



# 10 ANNI DI VALORE IN RSA

## CONVEGNO 20 DICEMBRE 2023

## 10 anni di Valore in RSA

### Convegno 20 dicembre 2023

**A cura di:** Francesca Collini, Silvia Fallani, Giacomo Galletti Francesca Ierardi (ARS Toscana)

**Autori:**

Fabrizio Gemmi (ARS Toscana), Francesca Collini (ARS Toscana), Barbara Trambusti (Regione Toscana), Cinzia Porrà (Zona Distretto Livornese), Guglielmo Bonaccorsi (Università degli Studi di Firenze), Carmine Di Palma (Cooperativa G. Di Vittorio), Silvia Cipriani (RSA Santa Rita, Terontola Cortona), Luciana Galeotti (Regione Toscana), Chiara Bartolini (Regione Toscana), Giacomo Galletti (ARS Toscana), Claudio Baldacci (Cooperativa G. Di Vittorio), Mario Bruschi (Università degli Studi di Firenze), Francesca Ierardi (ARS Toscana), Chiara Lorini (Università degli Studi di Firenze).

**Impaginazione:**

Silvia Fallani (ARS Toscana)

## INDICE

Introduzione	6
La storia di “Valore in RSA”	8
Dove stanno andando le RSA? Nuovi scenari di assistenza territoriale per l’anziano non autosufficiente	12
Il valore dell’integrazione tra residenzialità e domiciliarità	16
Il valore sociale e il valore sanitario delle RSA: quale evoluzione?	20
Il valore della sostenibilità economica del sistema delle RSA	24
Il valore organizzativo della direzione di RSA: quali nuove competenze saranno richieste nei prossimi 10 anni?	28
Il valore della cultura della misurazione: leggere le RSA attraverso i requisiti e gli indicatori di accreditamento	32

### I LABORATORI DI “VALORE”

#### Cosa può fare la rete di Valore in RSA per aiutare a raggiungere questi valori:

Il valore del personale delle RSA	34
Il valore del fine vita	36
Il valore della rete dei servizi	38
Il valore degli incontri con familiari e caregiver	40



SALUTI  
Assessora  
Serena Spinelli e  
Lucia Turco  
Direttrice  
ARS Toscana



## INTRODUZIONE AI LAVORI Fabrizio Gemmi

## Introduzione ai lavori

Fabrizio Gemmi – ARS Toscana

Il network di Valore in RSA realizza una rete collaborativa, coordinata dall'Agenzia regionale di sanità, che coinvolge manager e professionisti delle strutture residenziali della Toscana, che aderiscono su base volontaria a questa iniziativa, con il costante e qualificato supporto del Dipartimento di Scienze della salute dell'Università di Firenze.

"Valore" quest'anno compie 10 anni. Durante questo decennio le caratteristiche delle strutture e degli ospiti si sono profondamente modificate, al pari delle professionalità coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione.

Il sito web [valoreinrsa.it](http://valoreinrsa.it) è strumento fondamentale di conoscenza della rete, ed è molto seguito anche al di fuori dei confini regionali. Viene costantemente arricchito di notizie, strumenti di lavoro e aggiornamenti normativi.

Il sito rappresenta il substrato attraverso cui il sistema delle RSA ha potuto restare coerente nell'affrontare emergenze come la diffusione dei germi multiresistenti e la pandemia. La collaborazione tra "Valore" e la Direzione Sanità, welfare e coesione sociale della Regione Toscana (impegnata nella coraggiosa impresa dell'accreditamento delle strutture socio-sanitarie) e gli Assessorati sono continui e proficui.

A distanza di dieci anni, la rete di "Valore", mentre guarda incredula ai traguardi raggiunti e al successo ottenuto con competenza e semplicità, inizia a confrontarsi con nuovi scenari dell'assistenza per l'anziano non autosufficiente e a definire impegni futuri per rispondere alle novità prospettate nel panorama nazionale.



## LA STORIA DI VALORE IN RSA Francesca Collini

## La storia di “Valore in RSA”

Francesca Collini – ARS Toscana

Valore in RSA nasce nel dicembre 2013, a conclusione del progetto CCM “La qualità dell’assistenza in RSA”, finanziato dal Ministero della Salute, che ha raccontato di come le residenze toscane abbiano condiviso metodi e raccolto dati che misurassero la qualità della propria attività assistenziale.

ARS Toscana, insieme alla Direzione generale Diritto alla salute di Regione Toscana e all’Università di Firenze riuscì a coinvolgere circa 70 RSA che affrontarono i temi del rischio di malnutrizione, dell’appropriatezza prescrittiva dei farmaci e del declino cognitivo-funzionale degli anziani residenti in RSA<sup>1</sup>.

Il risultato più immediato del progetto fu pertanto una maggior consapevolezza da parte degli operatori delle RSA toscane del modo in cui l’utilizzo di strumenti e metodi condivisi traducevano il concetto del “prendersi cura con passione e competenza” in quello più generale di qualità dell’assistenza.

---

<sup>1</sup> Vedi la scheda del progetto sul sito web di ARS Toscana alla pagina Il monitoraggio della qualità dell’assistenza nelle Residenze sanitarie assistenziali – RSA (<https://www.ars.toscana.it/progetti/reti-collaborative/201-il-monitoraggio-della-qualita-dellassistenza-in-rsa.html>).

Dunque, parlare di qualità era riduttivo: tutte le realtà assistenziali avevano come denominatore comune la passione e la competenza con cui gli operatori interpretavano il “prendersi cura” dei propri anziani residenti, due qualità che vanno ben oltre la produzione dei singoli indicatori attraverso i quali la qualità può essere misurata e confrontata.

Il convegno finale fu così l’occasione per dare valore a singole esperienze che, grazie all’iniziativa ministeriale, sono state strappate all’isolamento e portate a confrontarsi, condividendo strumenti e linguaggi comuni.

E dunque come continuare a lavorare in questa direzione? Come restare in rete per un continuo scambio di informazioni e di esperienze?

Creando il sito [www.valoreinrsa.it](http://www.valoreinrsa.it) che contiene ancora oggi:

- gli Strumenti di lavoro utili per i professionisti delle RSA che si trovano a trattare tutti giorni con i temi delle infezioni, delle vaccinazioni, della nutrizione, del declino cognitivo e funzionale, del dolore, del benessere del personale e molto altro ancora;
- una sezione dedicata alla Normativa in modo da riu-



nire un'unica pagina le più importanti leggi, decreti e delibere per conoscere il mondo della residenzialità in Toscana e Italia, suddivise per sezioni tematiche: autorizzazione, accreditamento, cure palliative, demenze, integrazione socio-sanitaria, ecc.;

- le News su corsi di formazione, evidenze scientifiche, nuove linee guida.

Inoltre tanti progetti e opportunità si sono susseguiti nel tempo e tutti quanti hanno portato questa comunità a crescere. Ne riferisco qui solo alcuni.

Nel 2016 Regione Toscana affidò ad ARS la realizzazione e gestione di un portale dedicato all'offerta residenziale toscana che anche oggi viene utilizzato sia dai cittadini che si trovano nella situazione di dover scegliere la struttura e abbiano interesse a confrontare l'offerta per valutare e orientare la propria decisione, sia dagli operatori del sistema allo scopo di verificare in tempo reale le disponibilità dei posti letto. Il portale fu sviluppato proprio all'interno del sito Valore in RSA e ad oggi, seppure traghettato all'interno del sito regionale, ne conserva il link d'accesso in homepage corredato da un'infografica che spiega come è possibile accedere in RSA, in forma privata o tramite servizi territoriali.

Nel 2017, insieme a 35 RSA la rete di Valore ha partecipato allo studio europeo HALT-3 approfondendo così il feno-

meno delle infezioni correlate all'assistenza in strutture di lungodegenza come le RSA.

