



CENTRO SERVIZI ALLA PERSONA
Luigi Mariutto

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA



COMUNE DI MIRANO
Provincia di Venezia



t OUR 2016-2017
APPA EXTRA TOUR
VENETO

Mirano (VE)
Teatro Belvedere - Via Belvedere, 6
venerdì 6 ottobre 2017



**Long Term Care: strategie ed esperienze
d'integrazione sociosanitaria tra domiciliarità
e residenzialità, con uno sguardo al futuro**

ore 8.30 Registrazione dei partecipanti

ore 9.00 Apertura del convegno
Saluto introduttivo
Sergio Sgubin
Presidente Nazionale ANSDIPP

Presiede
Paolo Zanardi
Presidente IPAB Luigi Mariutto

ore 9.30 Introduzione
Franco Iurlaro
Ipab Luigi Mariutto. Comitato Esecutivo Ansdipp
"Long Term Care, le prospettive che emergono dalle ricerche di Italia Longeva, il network dedicato all' invecchiamento creato dal Ministero della Salute. E non solo ..."

ore 10.00 Lo scenario
Pierangelo Spano
Azienda Ulss 3 Serenissima
"I consumi sanitari lungo il ciclo di vita con particolare attenzione alle correlazioni con l'età anziana"

Cristina Basso
Regione Veneto
"Un nuovo orizzonte di significato per i big data della non autosufficienza"

ore 11.00 Coffee Break

ore 11.30 Le esperienze
Fabio Veriato
Azienda Ulss 6 Euganea
"Buone pratiche di presa in carico integrata e continuità assistenziale: ospedale- territorio senza soluzione di continuità"

Fabrizio Giunco
Direttore medico servizi sociosanitari istituto Palazzolo, Fondazione don Carlo Gnocchi. Commissione anziani Uneba Lombardia
"Le cure per i non autosufficienti nella riforma socio-sanitaria lombarda. Il Case Management per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili"

Marco Maffeis
Direttore A.P.S.P. "Santo Spirito" Bressanone -BZ-. Membro esecutivi Ansdipp e Adsa Associazione Dirigenti Servizi Anziani Alto Adige
"Politiche per la non autosufficienza in Alto Adige. Il Punto Unico d'Accesso socio-sanitario"

ore 13.00 Conclusioni



GENTRO SERVIZI ALLA PERSONA

Luigi Mariutto



ANSDIPP

L'Associazione dei Manager del Sociale e del Sociosanitario

**Long Term Care, le prospettive che emergono dalle
ricerche di Italia Longeva, il network dedicato all'
invecchiamento creato dal Ministero della Salute.
E non solo ...**

Spunti di riflessione

Franco Iurlaro (*Ipab Luigi Mariutto. Comitato Esecutivo Ansdipp*)



Spunti di riflessione

1. Lo scenario
2. La previdenza possibile
3. L'innovazione tecnologica
4. La residenzialità integrata in rete
5. Uno sguardo all'Europa
6. Riflessioni conclusive

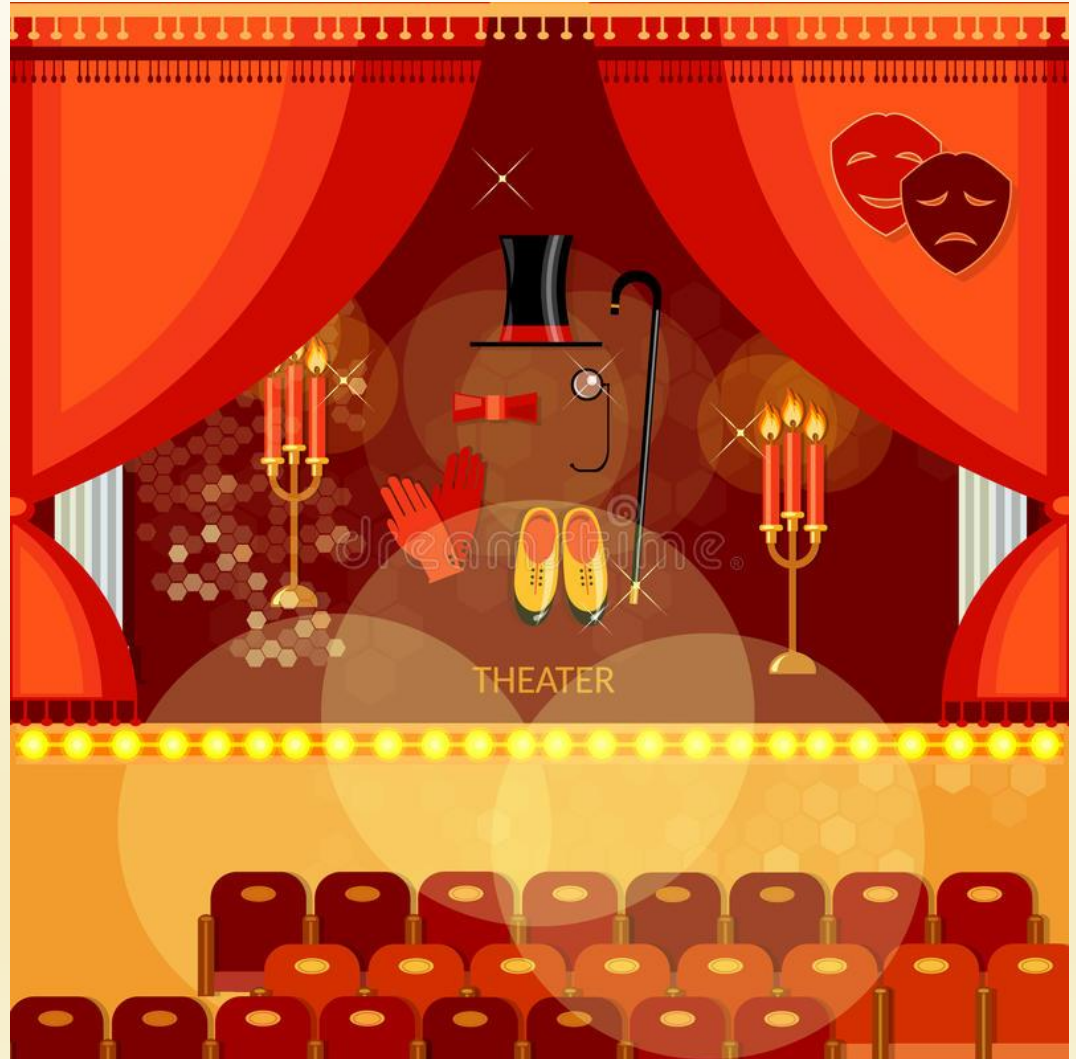


“Una delle qualità essenziali del clinico è l’interesse per l’umanità, poiché il segreto della cura al paziente è prendersi cura del paziente.”

Francis W. Peabody 1927

1. Lo scenario

1. **Lo scenario**
2. La previdenza possibile
3. L'innovazione tecnologica
4. La residenzialità integrata in rete
5. Uno sguardo all'Europa
6. Riflessioni conclusive





Long-Term Care TWO

Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine



- <http://www.italialongeva.it/long-term-care-two-roberto-bernabei/>

1. Lo scenario - numeri

Some numbers in Italy *

- Average cost for one day in hospital: 700-800€ per person;
- 1 old person out of 6 in Italy is not self-sufficient;
- 1 old person out of 3 in Italy has suffer from a chronic disease;
- In Italy Il sistema sanitario nazionale risponde bene a problemi sanitari acuti, ma non all'assistenza in generale;
- Every 100 young people, threre are 161 elderly 65+;
- 900.000 «badanti» in Italy (up to 1800€/month);
- 11M Italians have used private insurance for future assistance;
- Available beds in residential or semi-residential facilities are 233.000 in Italy (1/3 of France and 1/4 of Germany);
- 760.000 elderly people out of potential 2.7M are using social and health services;
- In 2035, more than 100.000 additional caregivers and operators are required;
- Differences between North and Sud, 10:1.

* Marcella Cocchi, da La Nazione del 31/03/2017

1. Lo scenario – l'invecchiamento

SDA Bocconi

La popolazione italiana e l'invecchiamento (1)

Il numero degli anziani in Italia cresce molto rapidamente:

	2007	2017
65 ANNI E PIU'	11,7 milioni <i>20,1% della popolazione</i>	13,5 milioni <i>22,3% della popolazione</i>
90 ANNI E PIU'	466.700 <i>0,8% della popolazione</i>	727.000 <i>1,2% della popolazione</i>
ULTRACENTENARI	10.386 <i>0,02% della popolazione</i>	17.000 <i>0,03% della popolazione</i>



Fonte: ISTAT, Indicatori demografici 2017

1. Lo scenario – il sistema

Il sistema sociosanitario per la non autosufficienza (1)

Capacità produttiva complessiva del sistema per tipo di servizio erogato:

Tipologia di servizio – dotazione di offerta 2014	Rete sociosanitaria	Rete sociale
Residenziale	269.065 ¹	22.257
Semiresidenziale	14.927	n.d.
Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812 ²	n.d.

