

Da qui partiamo
e da lei
ci faremo guidare



MI CHIAMO MARIA

**abito a Castellammare, in piccolo app.
di proprietà al terzo piano in casa senza
ascensore; sono vedova, ho 89 anni;
soffro di cuore, pressione alta e artrosi,
con tre ricoveri in ospedale in 1 anno;
prendo 8 medicine/die; ho una
pensione di 700 euro/mese; mio figlio
(67 a) viene da me 1 volta /sett.; mia
sorella di 82 anni sta peggio di me. Gli
altri tre figli sono via.**

**Ho bisogno di aiuto per lavarmi,
cucinare, pulire. Cado spesso, anche
per andare in bagno. **E IO VOGLIO
RESTARE A CASA MIA !****

Il Distretto: principale interprete dell'assistenza domiciliare e sociosanitaria

Paolo Da Col
CARD ITALIA
pg.dacol@gmail.com



CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
*Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali*

**CONGRESSO
INTERREGIONALE
del SUD ITALIA**

NAPOLI
11-12 dicembre 2014
Hotel Excelsior
Via Partenope, 48

Responsabile scientifico
Gennaro Volpe

con il Patrocinio di:




**E'
DEL
DISTRETTO**

PRESIDENZA CARD ITALIA

**“PER LE CURE
A CASA”**

IL MANIFESTO

C. A. R. D.

DELLE CURE

DOMICILIARI

versione 2.0.

**2° Conferenza nazionale
sulle cure domiciliari**
11° Congresso Nazionale



Home care e Distretti

**L'assistenza e cura integrata
(integrated home care) nei distretti italiani**

“Tra tecnologie (high-tech) e competenze relazionali (high-touch)
un distretto HIGH-TEACH che cresce nel prendersi cura della persona a casa”

ROMA 22-24 maggio 2013

ATAHotel Villa Pamphili
Via della Nocetta, 105

7 punti per un approccio domiciliare familiare

Essere curati ed assistiti a casa di più e meglio con servizi integrati di elevata qualità (home care)

1. ***Diritti e doveri***
2. ***La qualità di vita*** ←
3. ***Il distretto specializzato –
home care del distretto
alternativa ad altri setting***
4. ***La presa in carico e la non-
solitudine***
5. ***La buona sanità – la visione
ecologica***
6. ***I cambiamenti - gli
investimenti***
7. ***Nuovi lavori, innovazione,
ricerca & sviluppo***

ABITARE IL FUTURO A CASA



DISTRETTO

Tutela assistiti
Garante accesso
Appropriate risposte
Qualità servizi
Unitarietà percorsi

GARANTISCE AL
CITTADINO
Equità
Sostenibilità
Globalità
Continuità

AZIONI
intersettoriali
flessibili
integrate
con supporto tecnologia
di presa in carico
con nuove strutture