Dal successivo anno, nell'abito del laboratorio congiunto ERTSH (Epidemiologic Reserch and Training in Servicies and Healthcare) abbiamo dato avvio a un programma denominato Qvax che esplora con continuità ed in profondità gli aspetti relativi al monitoraggio vaccinale nelle RSA toscane con l'obiettivo di investigare la propensione alla vaccinazione del personale.

Questi lavori hanno prodotto non solo maggiori consapevolezza all'interno della comunità, ma ci hanno portato ad ampliare la nostra pagina web degli Strumenti di lavoro con tante sezioni dedicate agli specifici argomenti.

Una grande sfida è stata quella dell'emergenza Covid-19 che ci ha visti impegnati, insieme al Centro regionale Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente e il Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria di Regione Toscana, a redigere e disseminare capillarmente un documento che raccogliesse ad interim le indicazioni fornite da più fonti (ISS, RT, Aziende USL) per la gestione della pandemia, in base all'andamento dell'emergenza epidemiologica (Indicazioni regionali per la gestione dell'emergenza Covid-19 nelle RSA e RSD).

Dal 2022 il sito web è stato aggiornato con nuove grafiche e nuove funzioni che rendono la navigazione più semplice

e gradevole e inoltre ci siamo dotati di newsletter che inviamo per email a tutti i nostri lettori che si sono iscritti.

Concludendo, nel corso del tempo questa rete ha cercato di facilitare le relazioni tra tutti soggetti del sistema: direttori di RSA, operatori di RSA, professionisti che lavorano in ospedale, le aziende USL e la Regione Toscana.

La rete di Valore si avvale di un comitato di redazione che cura i contenuti del sito ed è composto da professionisti

che operano quotidianamente sul campo e che non hanno mai percepito compensi.

Oggi la rete di Valore si è allargata a 91 RSA aderenti e siamo conosciuti e letti anche in altre regioni italiane.

Un sentito grazie a questa rete di professionisti che nel tempo ha affrontato ardue sfide senza mai perdersi d'animo e al comitato di redazione che lavora sempre con grande entusiasmo e mettendosi al servizio della comunità.



## DOVE STANNO ANDANDO LE RSA? Barbara Trambusti

## **Dove stanno andando le RSA?**

### **Nuovi scenari di assistenza territoriale per l'anziano non autosufficiente**

Barbara Trambusti – Regione Toscana

L'obiettivo di Regione Toscana è quello di consolidare il proprio modello rendendolo sostenibile e coerente con i mutati scenari demografici e sociali, prestando attenzione al quadro nazionale delineato dalla riforma della non autosufficienza.

La DGR n. 843/2021 ha come oggetto la revisione del modello del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente con l'obiettivo di dare appropriatezza al sistema, garantendo la permanenza al domicilio, ove possibile, e la qualità dei servizi e dei percorsi, rafforzando la rete dei soggetti che operano sul territorio attraverso la revisione degli obiettivi dei servizi domiciliari e semiresidenziali e la redistribuzione delle risorse fra territorio e ospedale.

Da un lato si mira a incrementare i servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria all'interno del percorso di presa in carico da parte dei servizi territoriali, dall'altro a innovare l'attuale sistema dei servizi residenziali, preservando l'esistente, ma ripensando il modello organizzativo basato su una reale articolazione "modulare" dei servizi,

garantendo personalizzazione ai percorsi, continuità assistenziale, equità e sostenibilità al sistema.

La revisione del modello, operata attraverso tavoli di lavoro dedicati, ha preso in considerazione le seguenti tematiche:

- **La programmazione e la governance del sistema (Tavolo 1 - DGR n. 843/2021)**  
Gruppo di lavoro con rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale), ANCI, organizzazioni sindacali e imprenditoriali, MES per la definizione di criteri omogenei sia per il fabbisogno dei servizi residenziali e semiresidenziali, con riferimento non solo ai posti letto ma anche ai moduli specialistici, sia per la valutazione di compatibilità da parte della SdS/Zona Distretto, delle richieste di realizzazione di nuove RSA o di ampliamento/trasformazione/trasferimento di quelle già esistenti.
- **Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA (Tavolo 2 - DGR n. 843/2021)**  
Gruppo di lavoro con rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale), organizzazioni sindacali e

imprenditoriali per la definizione di un protocollo di lavoro che disciplini la modalità di accesso ai moduli specialistici, le caratteristiche del progetto, durata, modalità di verifica e definizione della conclusione del progetto personalizzato in coerenza con le disposizioni nazionali e i LEA, nonché la definizione dell'accordo quadro per la contrattualizzazione dei servizi specialistici e gli indirizzi per la realizzazione e la gestione di liste di attesa differenziate a livello zonale per ogni modulo RSA.

- **Organizzazione dei moduli specialistici (Tavolo 3 - DGR n. 843/2021)**

Gruppo di lavoro con rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale), organizzazioni sindacali e imprenditoriali, medici specialisti in geriatria del territorio/referenti di società scientifiche, AIMA Firenze, per modificare gli attuali modelli organizzativi dei moduli specialistici, non ritenuti in grado di offrire risposte appropriate ai diversi bisogni delle persone anziane, poiché all'interno delle medesime strutture coesistono diverse modularità assistenziali senza reali specializzazioni e i relativi posti letto sono gestiti in modo promiscuo. Elaborazione di una proposta di modifica

del Regolamento DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R con riferimento ai moduli specialistici in RSA, al fine di favorire lo sviluppo delle specificità e competenze di ciascuna struttura e consentire una migliore gestione dei posti letto dedicati ai diversi livelli di intensità assistenziale.

- **RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità (Gruppo di lavoro – punto 11 DGR n. 843/2021)**  
Prevedere il concetto di “RSA aperta”, cioè la possibilità da parte di RSA accreditate di proporre alla comunità e al territorio servizi di sostegno alla domiciliarità, in un sistema di cure più articolato che superi la frattura tra servizi domiciliari e residenziali. Si tratterebbe di un ampliamento dell'offerta socio-sanitaria a chi si trova in condizione di non autosufficienza, basato su un concetto innovativo: la persona può decidere se usufruire di una struttura residenziale oppure se avvalersi di prestazioni presso il proprio domicilio.
- **RSA nel paniere dei servizi per l'emergenza sociale e socio-sanitaria (Gruppo di lavoro – punto 12 DGR n. 843/2021)**  
Definizione di posti destinati all'accoglienza in

emergenza e inserimento all'interno delle prestazioni attivabili dal Servizio di pronto intervento sociale (SEUS), nelle zone dove è attivo il servizio di sperimentazione del protocollo di lavoro per l'attuazione del servizio, con definizione di procedura, costi e confini della presa in carico in emergenza, al fine di garantire la tempestività degli interventi e la continuità assistenziale.

### **Accreditamento**

Il percorso di accreditamento ha visto di recente la revisione della LR 82/09 e il passaggio della competenza in materia dai Comuni a Regione Toscana. L'obiettivo è garantire qualità ai servizi e ai lavoratori del settore. Le RSA, i Centri diurni per anziani e per persone con demenza sono compresi fra le strutture interessate. Ad oggi sono state accreditate:

#### **Strutture**

751 strutture accreditate (71 stanze di accreditamento + 680 comunicazioni di adeguamento) di cui:

- 423 strutture per anziani;
- 201 strutture per disabili;

- 124 strutture per minori;
- 124 strutture multiutenza.

#### **Erogatori dei servizi accreditati (dati estratti da 224 elenchi comunali trasmessi a RT al 31.12.2022)**

293 organizzazioni che erogano assistenza domiciliare di cui:

- 141 attività socio-assistenziale;
- 72 attività socio-sanitaria per non autosufficienti;
- 80 attività socio-educativa.