Utenti in carico al servizio 2014	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
1.367.101	32,3%	16,4%

Fonte: Elaborazioni GASI 2017 su dati ISTAT, 2013

La rete servizi a fronte di una domanda potenziale espressa da 2.809,211 non autosufficienti over65

1. Lo scenario – L'A.D.I.



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

- <http://www.italialongeva.it/long-term-care-two-davide-vetrano/>

1. Lo scenario – L'A.D.I.



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

Tabella 1. ADI: principali indicatori

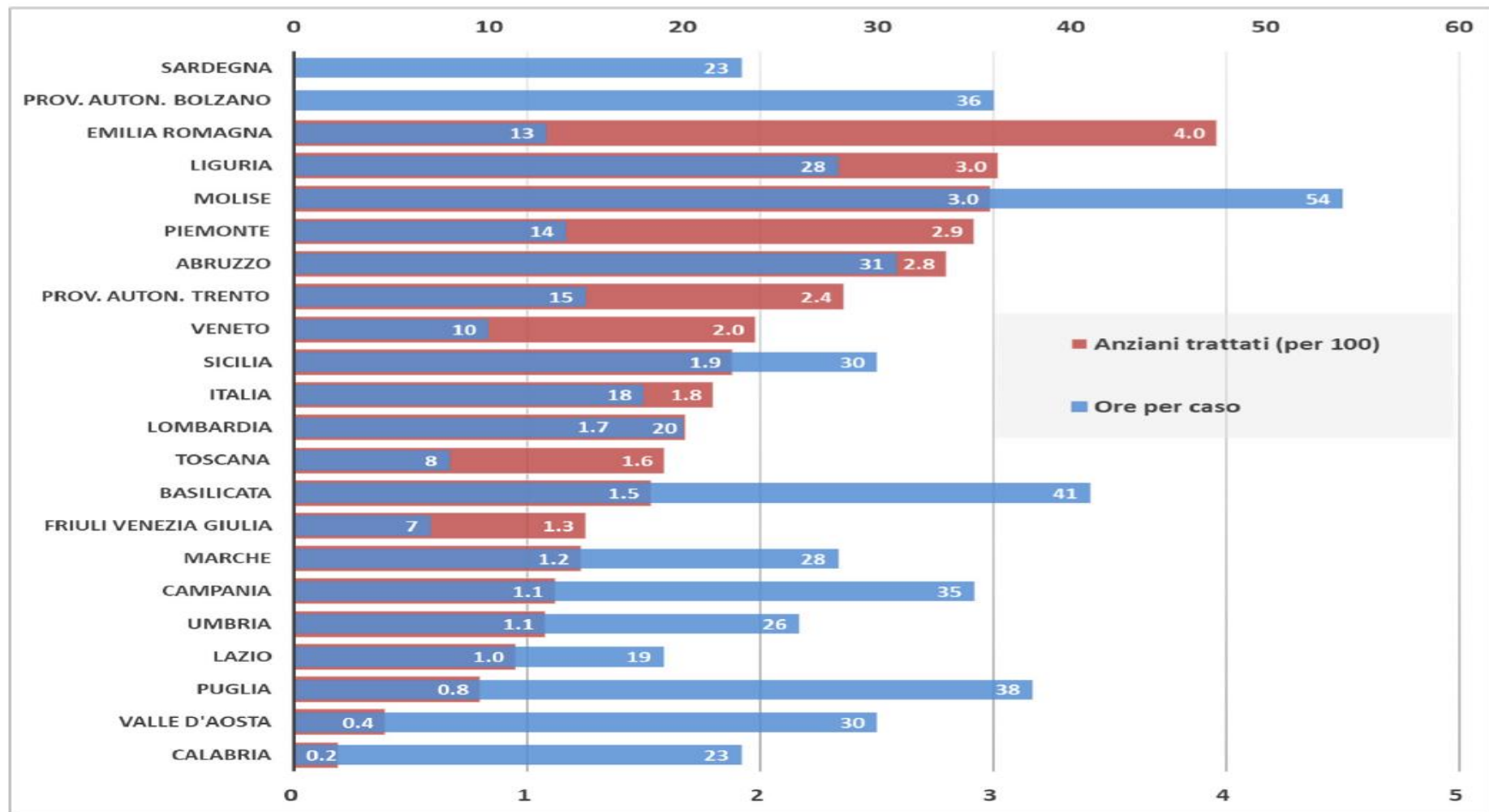
Regioni	Popolazione Residente (al 1° gennaio 2017) ¹	Percentuale di anziani (≥65) (al 1° gennaio 2017) ²	Numero degli assistiti in ADI (anche non anziani) – anno 2014 ³	Tasso di assistiti in ADI (anche non anziani) x 100 abitanti – anno 2014 ³	% di anziani sul totale dei trattati in ADI – anno 2014 ³	Tasso (per 100) di anziani assistiti – anno 2014 ⁴	Tasso (per 100) di anziani assistiti – anno 2016 ⁵	Totale ore per caso trattato ⁶ – anno 2013	Incidenza del costo della ADI sul totale della spesa sanitaria per Regione (anno 2012) ⁷
Piemonte	4.404.246	25,0	38.800	0,9	86,7	3,2	3,2	14	2,4
Valle d'Aosta	127.329	23,2	131	0,1	83,2	0,4	0,4	30	0,7
Lombardia	10.008.349	22,2	60.328	0,6	86,6	2,6	3,0	20	1,4
P.A. Bolzano	520.891	19,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	36	1,3*
P.A. Trento	538.223	21,4	6.303	1,2	88,5	4,1	3,9	15	1,3*
Veneto	4.915.123	22,3	32.489	0,7	86,2	2,8	4,2	10	2,3
Friuli V. Giulia	1.221.218	25,7	5.338	0,4	86,0	1,5	2,7	7	6,2
Liguria	1.571.053	28,3	15.745	1,0	90,9	3,3	3,4	28	1,7
E. Romagna	4.448.146	23,7	49.306	1,1	85,7	4,2	4,2	13	5,6
Toscana	3.744.398	25,1	26.967	0,7	89,1	2,8	3,6	8	2,8
Umbria	891.181	25,1	3.836	0,4	90,4	1,5	2,3	26	4,9
Marche	1.543.752	24,3	6.312	0,4	88,4	1,6	2,1	28	4,7
Lazio	5.888.472	21,2	14.868	0,3	87,8	1,1	0,3	19	2,1
Abruzzo	1.326.513	23,2	11.181	0,8	89,2	2,9	3,6	31	2,5
Molise	312.027	23,9	2.333	0,7	87,7	2,9	5,1	54	3,2
Campania	5.850.850	18,2	14.160	0,2	88,0	1,2	1,9	35	1,6
Puglia	4.077.166	21,3	15.869	0,4	85,0	1,6	3,0	38	1,4
Basilicata	573.694	22,3	2.901	0,5	88,6	2,1	1,1	41	2,5
Calabria	1.970.521	20,9	2.002	0,1	85,8	0,3	1,4	23	1,5
Sicilia	5.074.261	20,5	31.787	0,6	86,9	2,9	3,5	30	1,7
Sardegna	1.658.138	22,6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	23	2,0
Italia	60.665.551	22,3	340.656	0,6	87,1	2,3	2,8	18	2,4

