regolarmente puliti e sanificati, immetteranno nell'edificio aria contaminata e agenti nocivi. Pensiamo ad esempio alla legionella pneumophila, un batterio che tende a proliferare nei condizionatori non sottoposti a regolare manutenzione e responsabile di disturbi respiratori che in certi casi possono trasformarsi in gravi polmoniti. O alle congiuntiviti, causate proprio dal trasporto nell'aria di agenti batterici e/o virali che si trovano nelle unità interne (filtri, batterie alettate, ecc.) degli impianti di climatizzazione». Tra i prodotti per interventi specifici di sanificazione, Errecom cita **SaniBact**, disinfettante concentrato Presidio Medico Chirurgico particolarmente indicato per ospedali e RSA, con azione virucida e battericida.

Oltre all'aspetto sanitario e al comfort, non di poco conto risulta quello economico, se si considera che impianti non correttamente manutenuti tendono a essere meno performanti e a consumare più energia, con un impatto anche sulla bolletta. «Lo sporco non trattato si deposita all'interno degli impianti A/C creando una sorta di barriera fisica che impedisce il corretto trasferimento di calore, riducendo lo scambio termico. Per raggiungere la temperatura preimpostata, dunque, l'impianto impiegherà più tempo e fatica, con il risultato che consumerà più energia» spiega la Dott.ssa Pompeo, «Inoltre, se intenso, lo sporco può bloccare le vie di fuoriuscita dell'aria, provocando una drastica riduzione dell'efficienza dell'impianto. Senza contare che depositi e incrostazioni non adeguatamente trattati potrebbero provocare guasti prematuri agli impianti riducendone la vita media e rendendo necessari interventi di manutenzione più frequenti potenzialmente evitabili e, nella peggiore delle ipotesi, rotture e conseguenti costose sostituzioni». ■

errecom® AIR CONDITIONING & REFRIGERATION CHEMICAL SOLUTIONS

Per maggiori informazioni è possibile visitare **www.errecom.com**

Tarchiani

Valorizzazione e sviluppo delle lavanderie industriali

Materiali di consumo, parti di ricambio, servizi e consulenze

Da 50 anni difende la convenienza diffonde la convenienza

TARCHIANI Ing. Raffaele Studio di ingegneria

- Progettazione lavanderie industriali
- Soluzioni tecniche
- Consulenze
- Certificazione 14065
- Ingegnerizzazione prodotti per le lavanderie industriali
- Sviluppo prototipi per le lavanderie industriali
- Ambiente Italia per le lavanderie industriali
- Posizionamento strategico
- Polytex

LAUNDRY SUPPLIES

- Rivestimenti
- Nastri guidabiancheria
- Nastri introduttori
- Cere ed accessori
- Nastri trasportatori
- Nastri per rivestimento rulli di trazione
- Graffette per giuntura nastri
- Sacchi
- Macchine ed articoli per la marcatura
- Carrelli
- Articoli tecnici
- Parti di ricambio
- Sottofondi e imbottiture per presse e manichini
- Macchine per imballaggio
- Logistica
- Soluzioni tecniche per l'igiene
- Ispezione sacchi biancheria
- Usato

50028 Sambuca - Tavernelle Val di Pesa (FI)
Via Sangallo, 31
Tel. 055.8071324 - 055.8071134 - 055.8071135 – Fax 055.8071276
e-mail: info@tarchiani.it
www.tarchiani.it

Design by Unit Srl - unitspace.it

DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE DAT

The. 0®

Il 14 dicembre la Legge 219 del 2017 concernente "**Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento**" affronta il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) affermando la **libertà di scelta dell'individuo**. Nello specifico l'articolo 32 della Costituzione, che prevede il **diritto alla tutela della salute,** consente la **libertà di cura** chiedendo di sospendere o rifiutare ciò che viene considerato accanimento terapeutico. Le DAT anche dette "biotestamento" o "testamento biologico" sono le disposizioni che permettono ad ogni persona, maggiorenne e capace di intendere e volere, di **affermare il proprio diritto all'autodeterminazione** esprimendo il proprio consenso o rifiuto al percorso di cure nella malattia, in modo volontario e consapevole, in previsione di una eventuale futura incapacità di comunicare la propria volontà. Affinché siano valide è importante, prima di redigere le proprie DAT, aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle scelte prese relativamente al rifiuto o consenso ai trattamenti sanitari. Le **DAT possono essere redatte** con una di queste modalità: ▪ Atto pubblico o con scrittura privata autenticata, recandosi da un notaio ▪ Scrittura privata semplice, consegnata personalmente presso l'Ufficio dello Stato Civile del Comune di residenza ▪ **Scrittura privata semplice**, consegnata personalmente presso le **strutture sanitarie delle Regioni che hanno regolamentato la raccolta delle DAT** ▪ Scrittura privata autenticata, consegnata personalmente presso gli Uffici consolari italiani, per i cittadini italiani all'estero (nell'esercizio delle funzioni notarili) ▪ Se sussistono particolari condizioni fisiche di disabilità che non consentono la redazione delle DAT secondo le forme previste precedentemente, possono essere espresse attraverso videoregistrazione o con altri dispositivi, alla presenza di due testimoni, consegnati presso uno dei punti sopra descritti.

ALESSANDRA DIBENEDETTO
LEGAL CONSULTANT
NETPOLARIS SRL

The.0®

Le DAT possono essere rinnovate, modificate o revocate in qualsiasi momento, con le stesse forme con le quali possono essere redatte. In ogni caso **non sostituiscono mai la volontà attuale della persona finché questa è capace di autodeterminarsi**. Chi redige le DAT può nominare anche un fiduciario, ovvero una persona di fiducia, maggiorenne e capace di intendere e di volere, per **rappresentare e far rispettare le proprie volontà nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie** in caso di sopraggiunta incapacità a comunicare con loro. Per poter garantire piena conoscibilità delle disposizioni anticipate di trattamento da parte del medico che ha in cura il paziente, con il decreto n.168 del 10 dicembre 2019, è stata istituita la Banca Dati nazionale DAT. I soggetti individuati alla ricezione delle disposizioni anticipate di trattamento, quali ufficiali di stato, notai, responsabili delle unità organizzative competenti nelle regioni che abbiano regolamentato la raccolta di copia delle DAT, dovranno alimentare la Banca Dati e garantire il tempestivo aggiornamento in caso di rinuncia, revoca e sostituzione del fiduciario o revoca e modifica delle DAT.

THE.0
GARANTISCE
IL RISPETTO
DELLE VOLONTÀ
DI CHI È ARRIVATO
AL MOMENTO
PIÙ DIFFICILE
DELLA VITA
E NON HA PAROLE
PER FARLE VALERE

The.0 permette di raccogliere la documentazione relativa alle DAT e metterla a disposizione del personale autorizzato in base a quanto definito dall'organizzazione, rispettando le norme previste dal GDPR.

the0.it

Migliore qualità della vita degli ospiti in casa di riposo e di chi se ne occupa: io ci conto.

Benessere, sicurezza, serenità: per gli ospiti delle case di riposo e degli operatori delle strutture residenziali, attraverso un'offerta di prodotti specifici per ogni esigenza, sicuri ed affidabili, con il valore di un servizio di alta qualità, efficiente ed attento.
Soluzioni Serenity per la gestione dell'incontinenza in casa di riposo: io ci conto.

Riservato alle categorie professionali specializzate - Luglio 2018

SERENITY®

scopri di più su
www.serenity-care.com

iociconto

Per informazioni o assistenza all'acquisto online puoi chiamare i nostri operatori al Numero Verde.

Numero Verde
800-767-607