450 altri servizi alla persona di cui:

- 1 unità di strada;
- 13 telesoccorso e/o teleassistenza;
- 6 distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio;
- 23 servizio di prossimità per supporto alla domiciliarità;
- 252 trasporto sociale;
- 156 altro.

**Operatori individuali:** totale 2638.

# IL VALORE DELL'INTEGRAZIONE TRA RESIDENZIALITÀ E DOMICILIARITÀ

Cinzia Porrà



## Il valore dell'integrazione tra residenzialità e domiciliarità

Cinzia Porrà - Zona Distretto Livornese

La programmazione socio-sanitaria può darsi come obiettivo quello di incrementare le risposte integrate sul territorio ai diversi bisogni in termini quantitativi e qualitativi. Come?

- Analizzando i bisogni di salute della popolazione locale e i loro mutamenti nel tempo;
- rafforzando la rete dei soggetti che operano sul territorio nell'ambito dei servizi domiciliari e semiresidenziali mediante una redistribuzione delle risorse tra territorio e ospedale, introducendo criteri selettivi circa l'efficacia dei risultati attesi nell'erogazione dei servizi;
- dando appropriatezza al sistema, privilegiando la permanenza al domicilio e ritardando così il più possibile l'ingresso in struttura residenziale, incrementando e potenziando i servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria all'interno del percorso di presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- innovando l'attuale sistema dei servizi residenziali introducendo formule di ricorso "modulare" al servizio garantendo personalizzazione dei percorsi e dei progetti individuali.

Il sistema regionale parte dai punti cardine della legge regionale 66/2008 per la presa in carico dell'anziano:

- segnalazione al Punto Insieme/PUA;
- valutazione della situazione (UVM);
- predisposizione del PAP;
- condivisione con l'interessato;
- attivazione delle prestazioni e degli interventi previsti dal PAP;
- rivalutazione alla scadenza del progetto o se subentrano dei cambiamenti;
- rinnovo del PAP.

### **Analizzare e aggiornare le modalità di presa in carico dell'anziano**

La diretta conseguenza di un mutamento e di un allargamento progressivo dei bisogni si ripercuote sulle esigenze di assistenza sanitaria e sociale e sulla necessità di modulare e diversificare gli interventi nell'ambito delle 4 aree:

- prevenzione;
- interventi a domicilio;



- servizi semiresidenziali;
- servizi residenziali.

## Nuovi strumenti di governance

**Importanti potrebbero risultare alcune azioni:**

- **investire nella prevenzione** all'interno delle RSA, ad esempio nella vaccinazione che può dare risultati sullo stato di salute a lungo termine, riducendo il rischio di ricoveri ospedalieri;
- **favorire la telemedicina** nelle RSA per consulti a distanza con gli MMG e gli specialisti, al fine di garantire la continuità del percorso curativo assistenziale, sviluppando la cartella clinica per la raccolta dei dati del paziente e la loro consultazione;
- **investire nella formazione** degli operatori delle RSA;
- **reclutare nuove professionalità**, come il geriatra di RSA che opererà in stretta sinergia con il medico di medicina generale.

## Ripensare il ruolo della residenzialità

Le RSA potrebbero trasformarsi in strutture intermedie sul territorio, dando anche applicazione a quanto previsto dal PNRR.

Occorre ripensare e rivedere i modelli di erogazione dei servizi. I bisogni degli anziani iniziano quando sono ancora a casa, magari senza rete familiare, in condizioni di solitudine, in contesti dove sono spesso venuti meno i punti e i centri di aggregazione sociale.

È necessario costruire una rete di prossimità nella quale le RSA possono rappresentare, attraverso i loro “centralini” un punto di riferimento per il singolo e/o i loro familiari.

Le RSA potrebbero diventare “servizi aperti per gli anziani” e integrati con il contesto territoriale e potrebbero costituire una realtà multiservizi in grado di sintetizzare le risposte per i plurimi bisogni dei cittadini, realizzando una maggiore connessione tra i servizi residenziali per gli anziani e altri servizi assistenziali e/o sanitari.

Ad esempio potrebbero fornire assistenza ai cittadini stranieri (STP o senza permesso regolare di soggiorno) che necessitano di cure e senza domicilio, per i quali è richiesto un periodo di soggiorno per continuità terapeutica e stabilizzazione sanitaria, in attesa di rimpatrio o di regolarizzazione.

Si auspica quindi:

- la revisione degli standard assistenziali e del sistema

- delle tariffe;
- un percorso unico e semplificato del sistema per la presa in carico del cittadino con contestuale erogazione dei LEPS e dei LEA per l'individuazione del setting assistenziale appropriato in termini di:
  - servizi domiciliari;
  - servizi semiresidenziali;
  - servizi residenziali;
  - soluzioni abitative: co-housing;
  - prestazioni;
  - interventi per assistenti familiari /caregiver.



## IL VALORE SOCIALE E IL VALORE SANITARIO DELLE RSA: QUALE EVOLUZIONE? Guglielmo Bonaccorsi

## Il valore sociale e il valore sanitario delle RSA: quale evoluzione?

Guglielmo Bonaccorsi – Università degli Studi di Firenze

Le RSA rappresentano oggi una (seppur parziale) soluzione organizzativa, sanitaria ed etica a una diffusa e dominante non autosufficienza legata all'invecchiamento della popolazione e all'affermazione della cronicità come paradigma di patologia.

Il ruolo di queste strutture, e di conseguenza il loro contesto organizzativo, nonché l'impatto sociale e sanitario sulla comunità, si è fortemente modificato negli anni a seguito della transizione demografica ed epidemiologica in atto: la popolazione italiana è sempre più vecchia e, di conseguenza, sempre più malata di patologie croniche, che nascono, si sviluppano e accompagnano l'anziano fino al decesso.

In tali contesti, dunque, luoghi di cura ma anche di vita quotidiana e residenzialità, diventa inevitabile “fare” integrazione socio-sanitaria, per tutta una serie di fattori sinergici: perché non esiste una salute «solo» sanitaria, a meno del contesto in cui la persona vive e si relaziona; perché per garantire la salute “possibile” ad ogni individuo, anche a coloro che si trovano nell'ultima fase dell'esistenza, si rende necessario il controllo contemporaneo dei diversi determinanti dello stato di salute del singolo e della comunità di riferimento, quali ambiente di vita, condizioni

socio-economiche, alfabetizzazione sanitaria, relazioni prossime e interdipendenza con soggetti diversi (stakeholder familiari e professionali).

Anche in ambienti confinati di residenzialità, poter disporre di risorse e capacità individuali e organizzative passa dalla qualità delle relazioni sociali, dalla partecipazione sociale e dalla fiducia nelle istituzioni e nelle associazioni, dimensioni che difficilmente possono essere agite nei setting di istituzionalizzazione senza creare le minime condizioni di vivibilità sociale.

Nelle RSA attuali appare fondamentale ricreare capitale sociale, ovvero governare l'insieme dei processi che si instaurano tra le persone (residenti e professionisti) e che stabiliscono reti, norme e fiducia, facilitando il coordinamento e la cooperazione nell'ottica di un vantaggio reciproco (WHO, 1998) attraverso un coinvolgimento diretto della persona nel processo di “fare salute” (Sen, 1987).

Tali concetti, e i sottesi valori, possono apparire a un primo sguardo lontani da un luogo di cura e assistenza che per molti è l'”ultima casa”, l'ultimo luogo abitato; dove la popolazione ospite è in prevalenza debole, vulnerabile, a continuo rischio di emarginazione, talora segregazione e

qualche volta discriminazione. Proprio per tali ragioni, invece, diventa cruciale arricchire e qualificare tali strutture non solo in base ai contenuti di cura che possono offrire, ma anche dando valore a elementi di processo ed esito della qualità dell'assistenza effettivamente prestata.