1. Lo scenario – L'A.D.I.



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

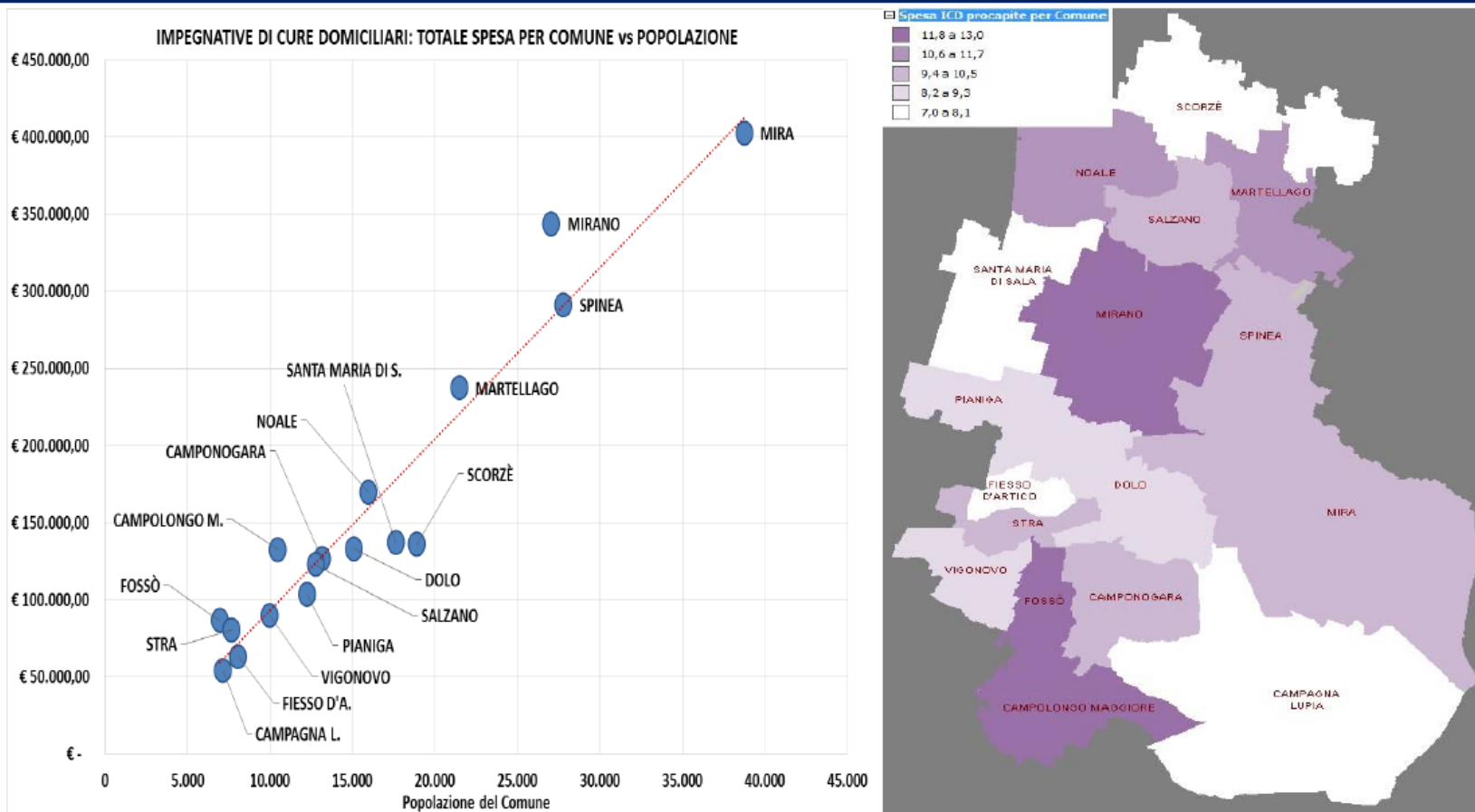
Figura 1. Rapporto tra tasso di anziani trattati e numero medio di ore erogate per caso trattato (dati 2013)



1. Lo scenario – L'A.D.I.

IMPEGNATIVE DI CURE DOMICILIARI: SPESA PROCAPITE PER ICD, CONSUNTIVO 2015

La spesa procapite per ICD varia dai 7,19 € di Scorzè ai 12,71 € di Mirano. La media aziendale è di 9,99 € per abitante



1. Lo scenario – la prevenzione



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

- <http://www.italialongeva.it/vaccinarsi-e-prevenire-lo-spot-della-campagna-di-italia-longeva-sulle-vaccinazioni/>

1. Lo scenario – L'offerta

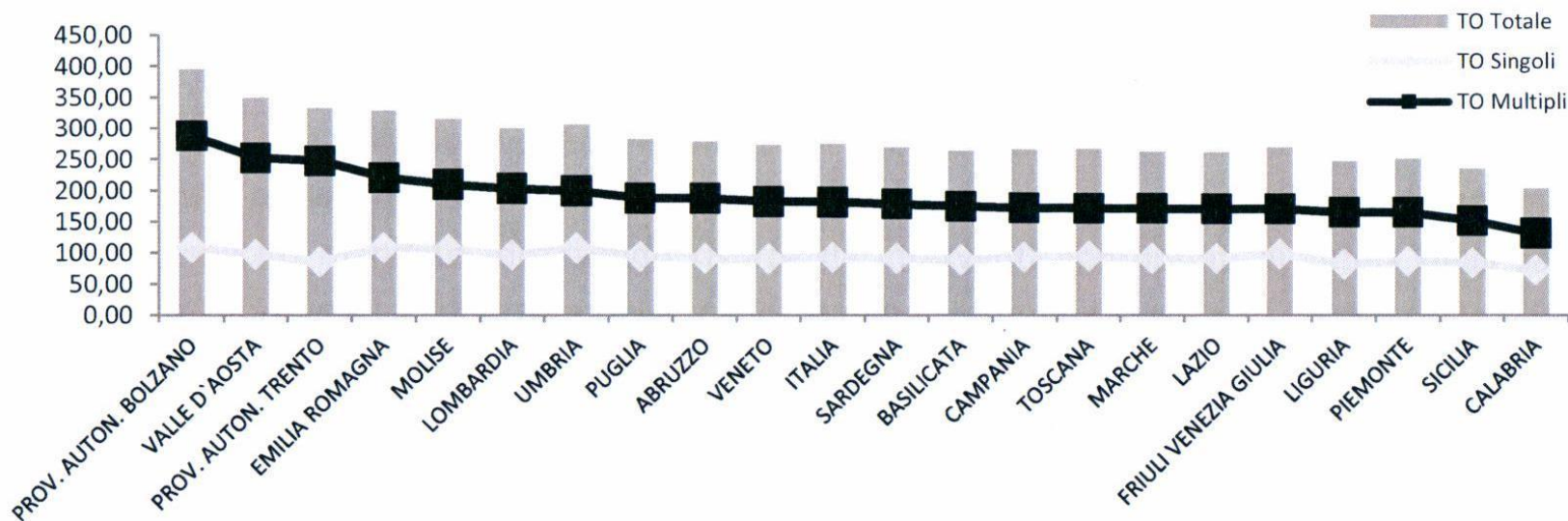
Tabella 1: Dotazione della rete di offerta e livello di presa in carico

<i>Per la popolazione non autosufficiente over75:</i>	Numero di posti in RSA ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti	Numero di badanti ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti
Sicilia	0,45	13,49
Molise	0,29	16,08
Basilicata	0,95	16,89
Puglia	2,21	16,43
Calabria	1,92	19,54
Abruzzo	3,30	27,94
Campania	0,44	33,49
Marche	2,11	35,90
Sardegna	0,13	42,49
Umbria	4,17	41,75
Toscana	7,36	48,46
Friuli - Venezia Giulia	20,38	40,51
Lazio	2,33	66,03
Veneto	19,35	52,65
Emilia - Romagna	11,25	61,85
Valle d'Aosta	0,19	74,64
Trento	34,78	43,98
Liguria	14,89	71,03
Bolzano/Bozen	39,31	54,82
Piemonte	24,22	75,51
Lombardia	27,83	89,20

Fonte: Rapporto OASI 2016

1. Lo scenario – L'ospedalizzazione

Figura 2: tasso di ospedalizzazione per ricoveri singoli e multipli ogni 100 cittadini over65, anno 2015



Fonte: Rapporto OASI 2017

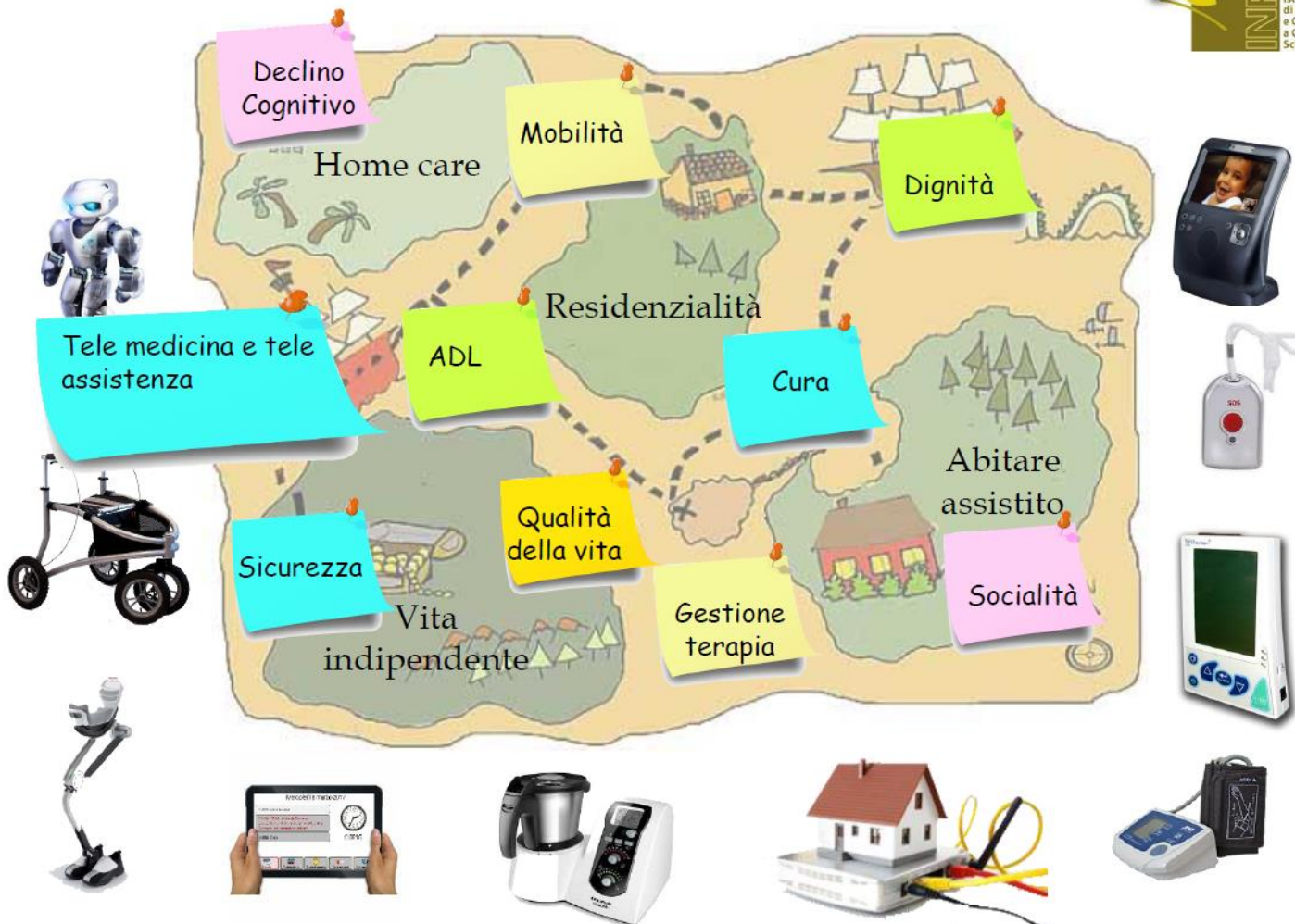
Altissima l'incidenza di ricoveri multipli, ovvero di situazioni di ricovero che si ripetono nell'arco ravvicinato dei 12 mesi e con caratteristiche simili. Rappresentano il 55% dei ricoveri ordinari per gli over65 e corrispondono ad una media di 29 giornate di ricovero annue per gli 881.361 anziani interessati dal fenomeno.

1. Lo scenario – la complessità



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

Long Term Care e contesto di “complessità”



2. La Previdenza possibile

1. Lo scenario
- 2. La previdenza possibile**
3. L'innovazione tecnologica
4. La residenzialità integrata in rete
5. Uno sguardo all'Europa
6. Riflessioni conclusive



2. La previdenza possibile



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine



QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

2. La previdenza possibile



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

Il modello UniSalute per la domiciliarità: casi gestiti in un anno

- **Il modello di assistenza globale integrata** UniSalute è unico sul mercato ed è basato sul seguente approccio: **persona → definizione dei problemi → qualità della vita**
- Il modello prevede la gestione personalizzata di percorsi di cura e consulenza medica di eccellenza nei casi di:



Distribuzione media dei casi gestiti in Italia:
Nord: 30% - Centro 60% (con prevalenza su Roma) - Sud 10%

3. L'innovazione tecnologica

1. Lo scenario
2. La previdenza possibile
- 3. L'innovazione tecnologica**
4. La residenzialità integrata in rete
5. Uno sguardo all'Europa
6. Riflessioni conclusive



3. L'innovazione tecnologica



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine



Esperienze consolidate ed in via di sviluppo



Rete telemedicina e teleassistenza

- Sviluppo del servizio di telemedicina per i residenti in strutture sanitarie, con MMG, Farmacie e recentemente, in presidi sanitari di zone terremotate



Come a casa

- Adattamento di mini appartamenti di proprietà della Fondazione secondo un modello di abitare assistito che coniughi la vita indipendente con i servizi offerti dalla struttura



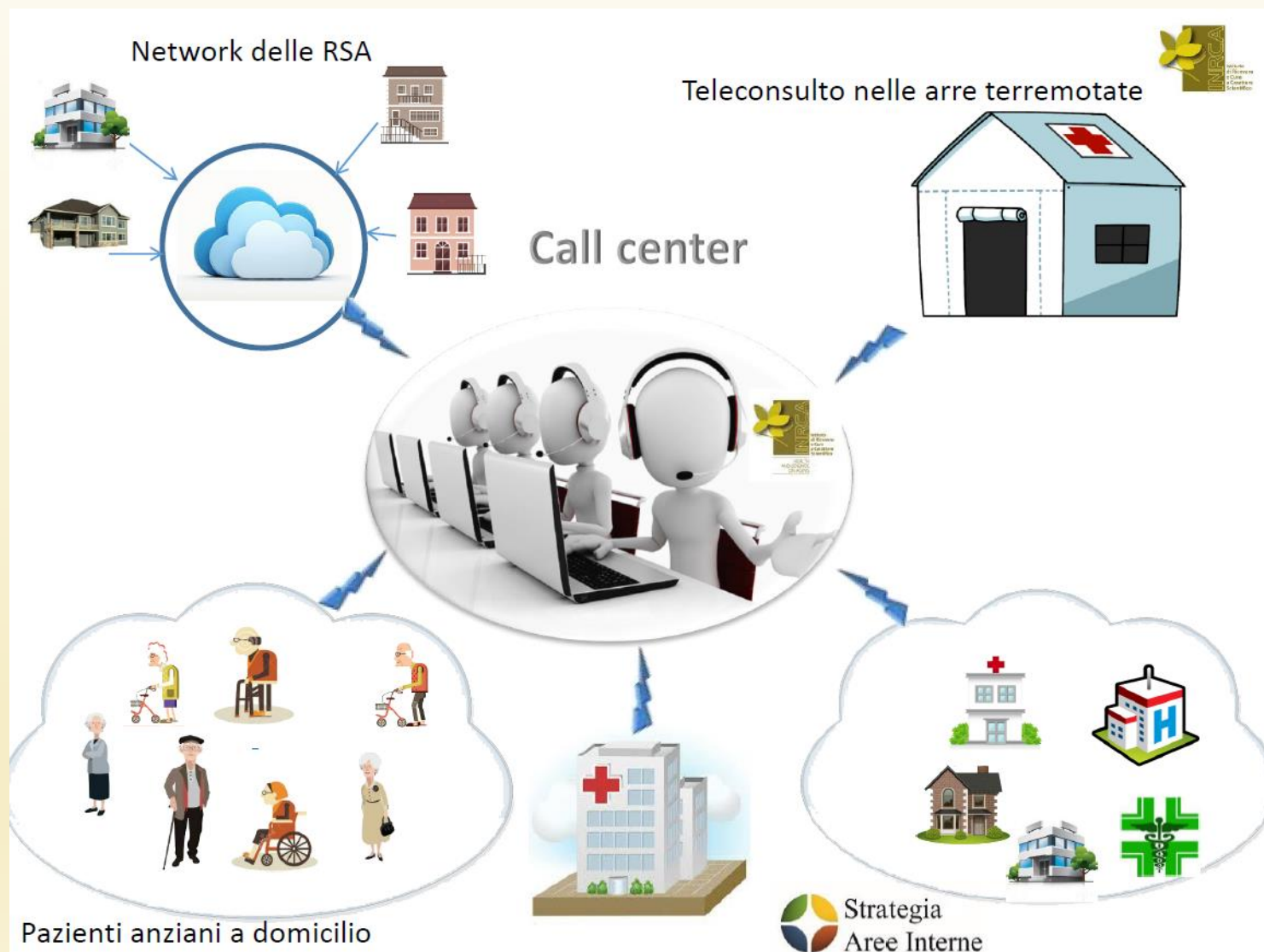
A casa tua

- Estensione dei servizi proposti agli anziani presso il loro domicilio

3. L'innovazione tecnologica



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine



3. Innovazione tecnologica



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

OBIETTIVO GENERALE:

- Attuazione di un modello assistenziale multidisciplinare di dimissione, prevalentemente riabilitativo occupazionale, attraverso la sperimentazione di applicativi tecnologici domiciliari.