L'evoluzione normativa ha accompagnato, non senza ostacoli, tale evoluzione gestionale e assistenziale. Ricordiamo che, fino al 1988, si parlava ancora di Ricovero per Anziani, definizione abbandonata a partire dalla legge finanziaria di quell'anno (con il piano decennale degli investimenti sanitari) e infine sostenuta, a partire dalla Legge Finanziaria per il 2022, dalla definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e degli Ambiti territoriali sociali (ATS), elementi che favoriscono l'integrazione socio-sanitaria, ferme restando le rispettive competenze e le risorse umane e strumentali. Percorso che si integra infine nel Decreto Ministeriale 77/22 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), ove la sanità del territorio trova (o avrebbe dovuto trovare) una formidabile spinta propulsiva.

Oggi le RSA esercitano un ruolo affatto diverso rispetto al passato: la componente di cura è divenuta ormai preponderante su quella alberghiera, il "livello medio" di assistenza sanitaria è divenuto elevato, tanto quanto l'assistenza abitativa, la protezione e i servizi alberghieri ivi erogati.

Tutto questo genera un complessivo e urgente ripensamento dei modelli organizzativi, anche alla luce della mutata struttura, importanza e ruolo sociale della famiglia, spesso non più in grado di sostenere una presenza domiciliare per soggetti con gradi diversi ma significativi di non autosufficienza, nonché ricercare un equilibrio con le altre componenti pubbliche e private del mondo dei servizi, in primis con l'assistenza ospedaliera, che deve qualificarsi come estrema ratio nel percorso di presa in carico e solo per bisogni acuti e indifferibili.

L'opzione residenziale per un familiare anziano non autosufficiente diventa infatti scelta obbligata per un certo numero di famiglie che, in altre circostanze, avrebbero preferito e sarebbero state in grado di assistere il proprio membro a domicilio.

L'RSA oggi appare dunque come un "contenitore" in continua evoluzione, governato dalla maggiore complessità della domanda di assistenza residenziale, che impone competenze nuove e diverse per i professionisti ivi operanti e, di conseguenza, per la loro formazione, vera chiave di sviluppo etico e professionale di tali strutture: spesso gli operatori della residenza e gli altri ospiti sono gli unici e ultimi esseri umani con cui l'anziano può entrare in relazione o ai quali chiedere conforto e aiuto. L'attenzione alla qualità dell'assistenza deve quindi necessariamente includere aspetti fondamentali inerenti alla dignità della per-

sona, alla qualità della vita e al rispetto per le preferenze individuali.

Deve essere attuato un vero e proprio processo di “svacchiamento” delle RSA a partire dal personale ivi operante: come affermato da una coordinatrice infermieristica, gli anziani spesso hanno più vitalità degli operatori che li assistono, anche in tali periodi della propria esistenza.

Nuovi obiettivi si pongono dunque come necessari e perseguibili per un futuro che deve essere molto prossimo: l'integrazione tra il sistema dei requisiti per l'accreditamento e gli strumenti di monitoraggio della effettiva qualità dell'assistenza è cruciale, così come il tema della qualità e dell'integrazione tra fonti informative pertinenti alla non autosufficienza.

La base di dati consente, o consentirebbe, di implementare standard di qualità su problemi aperti quali cadute, dolore, terapie farmacologiche, prevenzione di atti di violenza. E' sempre più spesso richiesta una maggiore specializzazione e “personalizzazione” in base alle esigenze specifiche dei residenti (persone che possono soffrire di malattie neurodegenerative, demenza, disturbi psichiatrici e altro), nonché il ricorso a tecnologie innovative, già esistenti e immediatamente utilizzabili, per il monitoraggio remoto, dispositivi di sicurezza, sistemi di gestione dei farmaci e soluzioni digitali per il monitoraggio delle condizioni di salute.

L'evoluzione della RSA è un “racconto” molto attuale, ma fa riferimento a una vecchia, vecchissima “storia”: valorizzazione dell'autonomia e della dignità dei residenti, coinvolgimento delle famiglie nella pianificazione e nella gestione dell'assistenza, approccio centrato sulla persona. L'integrazione di servizi sanitari e sociali nella RSA , la stretta collaborazione con altre strutture sanitarie (ospedali, medici di famiglia, servizi di assistenza domiciliare e servizi sociali) attraverso un coordinamento della costellazione delle strutture di servizio territoriale dovrebbe garantire, e garantirci, una continuità delle cure e un supporto “globale” ai residenti: non più un “contenitore” di condizioni croniche, ma un ambiente stimolante in grado di mantenere le competenze residue e, quando possibile, recuperare autonomia e benessere.



## IL VALORE DELLA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL SISTEMA RSA Carmine Di Palma

## Il valore della sostenibilità economica del sistema delle RSA

Carmine Di Palma – Cooperativa G. Di Vittorio

“La vita non è una questione di come sopravvivere alla tempesta, ma di come danzare nella pioggia”.

Kahlil Gibran

Il primo punto da cui dobbiamo partire, prima capire come rendere sostenibile economicamente il sistema delle RSA, è quello di acquisire consapevolezza su alcuni aspetti relativi al contesto nel quale operano. In Toscana, negli ultimi anni, gli anziani che accedono in RSA, tramite titolo di acquisto pubblico, sono persone che hanno una condizione di bisogno sempre più sanitaria. Questo non solo ha incrementato i costi di gestione, ma sta creando una difficoltà per la tenuta del sistema con una evidenza su alcuni aspetti di gestione (vedi immagine sottostante). Queste difficoltà diventano ancora più preoccupanti se le leggiamo in un momento storico dove tutta la legislazione, sia nazionale che regionale, sta investendo sui servizi territoriali. Lo slogan che tutta la presa incarico dell'anziano

non autosufficiente può essere gestita a domicilio rischia di lasciare sole le famiglie e gli anziani in una situazione di disagio e mettere in crisi i servizi residenziali. Consapevoli che le RSA, negli ultimi 20 anni, hanno dato una risposta importante ed adeguata ad un bisogno di non autosufficienza, che nel domicilio è difficile gestire, non possiamo permettere che questi servizi vadano alla deriva. L'impegno, per migliorarli e portarli verso una sostenibilità consapevole, deve essere interno, attraverso un ripensamento gestionale ed esterno, sensibilizzando le istituzioni che la dignità delle cure la si garantisce attraverso servizi adeguati ai bisogni a cui devono dare risposta.

La Regione Toscana, a fronte di questi cambiamenti sopraggiunti in questi anni, ha messo in campo diverse azioni:

- aumento dei moduli in RSA per dare una maggiore risposta ai diversi bisogni;
- revisione dell'accreditamento socio-sanitario, introdu-

Anziani che rischiano di non ricevere cure appropriate

Difficoltà a trovare personale sanitario

Fuga degli infermieri dalle RSA



cendo il tema della sicurezza delle cure;

- nel periodo Covid ha riconosciuto dei ristori per sostenere economicamente la residenzialità socio-sanitaria;
- a fronte dell'aumento dei bisogni sanitari ha riconosciuto un aumento della retta sanitaria.