Trattati pazienti con esito di Ictus

Attività personalizzate per ciascun utente sulla base dei risultati della scala WHOM-I (Wheelchair Outcome Measure-Italian version parte I) che richiede al paziente di identificare le attività per lui più importanti svolte in carrozzina, ed il proprio livello di soddisfazione nello svolgimento di ciascuna attività identificata.

Essenzialmente attività di potenziamento delle ADL e delle IADL (es. igiene personale, tagliare il cibo, lavare i piatti....)

L'item soddisfazione nell'effettuare queste attività, misurato con la scala WHOM dopo il training personalizzato, è aumentato di almeno un punto dalla valutazione iniziale

Finanziamento Regione Marche

3. Innovazione tecnologica

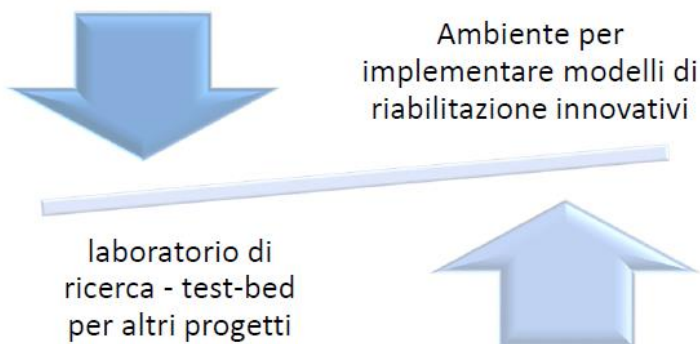


Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine

Casa Amica, come ponte tra i progetti di ricerca e l'applicazione nella pratica clinica assistenziale



Prototipo sperimentale di Smart Home realizzato all'interno del Presidio Ospedaliero con il contributo economico della fondazione Cariverona.



FONDAZIONE
Cariverona

3. Innovazione tecnologica



Long-Term Care TWO
Gli Stati Generali dell'Assistenza
a lungo termine



3. Innovazione tecnologica



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa



Robot-Era at a glance

Services provided by a set of autonomous and well orchestrated mobile robots integrated in smart environments : outdoor, condominium and domestic (3D service robotics)



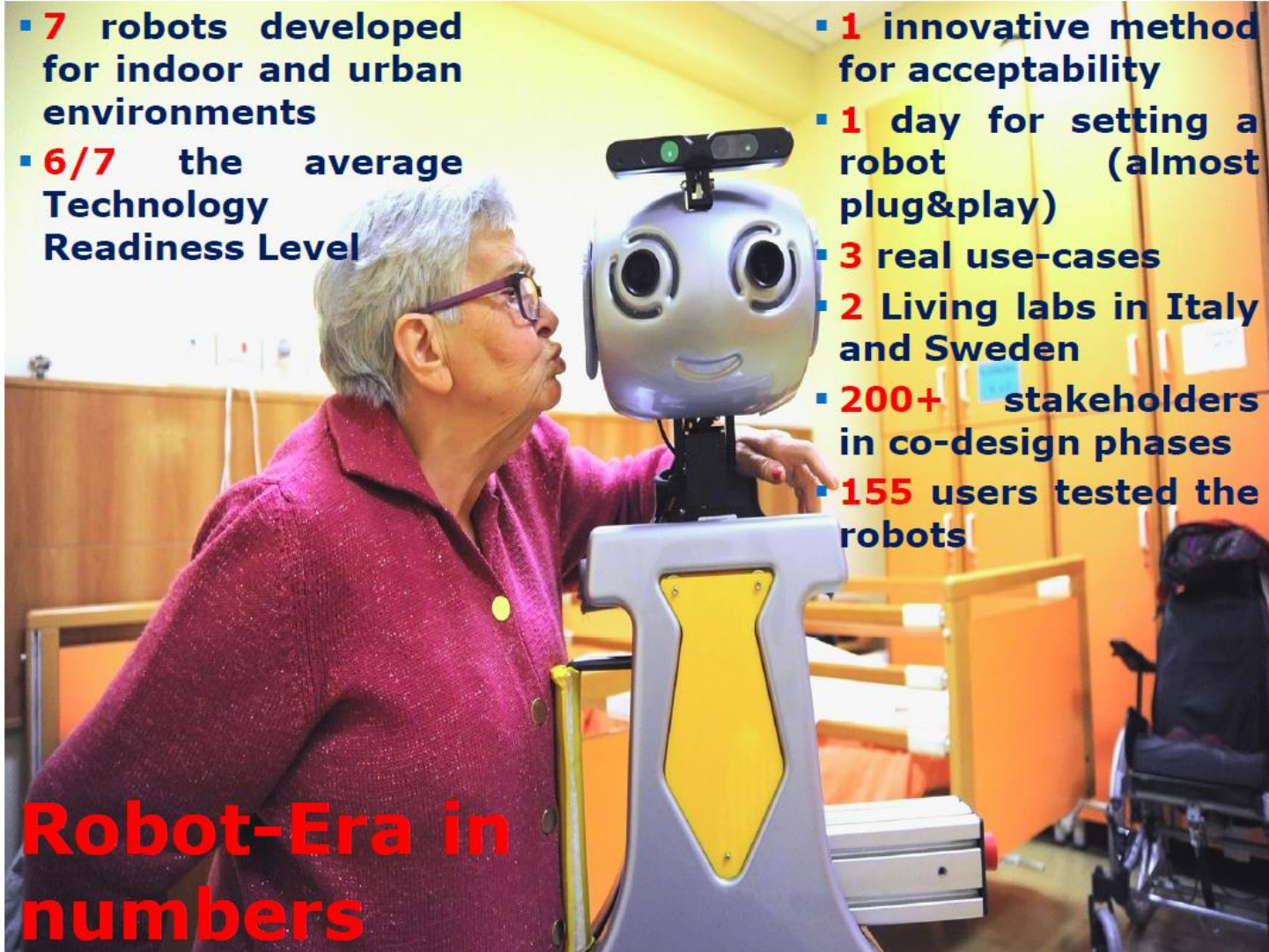
- Duration 2012 - 2015
- Total Project Cost: € 8.700.000



The Robot-Era Project has received funding from the European Community's Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013) under grant agreement num. 288899 -

WWW.ROBOT-ERA.EU

3. Innovazione tecnologica



- **7** robots developed for indoor and urban environments
- **6/7** the average Technology Readiness Level
- **1** innovative method for acceptability
- **1** day for setting a robot (almost plug&play)
- **3** real use-cases
- **2** Living labs in Italy and Sweden
- **200+** stakeholders in co-design phases
- **155** users tested the robots

Robot-Era in numbers

3. Innovazione tecnologica



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

- <https://www.youtube.com/watch?v=bQi4v77lR9A>

3. Innovazione tecnologica



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa

Robot looks after residents at Italian care home - in pictures

A care home in Florence is pioneering the use of a robot as a carer for its 20 elderly residents. Robot-Era is coordinated by the Robotics Institute of the Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa as part of the world's largest experiment ever carried out using service robots, which involves 160 people in real-world environments over four years



3. Innovazione tecnologica

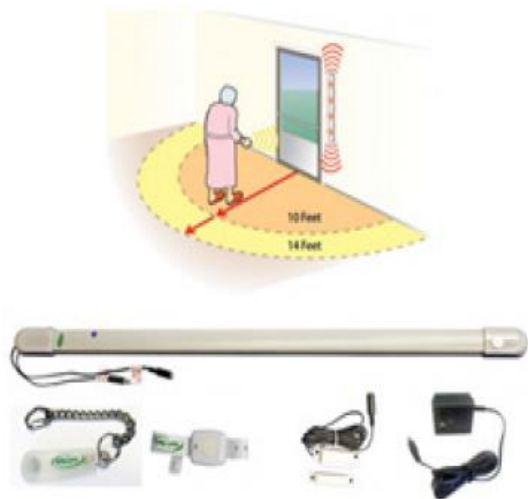


Scuola Superiore
Sant'Anna

SMART CAREGIVER SYSTEM



- L'azienda (Petaluma, California) propone una serie di sensori per il monitoraggio degli anziani in case private ed all'interno di strutture sanitarie. Il sistema proposto comprende sensori per il rilevamento di persone su **letti, sedie o aree specifiche** di un ambiente (tappetini sensorizzati e sensori di presenza), sistemi per il monitoraggio degli accessi con tecnologia RFID e sistemi di gestione degli allarmi. I materassini o tappetini sensorizzati hanno un costo variabile a seconda della dimensione, tra 38\$ e 95\$. Gli allarmi individuali per familiari o operatori socio-sanitari, in grado di segnalare l'alzata dal letto/sedia hanno un costo tra i 25\$ (solo allarme acustico) e i 49\$ (allarme acustico+visivo). Le stazioni di monitoraggio per strutture sanitarie sono in grado di gestire contemporaneamente centinaia di sensori ed il loro costo varia a seconda del numero di dispositivi collegati tra 63\$ e 1200\$.

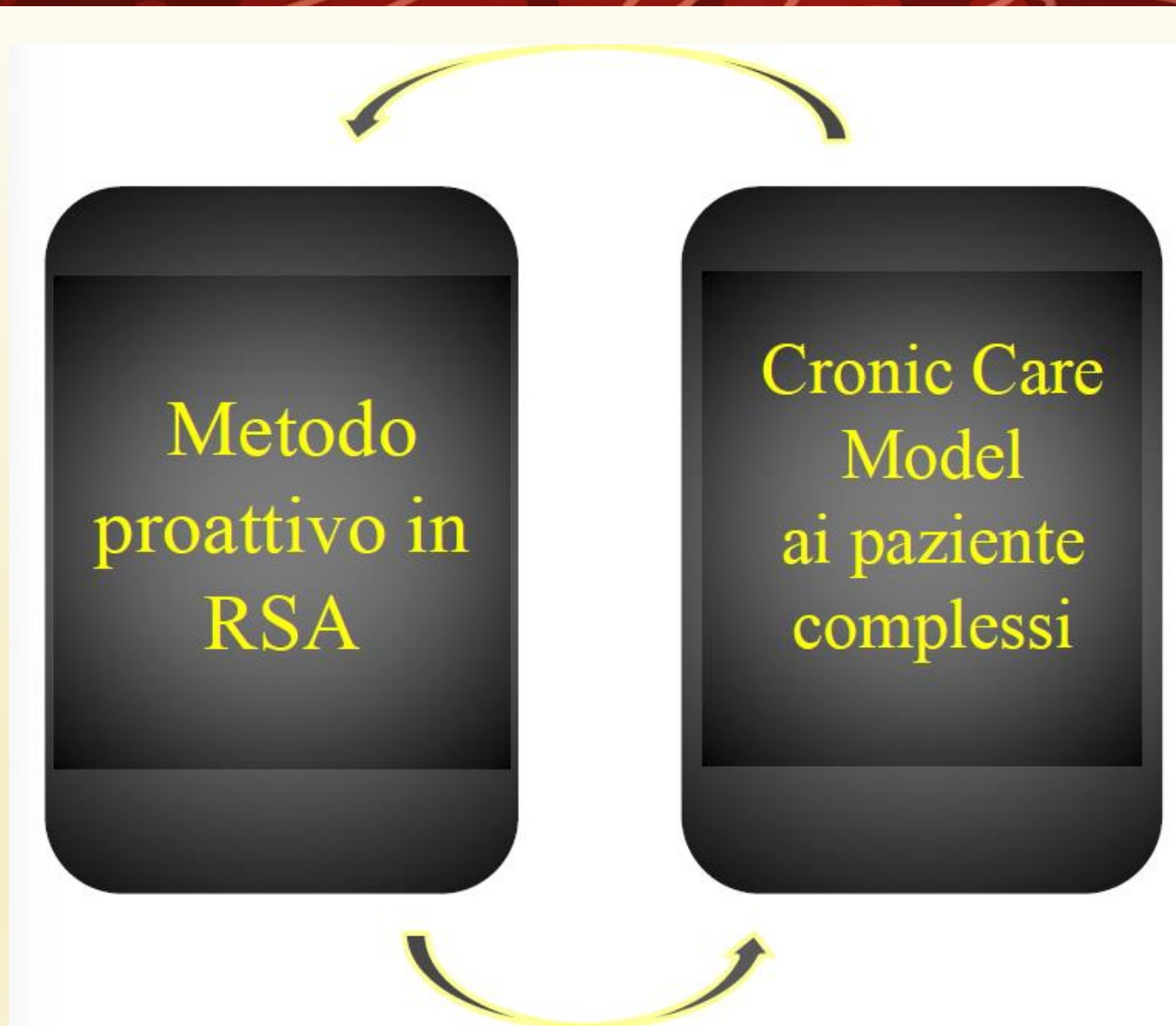


4. La residenzialità integrata in rete

1. Lo scenario
2. La previdenza possibile
3. L'innovazione tecnologica
- 4. La residenzialità integrata in rete**
5. Uno sguardo all'Europa
6. Riflessioni conclusive



4. La residenzialità integrata in rete – un'esperienza nella regione Toscana



4. La residenzialità integrata in rete – un'esperienza nella regione Toscana

Metodo Proattivo in RSA

**L'utilizzo
delle scale di
valutazione
consente di:**

- offrire a ciascun assistito un'assistenza personalizzata
- determinare in modo più oggettivo lo stato di salute di ciascun assistito
- formulare obiettivi misurabili
- Si verifica il raggiungimento degli obiettivi e l'efficacia degli interventi compiuti
- Valutare il carico assistenziale che devono sostenere

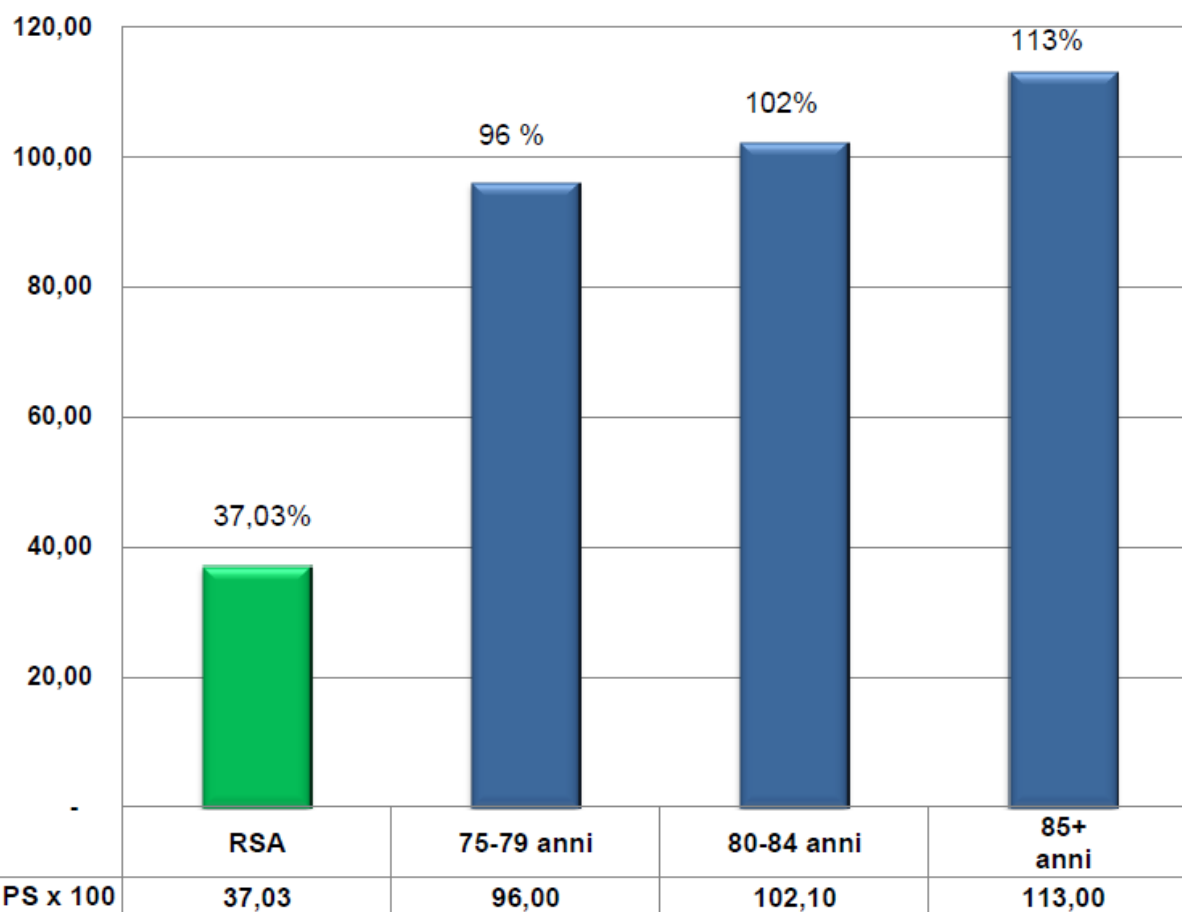
4. La residenzialità integrata in rete – un'esperienza nella regione Toscana