Ad oggi, per andare verso una sostenibilità futura delle RSA bisognerebbe mettere in campo un lavoro condiviso per una gestione efficace delle risorse disponibili:

- risorse esterne alla RSA:

Efficientamento del ruolo del MMG in RSA

Rivedere le rette analizzando ogni voce di costo, per una retta equa e sostenibile

Ripensare a una valutazione che riesca ad analizzare in modo appropriato i bisogni all'ingresso e in itinere

Monitoraggio dell'apertura di nuove strutture

- risorse interne alla RSA:

Mantenere un ascolto continuo con gli operatori

Forme incentivanti che possono valorizzare il grande impegno degli operatori

Costruire una formazione a supporto di cure rispondenti ai bisogni socio-sanitari

Ripensare a organizzazioni flessibili al mutare dei bisogni

Tutto ciò premesso, il lavoro da fare, per andare verso un nuovo modello di RSA, è complesso e le soluzioni non possono essere semplici ed immediate, ci può essere solo un'assunzione di responsabilità da parte di tutti in un percorso che, in modo sistematico e condiviso, mette al centro una riflessione su più tematiche:

- lavorare con le ASL attraverso tavoli di confronto per superare tutte le inefficienze territoriali che, ad oggi, ricadono sulle RSA;

- inserire la residenzialità nella rete dei servizi come una risorsa continua e circolare a supporto della non autosufficienza territoriale attraverso:
  - l'RSA come luogo per interventi infermieristici territoriali di minore complessità;
  - l'RSA a supporto nella presa in carico di persone a domicilio attraverso teleassistenza e teleconsulto;
  - l'RSA come luogo per attività educative per gli utenti a domicilio;
  - l'RSA come supporto per la presa in carico proattiva per interventi a domicilio.

In un percorso di riflessione più profondo del significato della cura non possiamo più pensare che i servizi e la cura in generale si possano costruire partendo solo da chi li eroga, va iniziato un percorso di confronto con le persone che li ricevono.

La Legge n. 219 del 2017 all'art. 1 descrive in modo chiaro alcuni concetti chiave del cambiamento verso una cura responsabile e sostenibile:

- comma 1: stabilisce che nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge;
- comma 2: è promossa e valorizzata la relazione di cura

e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Il tema del consenso informato e della condivisione responsabile della cura fa riferimento ad un modo di ripensare alla cura più flessibile in cui, come scrive nel libro “La Medicina vestita di narrazione” il prof. Spinsanti, essa va costruita in modo sartoriale sulla persona. Questo concetto richiama ad una modalità flessibile nel prendersi cura, in una prospettiva che, se da un lato richiede più impegno alle figure sanitarie nella relazione di cura, potrebbe dare una risposta ad un sistema che si sta sempre più indirizzando verso una non sostenibilità, dove l'intervento sanitario rischia di riempire un vuoto relazionale.



## IL VALORE ORGANIZZATIVO DELLA DIREZIONE DI RSA: QUALI NUOVE COMPETENZE SARANNO RICHIESTE NEI PROSSIMI 10 ANNI?

Silvia Cipriani



## **Il valore organizzativo della direzione di RSA: quali nuove competenze saranno richieste nei prossimi 10 anni?**

Silvia Cipriani – RSA Santa Rita

Prima di provare a rispondere a questa domanda è necessario pensare a quanto sono cambiate le RSA progressivamente, nel corso degli anni.

Abbiamo sempre accolto in RSA anziani con pluripatologia, come accade oggi, ma anche anziani che, al momento dell'ingresso in struttura, avevano livelli di autonomia maggiori rispetto a coloro che accogliamo adesso, allora le RSA avevano un carattere prevalentemente sociale.

Se dovessi fare un confronto, e generalizzare un po', potrei dire che, se in origine le strutture erano pensate dalle famiglie come luogo di accoglienza dei propri cari, anche per lunghi periodi prima che sopraggiungesse una condizione di grave non autosufficienza (fisica o cognitiva), adesso invece sono maggiormente “utilizzate”, per accogliere i propri cari proprio quando il caregiver, spesso una donna della famiglia, ha esaurito le risorse fisiche, le risorse emotive o entrambe, per prendersene cura.

Non è parte di questo intervento indagarne i motivi, ma sicuramente questo ha modificato sostanzialmente la presa in carico dell'anziano e della famiglia da parte della RSA: arrivano anziani sempre più compromessi e careggi-

ver sempre più stanchi che si confrontano con il senso di colpa per non essere riusciti ad andare oltre nell'assistenza. Questo ha un impatto specifico nella presa in carico e nel rapporto tra il caregiver e l'equipe della RSA.

A questo si è aggiunto il Covid nel 2020, questa pandemia ha reso le strutture ancora più sanitarizzate di quanto già non lo fossero diventate negli ultimi anni: uso massiccio, ovviamente, di DPI, stanze di isolamento, visite dei propri cari limitate, se non vietate. Gli anziani, e anche gli operatori, si sono trovati a vivere in una sorta di ospedale, dove la quotidianità e le abitudini di vita sono state completamente stravolte: pensiamo al distanziamento, agli ospiti isolati.

L'isolamento poi ha avuto effetti devastanti: spesso la conseguenza è stata un disorientamento importante e anche non reversibile in alcuni di loro. Non riuscivano più a riconoscere i volti degli operatori, i momenti di socializzazione e animazione quasi azzerati, per citare solo alcuni dei cambiamenti. Il Covid ci ha segnato tutti tanto, personalmente e professionalmente, quasi la metà dei direttori di RSA che hanno risposto al questionario Qvax 2022

(indagine sui temi della vaccinazione in RSA) vedevano la propria struttura come struttura residenziale sì, ma in cui le prestazioni sanitarie siano maggiormente incrementate. Ed eccoci giunti alla domanda iniziale: quali competenze saranno richieste ai direttori di una RSA tra 10 anni?

Credo che le competenze siano le stesse che un direttore deve avere oggi, e non sono certo poche e sicuramente è necessario affinarle!

Il direttore deve e dovrà essere un punto di connessione tra lo staff, gli ospiti e i familiari ma per esserlo davvero deve conoscere ed essere immerso nelle dinamiche quotidiane della vita in residenza. Fondamentale è la capacità di comunicazione, sia nei rapporti con il personale, con gli ospiti e con i famigliari, sia nei rapporti con gli Enti locali e le istituzioni, consapevole dell'importanza di stabilire un rapporto di fiducia e di collaborazione. Importante è l'empatia, una giusta dose nei confronti di tutti coloro con cui entra in contatto per il suo lavoro.

Ricollegandomi a quanto appena detto sul caregiver, pensiamo all'importanza di avere un direttore che per primo riconosce al caregiver il ruolo di colui che è stato e che rimane il punto di riferimento principale dell'anziano, a cui la struttura non vuole sostituirsi, ma, piuttosto affiancargli le proprie competenze. Capite che avere un direttore così sicuro del proprio ruolo, sia per essere il punto di connessione tra tutti ma anche, al bisogno, un parafulmini delle

possibili incomprensioni e difficoltà che possono esserci nel rapporto tra il caregiver e l'equipe di struttura, permette all'equipe di svolgere appieno il suo lavoro spingendola ad impegnarsi a dare il meglio.

Dovrà anche avere sempre più una visione dinamica e innovativa, ciò vuol dire essere sensibile ai bisogni degli anziani e capace di "inventare" e proporre al territorio servizi utili per prendere in carico e rispondere alle sfide nuove che si presentano.

Deve saper valorizzare i collaboratori, motivandoli costantemente e fornendo loro strumenti per poter lavorare nel migliore dei modi, ma deve anche essere in grado di gestirli con il giusto equilibrio, perché il servizio è rivolto a persone, anziane, non autosufficienti.

Quindi, da un lato è fondamentale che lavori sul benessere organizzativo, che implica molti aspetti, uno dei quali è la cultura della sicurezza: non deve soltanto imporre l'uso di determinati strumenti, ausili e il rispetto di determinate procedure, ma fare formazione e accertarsi che il personale abbia compreso i motivi che stanno alla base del loro utilizzo, che non sono solo quelli di ottemperare ad obblighi normativi, ma che servono soprattutto per tutelare la loro salute e sicurezza, così come quella degli anziani.

Dall'altro lato è di assoluta importanza che la direzione lavori sulla qualità dell'assistenza intesa sì come qualità di prestazioni socio-sanitarie erogate, sì come cura e pulizia

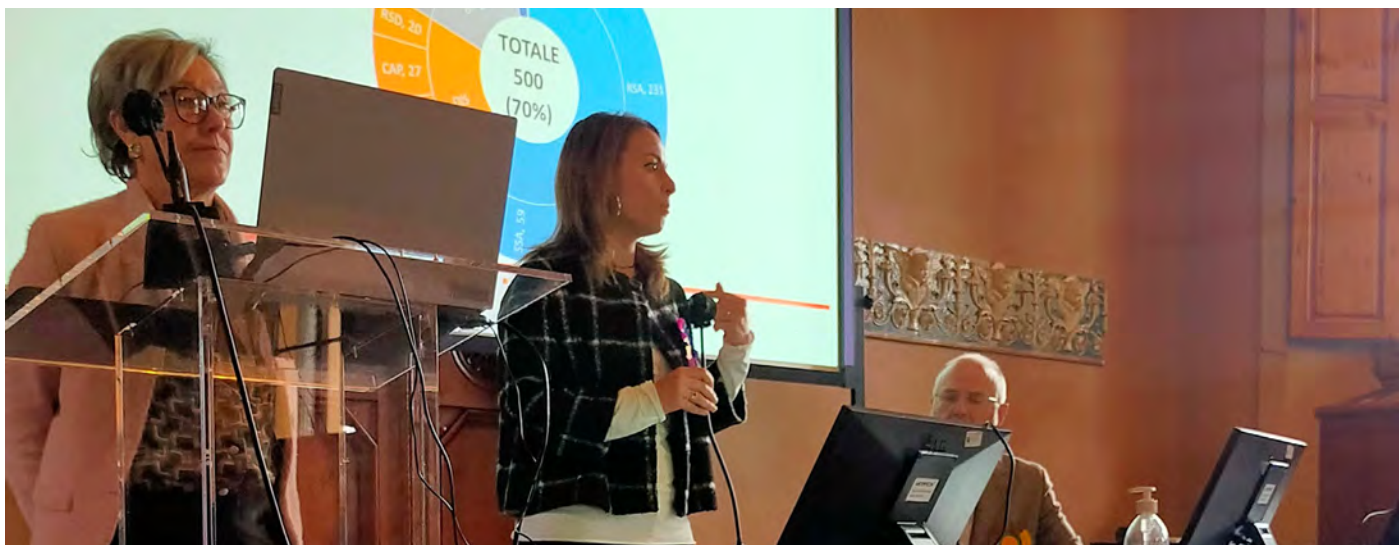
degli ambienti, ma anche come attenzione alla relazione con i residenti, che deve essere modulata in base all'anziano che abbiamo davanti, alla sua patologia, al suo carattere e vissuto. Anche se le RSA sono sempre più sanitarizzate, non dimentichiamoci che non siamo in ospedale: chi di noi vorrebbe vivere in ospedale? E se noi non ci vorremmo vivere perché dovremmo pensare che lo vorrebbero i nostri anziani? Tenere questo a mente e far fare formazioni mirate, può aiutarci a prestare maggiore attenzione a rispettare i tempi e ritmi di vita personali, gli spazi privati e la privacy.

Oltre a tutto questo vogliamo dimenticare che il direttore ha in capo anche la corretta gestione della struttura facendo quadrare i conti e controllando i costi? Praticamente è un tuttologo... una figura trasversale che deve conoscere la normativa tutta e saperla applicare.

E come si fa a diventare così bravi? Formazione, formazione e formazione. Pensiero condiviso dal 42% dei miei colleghi direttori che, sempre nel questionario Qvax, hanno evidenziato l'importanza di avere una formazione specifica mediante iniziative dedicate. Aggiungerei che sì, è fon-

damentale la formazione in aula, ma sarebbe importante pensare anche ad una formazione che spinge non solo verso un apprendimento conoscitivo, ma anche applicativo, nei vari ambiti in cui il ruolo del direttore spazia. Nella nostra regione per essere direttore di RSA è necessario avere una qualsiasi laurea, nessuno degli attuali corsi di laurea prevede una formazione specifica. E' stato attivato negli anni scorsi un corso di perfezionamento per responsabili di struttura a cura dell'Università di Firenze e del Centro studi Orsa: sarebbe bello se tali eventi non fossero solo iniziative di privati, a carico dei privati, ma fossero promosse dal territorio, dalla Regione, come impulso ad identificare un orizzonte comune verso cui camminare.

In conclusione il direttore deve essere consapevole che il modo in cui svolge il suo ruolo può fare la differenza: per migliorare il clima interno, per favorire il benessere organizzativo, perché i residenti siano parte attiva del luogo che abitano e si sentano accompagnati e supportati nei percorsi di cura che si presentano loro davanti e perchè i familiari si sentano parte di tutto questo.



IL VALORE DELLA CULTURA DELLA MISURAZIONE:  
LEGGERE LE RSA ATTRAVERSO I REQUISITI E GLI  
INDICATORI DI ACCREDITAMENTO  
Luciana Galeotti, Chiara Bartolini

## **Il valore della cultura della misurazione: leggere le RSA attraverso i requisiti e gli indicatori di accreditamento**

Luciana Galeotti, Chiara Bartolini – Regione Toscana

Con la delibera GRT n. 245 15 marzo 2021, si conclude la fase di messa a regime del nuovo sistema di accreditamento sociale integrato.

Risultano accreditate 751 strutture suddivise per tipologie previste dalla LR 41/2005 art. 21 e dal regolamento DPGR 2/R/2018, di cui: 57% strutture per anziani non autosufficienti, 27% strutture per disabili, 16% strutture per minori. Le strutture hanno risposto positivamente anche all'invio della verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, il 70% ha rispettato i tempi previsti da normativa, mentre il 30% ha avuto ritardi.

Per quanto riguarda la procedura di decadenza, circa il 2%, la maggioranza di queste strutture, sono semiresidenziali, spesso non operative da più di un anno.

Per le strutture di primo accreditamento, circa 68, i controlli sui requisiti generali e specifici sono iniziati a novembre 2022, mentre per quelle che avevano effettuato l'adeguamento, quindi il controllo anche sugli indicatori, sono iniziate nel luglio 2023. Tale tempistica è dovuta agli aspetti normativi. Delle prime abbiamo avuto il 34% di conformità, mentre delle seconde il 21%. Si ricorda che

i requisiti generali e specifici sono 59 per le strutture più complesse e 41 per quella meno complessa, mentre gli indicatori sono 69 per quelle complesse e 21 per quella meno complessa. Uno dei requisiti che rappresenta una criticità è l'RG 28: "Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità sono definiti in una procedura". Si sottolinea in particolare questo requisito di prerogativa del sistema della qualità: questo ci dà indicazione se il processo di qualità richiesto sia stato compreso. L'averlo interpretato correttamente dà uno svolgimento corretto dei requisiti e indicatori che riguardano soprattutto la qualità.

Durante le verifiche è emerso anche l'aspetto autorizzativo, quando una struttura non ha tutti i requisiti autorizzativi corretti, questo comporta avere anche le non conformità sui requisiti e gli indicatori dell'accreditamento. Le strutture si dimostrano disponibili con il team dei valutatori e dimostrano di avere un approccio positivo alla novità di un accreditamento non solo qualitativo, ma anche quantitativo.