4. La residenzialità integrata in rete – un'esperienza nella regione Toscana

Tasso di accesso al PS anno 2016

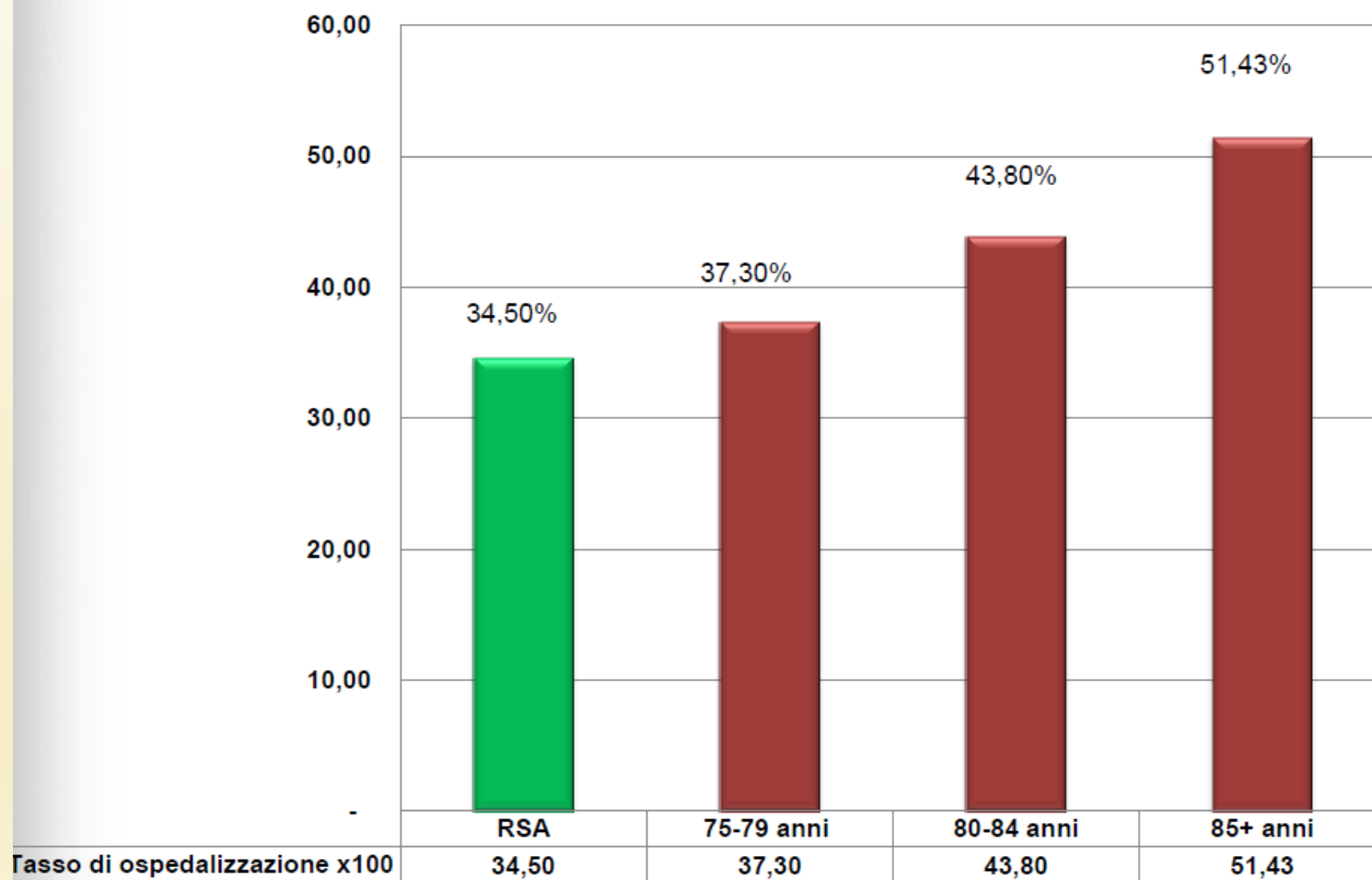
Anziani in RSA(70-85+) e Pazienti Complessi a domicilio



4. La residenzialità integrata in rete – un'esperienza nella regione Toscana

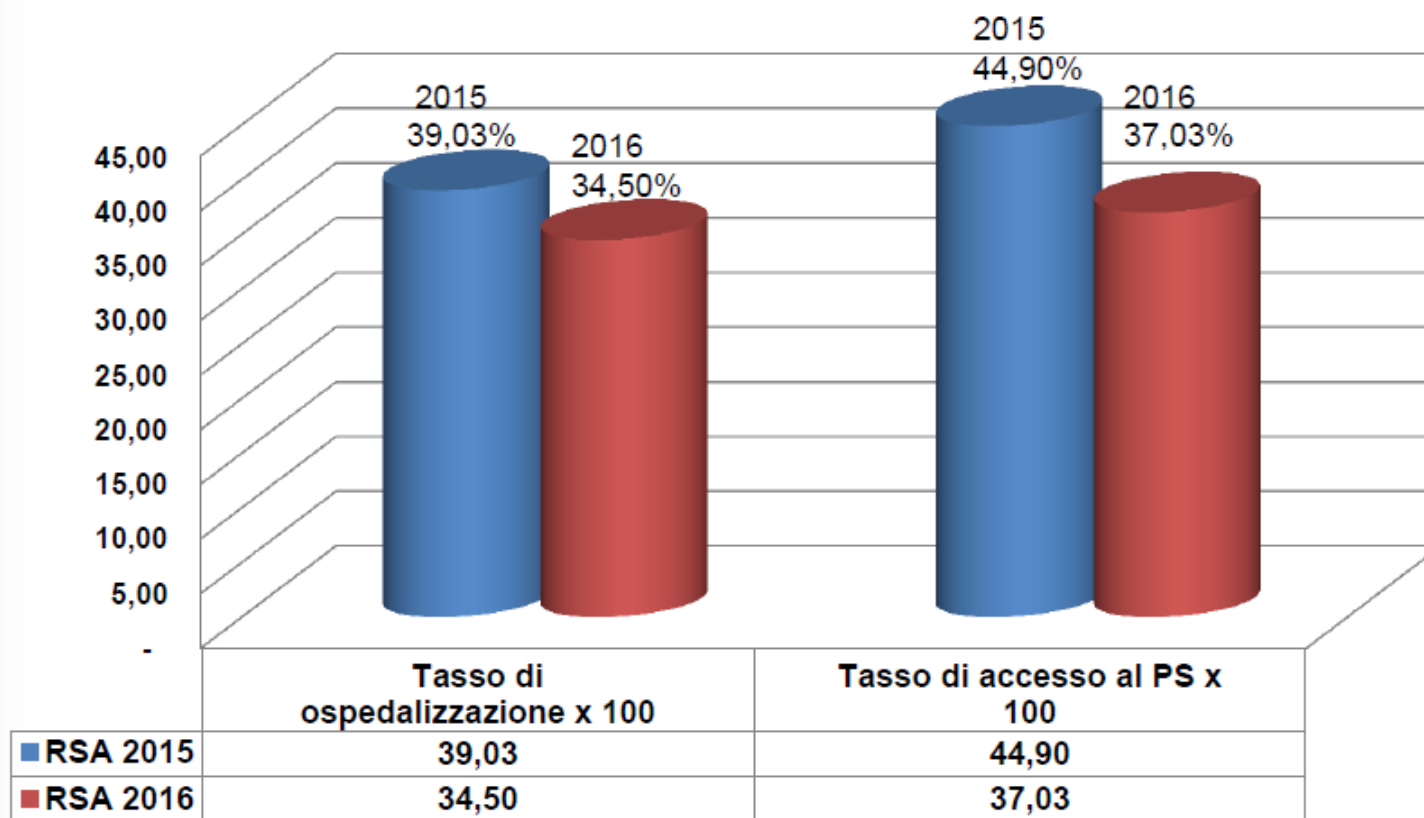
Tasso di ospedalizzazione anno 2016

Anziani in RSA(70-85+) e Pazienti Complessi a domicilio



4. La residenzialità integrata in rete – un'esperienza nella regione Toscana

Tasso di accesso al PS e Ospedalizzazione RSA anno 2015 e 2016



4. La residenzialità integrata in rete – un'esperienza nella regione Toscana

La RSA può essere di supporto al nuovo modello di Medicina di iniziativa su più livelli:

Fornire una risposta residenziale in caso di acuzie, evitando alcuni ricoveri ospedalieri con riduzione dei costi

Collaborare con i MMG per mappare il bisogno attraverso il set di strumenti di valutazione validati scientificamente ed ormai consolidati in RSA

Essere un riferimento sulle 24 ore con interventi infermieristico/assistenziali per filtrare eventuali eccessi impropri al Pronto Soccorso

Collaborare in un monitoraggio quotidiano, con il supporto della BioRobotica, per ridurre le acuzie.