QUALI SONO GLI ELEMENTI  
SITUAZIONI E COMPORTAMENTI  
CHE IMPEDISCONO IL POTENZIAMENTO  
DELLE ATTIVITA' DEL FINE VITA

NORMATIVE

MEDICO  
DI RIFERIMEN  
TO COME È  
ORA

DIFESA

CECONE  
DI TEMPO  
IN UN  
SITUAZIONE IN  
CUI SI  
DIMENTICA  
FACE HEAVY

CULTURA

CULTURA DEL LIMITE

RISORSE

ECONOMICHE

ASSATI

TEMPO

- Ripartire la  
organizzazione  
e l'attività con  
del "PILLOLE"  
"MATERIA" e  
"MATERIA" di  
"BONNE PERS"

TURNOVER

- Uscire da  
buone prese a  
indietro  
suggeri

ASSENZA  
DI UNA RETE  
DEL FINE VITA

I LABORATORI DI "VALORE"  
Cosa può fare la rete di  
Valore in RSA per aiutare a  
raggiungere questi valori?



# LABORATORIO. Il valore del personale delle RSA

Giacomo Galletti – ARS Toscana

## 1. Il valore del personale tra competenze tecniche e relazionali

Riflettere su cosa si intenda con “valore del personale” e come aumentarlo non è cosa scontata. I partecipanti al gruppo di lavoro hanno concordato che il valore professionale sostanzialmente si riassume in quel che si è e in quel che si fa. Il primo aspetto si caratterizza più sulle attitudini individuali alla relazione, sia con gli ospiti che con il team, e dalle capacità di esprimere la dedizione al proprio lavoro connotandolo con sentimenti di amore e affetto, partecipando alla promozione del benessere psicologico nell'organizzazione.

Oltre agli aspetti relazionali che caratterizzano l'atteggiamento professionale, il valore è dato anche da aspetti legati alla praticità, come la manualità.

Quello che si impara, l'altra componente del valore professionale, si riferisce infine a tutto l'insieme di conoscenze specifiche alla base della professione.

Attraverso quello che si è e quello che si impara, il valore professionale passa dalla dimensione individuale a quella di gruppo attraverso lo sviluppo di senso di appartenenza e capacità di mettersi in discussione.

## 2. Il valore professionale non cresce senza una formazione adeguata e un'organizzazione “motivante”

Benché molti degli aspetti che caratterizzano il valore professionale dipendano dalle caratteristiche della persona, il contesto organizzativo e le strategie formative possono facilitarne lo sviluppo, a livello sia individuale che di gruppo di lavoro.

Per quanto riguarda gli aspetti formativi, tuttavia, le barriere alla crescita del valore dipendono sia da elementi quantitativi che qualitativi.

Gli ostacoli “quantitativi” ad una formazione continua sono sostanzialmente dovuti alla mancanza sia di tempo da dedicarvi e dalla scarsità delle risorse da investire.

Gli ostacoli “qualitativi” sono menzionati in riferimento alla non idoneità dei corsi di formazione sia nei contenuti (magari poco attenti agli aspetti relazionali) che nelle modalità delle docenze (in riferimento in particolare ai corsi online o alla scarsa capacità dei docenti).

La scarsità e l'inadeguatezza della formazione rischiano di compromettere il valore professionale di ruoli che di conseguenza possono risultare sempre meno attrattivi.

Se la formazione può essere considerata un “accrescitore” di valore professionale esterno all’organizzazione, la capacità di motivare l’impegno e la dedizione al lavoro costituiscono fattori organizzativi importanti.

In questo senso, un’organizzazione che non offre adeguate opportunità di carriera, che propone attività estremamente ripetitive nel tempo senza garantire un’adeguata rotazione, che non permette alcun tipo di coinvolgimento nelle decisioni e che, per contro, non esercita supervisione e controllo sugli elementi che contraddistinguono il valore delle prestazioni, difficilmente potrà contare su incrementi di valore professionale da parte del proprio personale.

### **3. Le iniziative per il valore**

Come è logico intuire date le riflessioni precedenti, le proposte per sviluppare il valore professionale all’interno

delle RSA fanno riferimento agli ambiti formativi e organizzativi. Non si tratta di soluzioni complesse o irrealizzabili. Per la formazione, oltre a dedicarvi un po’ più risorse e attenzione in generale, basterebbe focalizzarsi un po’ di più sulla relazione operatore – ospite anche attraverso qualche in conoscenza in più in ambito psicologico; per quanto riguarda l’organizzazione, la realizzazione di audit interni finalizzati alla co-produzione di procedure interne, faciliterebbe il coinvolgimento e il senso di appartenenza, risultato raggiungibile anche attraverso il tempo dedicato a team building, o “giochi di squadra”.

La disponibilità di uno spazio online come Valore in RSA consentirebbe la diffusione di buone pratiche in questa direzione, e di una maggior consapevolezza sui temi del valore professionale degli operatori.

## **LABORATORIO. Il valore del fine vita**

Claudio Baldacci – Cooperativa G. Di Vittorio

### **1. Il valore delle attività in essere per il fine vita**

La riflessione sulle esperienze in rsa legate al fine vita ha seguito tre direttrici principali: l'interno delle rsa, il rapporto con i familiari, il rapporto con il territorio.

Per le azioni interne alla rsa, partendo dallo spunto dell'utilizzo delle terapie farmacologiche adeguate alla gestione del fine vita, la riflessione si è concentrata sulla formazione degli operatori. Una formazione non solo tecnica, ma volta alla relazione con l'ospite nel fine vita, che si costruisce nel tempo, non negando la prospettiva di morte, ma lavorando insieme al personale per la creazione di una cultura del fine, in cui il parlare della morte abbia spazio. A questo si allaccia direttamente la seconda direttrice e cioè la relazione con i familiari. Per evitare che il tema della morte diventi un'emergenza da gestire, è necessario costruire un percorso insieme ai familiari. In questo percorso è necessario che si utilizzino anche gli strumenti previsti, come le DAT, che in alcune esperienze vengono raccolte dagli uffici comunali, dietro sensibilizzazione da parte delle rsa. E a questo si collega quindi l'ultima direttrice, quella dei rapporti col territorio. Le buone pratiche si realizzano la

dove ci sia una alta integrazione sociosanitaria, con tutti gli attori del territorio, la medicina generale, l'ospedale, l'hospice. Questo permette di contribuire al percorso condiviso con gli ospiti, con i parenti, con i medici, per far sì che si esca dall'emergenza e si agisca proattivamente.

### **2. Elementi, situazioni e comportamenti che impediscono il potenziamento del fine vita**

L'analisi delle barriere per una gestione del fine vita ha sostanzialmente ricalcato le tre direttrici viste prima.

Una barriera interna, costituita dalle risorse a disposizione, economiche e di tempo; da un elevato turno over del personale, che non permette una formazione continua sul tema del fine vita; da una mancanza di formazione diffusa del personale. Questo si astrae nella assenza di una cultura del limite, in cui si cerca di fare troppo, quando si potrebbe fare meno. Ritorna qui anche il concetto di emergenza, in cui l'azione è vista come valore, anche in un'ottica difensiva. Le normative, insieme all'assenza di una rete del fine vita, non permettono di sistematizzare delle buone prassi, lasciando al singolo, inteso come struttura o come singola gestione del caso, l'onere di individuare percorsi corretti.

### **3. Valore in RSA, quali azioni concrete si possono mettere in atto per superare le barriere**

Al centro della riflessione sono stati due temi: la formazione e la rete.

Sulla formazione la richiesta che emerge è quella di avere sul portale materiale formativo da utilizzare per il personale, promuovere eventi formativi, anche a livello regiona-

le e stimolare un collegamento con gli ordini professionali e l'università, riconoscendo il luogo dove si fa formazione e si fa cultura, tema centrale. Per favorire la creazione di una cultura infatti, oltre alla componente accademica, si sente la necessità anche di favorire momenti di scambio tra le strutture, tra gli operatori; questo anche allo scopo di raccogliere, nel confronto, buone prassi, che possano poi trovare spazio sul portale.

# LABORATORIO. Il valore della rete dei servizi

Mario Bruschi – Università degli Studi di Firenze, Francesca Ierardi – ARS Toscana

Prima di iniziare il metaplan, il gruppo ha ritenuto che fosse necessario, in virtù del diverso background professionale ed esperienziale dei partecipanti, concordare una definizione univoca di rete dei servizi, andando a definire in maniera puntuale quali fossero gli attori maggiormente coinvolti.

## 1. Il maggiore valore della rete dei servizi

Ai partecipanti è stato chiesto di indicare un solo valore, quello ritenuto il più importante, riferito alla rete dei servizi. Ogni partecipante ha espresso la propria posizione su un post it.

Da queste posizioni emerge come il gruppo abbia ricondotto all'integrazione l'elemento chiave della rete dei servizi, un termine che sintetizza, valorizzando gli aspetti della disponibilità e dell'apertura al confronto fra i diversi soggetti.

In questo senso richiama il concetto di integrazione anche il contatto diretto tra i diversi nodi della rete, come elemento che permette maggiore condivisione e di conseguenza facilita il lavoro. L'integrazione è inoltre l'elemento chiave fondamentale per una efficace valutazione multidimensionale, continua e complementare, da cui deriva una risposta integrata al bisogno della persona.

## 2. Le situazioni o i comportamenti che impediscono un maggior supporto della rete dei servizi

Il secondo argomento su cui il gruppo ha riflettuto fa riferimento all'identificazione dei principali ostacoli alla realizzazione di un effettivo supporto della rete. Sono emerse tre aree principali. Quella su cui il gruppo si è concentrato maggiormente è identificata come la mancanza di integrazione organizzativa. Dal punto di vista espresso dai partecipanti al tavolo, questa area è scaturita dal funzionamento a comportamenti stagni o a silos, da un eccesso di burocrazia (che rende spesso faticoso il passaggio dei dati) e dalla tendenza a semplificare eccessivamente la ricerca di soluzioni in situazioni complesse, per la difficoltà al confronto.

Una seconda area emersa dal gruppo è stata la mancanza di integrazione gestionale, intesa come frammentazione della gestione dei singoli servizi della rete. L'ultima area emersa è quella relativa alle insufficienti risorse, la cui

scarsità non consente di realizzare appieno il valore supportivo della rete.

Successivamente il gruppo è stato chiamato a indicare quale fosse l'area su cui lavorare nella fase successiva. La mancanza di integrazione organizzativa è stata l'area scelta dal gruppo.

### **3. Le iniziative che Valore in RSA può attuare per superare la difficoltà selezionata dal gruppo**

Il terzo ed ultimo momento di discussione ha previsto che il gruppo individuasse delle azioni che il network Valore in RSA potesse mettere in atto per superare le difficoltà relative all'area scelta, cioè alla mancata integrazione organizzativa.

Le proposte emerse delineano come l'elemento centrale faccia capo alla richiesta di iniziative di formazione per tutti gli attori che compongono la rete. Dalle posizioni espresse dai partecipanti, si evince che la formazione deb-

ba essere sartorializzata sulle reali esigenze dei soggetti della rete. Pertanto, elemento ad essa imprescindibile, è l'ascolto degli operatori mediante l'organizzazione di tavoli ad hoc, dove raccogliere puntualmente il loro bisogno formativo, analizzare e discutere azioni pratiche di miglioramento e formazione per chi lavora sul campo (analisi criticità). Quello che emerge, quindi, è non solo la richiesta di un luogo per l'ascolto e l'emersione del bisogno, ma anche la realizzazione di azioni puntuali. Un altro elemento che emerge dal tavolo è la necessità di orientare la formazione alla definizione dei ruoli degli attori stessi della rete, un'espressione che lascia trapelare l'importanza che le professioni siano adeguatamente formate anche sul piano dell'etica professionale.

Infine, un'azione su cui è ritenuto rilevante che la rete di Valore in RSA fornisca il suo contributo è la definizione di best practices lavorative e la loro divulgazione, questione che trova la sua realizzazione nell'idea di formazione continua e confronto fra attori, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie.

# LABORATORIO. Il valore degli incontri con familiari e caregiver

Chiara Lorini, Guglielmo Bonaccorsi – Università degli Studi di Firenze

Il laboratorio ha visto la partecipazione attiva di tutti i presenti, con una discussione molto articolata.

## 1. Quale è per voi il valore maggiore degli incontri con familiari e caregiver?

Le parole chiave sono state ricondotte a tre differenti ambiti, ovvero quello dell'alleanza/rete tra la struttura (a tutti i livelli, dalla direzione ai singoli operatori) e la famiglia, quello della comunicazione – che vede la capacità di ascolto e lo sviluppo di strategie comunicative efficaci come elementi trainanti – e quello degli stimoli cognitivi e affettivi che gli incontri con familiari e caregiver possono portare all'anziano. In sintesi, gli incontri con familiari e caregiver sono visti come elemento di valore sia per l'anziano che per gli stessi operatori, favorendo la relazione di cura e la creazione di un ambiente positivo e costruttivo.

## 2. Quali sono attualmente gli elementi, le situazioni e i comportamenti che impediscono gli incontri con familiari e caregiver?

Le caratteristiche degli operatori, dei familiari/caregiver o

la presenza di barriere fisiche possono ostacolare gli incontri con familiari e caregiver. In particolare, per quanto riguarda il primo ambito, possono essere da ostacolo alcuni limiti nella formazione degli operatori: lo sviluppo di competenze e abilità relazionali è solo raramente obiettivo dei percorsi formativi degli operatori e dei direttori delle RSA, soprattutto perché erroneamente si ritiene che tali capacità siano innate delle persone, legate ad attitudini personali, piuttosto che elementi su cui investire in un percorso formativo. Per quanto riguarda le caratteristiche dei familiari e dei caregiver, sono state citate le barriere linguistiche o culturali, una bassa fiducia riposta negli operatori, la presenza di preconcetti (spesso legata alla bassa fiducia) o la mancata volontà del familiare o del caregiver di farsi coinvolgere nella “vita” all'interno della struttura (ad esempio per posizione di rifiuto legata a senso di colpa o al burden dovuto all'assistenza prima dell'inserimento nella struttura). Infine, per quanto riguarda le barriere fisiche, sono stati nominati gli elementi strutturali (spazi non sempre idonei) e le norme legate al contrasto della pandemia Covid-19, che tuttora costituiscono un vincolo anche psicologico (più che reale).



### **3. Quali sono le azioni concrete che Valore in RSA può mettere in atto per superare le barriere individuate?**

Le azioni individuate riguardano prevalentemente la realizzazione di interventi di formazione sulle strategie di comunicazione efficace da adottare con i familiari e i caregiver, sulle strategie di contrasto alle barriere culturali, sulla centralità della relazione, nonché su temi etici e deontologici che stanno alla base dello sviluppo di relazioni

funzionali al percorso di presa in carico. Valore in RSA può anche essere un ottimo mezzo di valorizzazione e divulgazione di esperienze positive condotte nel territorio toscano e, più in generale, può favorire la costituzione di una rete tra RSA e con i servizi territoriali, nonché porsi come interlocutore con la Regione per avere il supporto politico alle iniziative svolte sul territorio o che potrebbero essere svolte per favorire la relazione tra la struttura e i familiari/caregiver degli anziani ospiti delle RSA.



Dalla redazione di Valore in RSA  
un arrivederci al prossimo anno!