5. Uno sguardo all'Europa

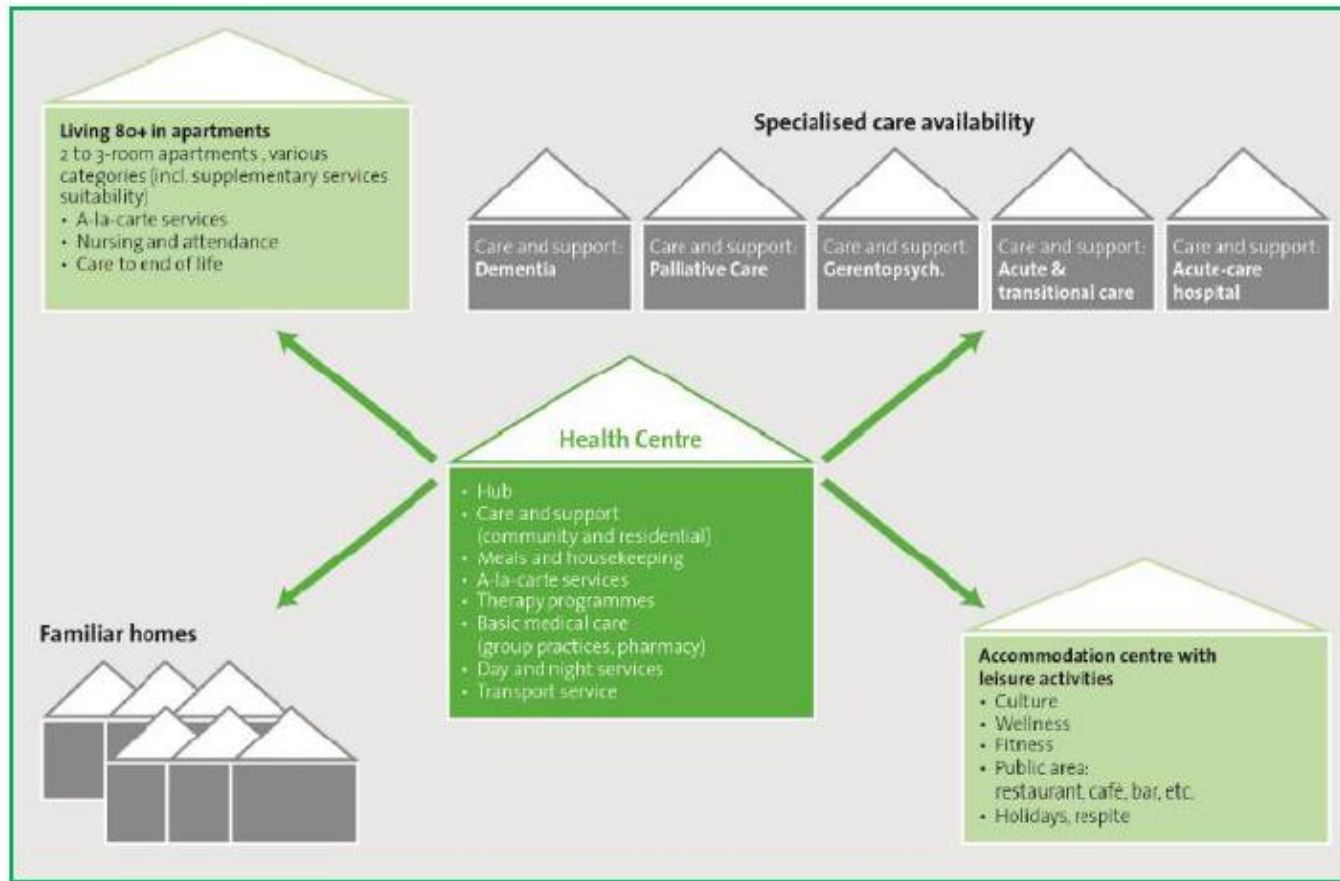
1. Lo scenario
2. La previdenza possibile
3. L'innovazione tecnologica
4. La residenzialità integrata in rete
- 5. Uno sguardo all'Europa**
6. Riflessioni conclusive



5. Uno sguardo all'Europa



Toruń, Poland
27 - 29 September 2017



Residential care

Accommodation and support for people who cannot or who don't wish to live at home

Nursing homes

High dependency care facilities primarily engaged in providing inpatient nursing and rehabilitative services to individuals requiring nursing care

5. Uno sguardo all'Europa



6. Riflessioni conclusive

1. Lo scenario
2. La previdenza possibile
3. L'innovazione tecnologica
4. La residenzialità integrata in rete
5. Uno sguardo all'Europa

6. Riflessioni conclusive



Parole chiave

- **Centralità della persona e non del cliente o dell'unità economica**
- **Crowdfunding**
- **Diffusione delle conoscenze e delle competenze**
- **Fund Raising**
- **Integrazione**
- **Managerialità**
- **Mercato in difficoltà**
- **Multiprofessionalità e multidisciplinarietà**
- **Presa in carico**
- **Progettualità**
- **Riconoscimento del fabbisogno**
- **Rinnovamento attraverso tecnologie e sistemi informatici**
- **Sostenibilità**

L'unica strada oggi possibile è la **presa in carico** del paziente cronico, con l'adozione di un **Patto di Cura**.

Centri servizi accreditati, in grado di proporre, gestire, supportare il processo di cura secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità e soprattutto di **appropriatezza**.

Integrare sanità e sociosanitario, prima **distinguere** e poi unificare.

Mentre Cura stava attraversando un certo fiume, vide del fango argilloso. Lo raccolse pensosa e cominciò a dargli forma ... si avvicinò Giove. Cura gli chiese di dare lo spirito di vita a ciò che aveva fatto e Giove acconsentì volentieri ...

... Cura, Giove e Terra disputarono sul nome da dare alla forma ...

*Saturno, il Tempo, a giudice, comunicò ai contendenti la seguente decisione: “Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso vive, lo custodisca ... **si chiami homo** poiché è stato tratto da humus ...*

Da: Il mito di cura, Hyginus. Liber Fabularum. II sec. D.C.



Stando all'antico mito latino **Cura** è una dea, di genere femminile.

Il gesto di Cura che modella l'uomo dal fango è essenziale, se si vuole dar conto dell'esistenza umana nel corpo. La dea Cura ha la **responsabilità** dell'essere umano, a cui dà forma, per tutta la durata della vita.



To cure o to care ?

Curare ... o prendersi cura ?



Fonti:

- Carmine Di Palma, *Ansdipp Regione Toscana*
- Davide L. Vetrano, Medico geriatra, *Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Dottorando di ricerca, Aging Research Center, Karolinska Institutet, Stoccolma*
- Elisabetta Notarticola, Giovanni Fosti, *Cergas SDA Bocconi*
- Fiammetta Fabris, Direttore Generale, *UniSalute*
- Filippo Cavallo, Assistant Professor, *The BioRobotics Institute, Scuola Superiore Sant'Anna. Head of the Assistive Robotics Laboratory*
- Integrare sanità e socio-sanitario unificare o distinguere ?, *SDA Bocconi Milano 6.10.2017*
- Gianni Genga, Direttore Generale INRCA - *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a rilevanza nazionale, Ancona*
- La Babele dell'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa. *A cura di Davide L. Vetrano, Ketty Vaccaro*
- Valentina Barletta, *ARS Toscana Osservatorio Epidemiologia*