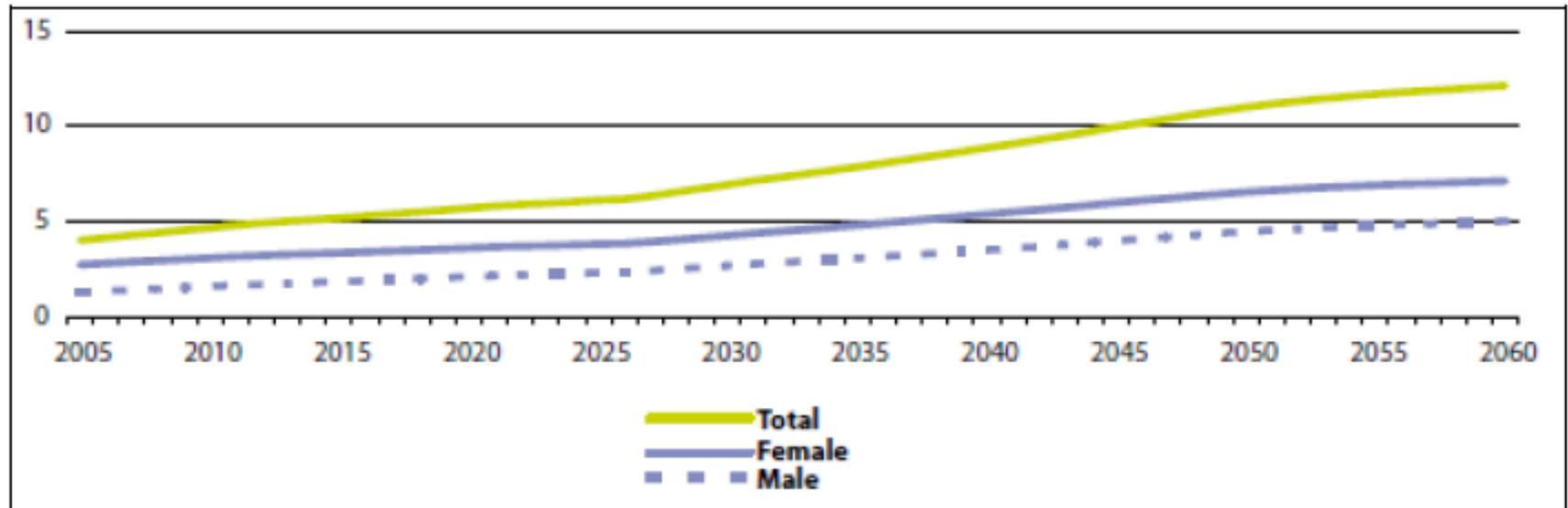
IL PROGRAMMA PER MARIA	OGGI, PROBABILMENTE (forse)	OPERATORI COINVOLTI
Aiuto domestico da SAD Comune – requisiti OK ?	pranzo domic. 5/7 – pulizie e lavanderia 1x/15 gg – aiuto igiene pers. 1x/sett	Operatori sociali
Monitoraggio PA peso sat O ² glicemia	<i>Visite a casa di infermieri e medici 1-2 x / settimana</i>	Infermieri, medici generalisti e specialisti
Monitoraggio assunzione farmaci	<i>Telefonate ad hoc da centrale teleassistenza</i>	Operatori sociali
Intensificazione contatto con i figli	<i>Accordo tra personale di assistenza e figlio</i>	Infermieri, operatori sociali, assistente sociale
Aggiornamento cartella personale con dati sanitari e sociali	<i>Separatezza della documentazione sanitaria e sociale</i>	Almeno assistenti sociali, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti di settore, (volont.)
Programma prevenzione decadimento cognitivo	<i>Non considerato</i>	terapisti
Programma prevenzione cadute e allarme in caso di...	<i>Telesoccorso (?) – sec. disponibilità locali</i>	terapisti
Inserimento nella rete di volontari	<i>Sec. organizzazioni locali</i>	volontari
Controllo situazione ambientale (appart.)	<i>Probabilmente assente</i>	Operatori sociali



...ma non c'è solo Maria
anche tante/tanti altri....

... i modelli ci aiutano ?

RADDOPPIERA' LA POPOLAZIONE >80enne (EU 27)



Source: Eurostat, 2010.

L'evoluzione demografica in Italia

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni per sesso e ripartizione geografica. In anni.



**L'AUMENTO DELLA
 SPERANZA DI VITA
 PUO' SFIORARE
 + 1 ANNO
 OGNI POCHI ANNI
 !!**

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana

La spesa sanitaria

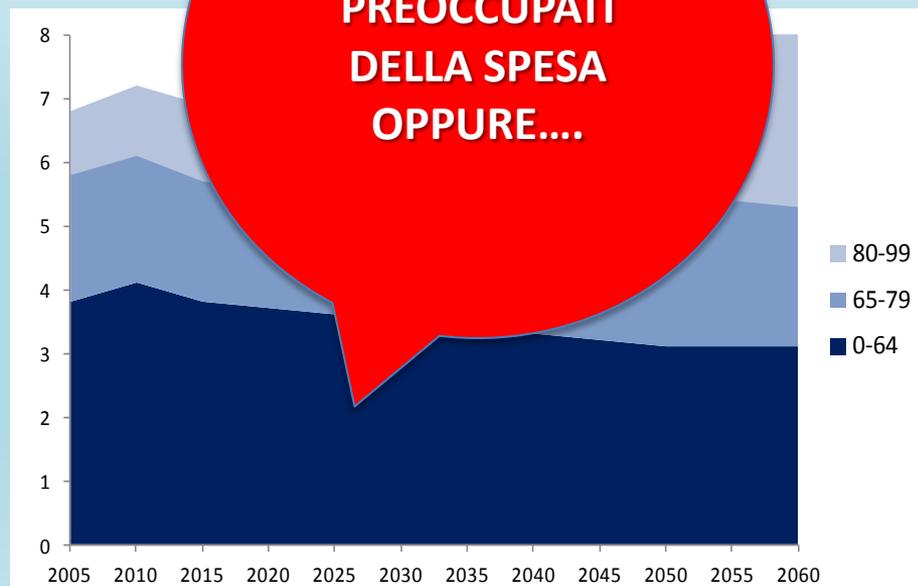
Nel 2010, la spesa sanitaria riferita alla popolazione fino ai 64 anni di età
 assorbe più della metà della spesa complessiva. **Tale quota sarà un terzo nel
 2060, quando la spesa sanitaria per la popolazione di 80 anni e più
 raggiungerà il 2,7% del PIL (è)**

Nell'ultima parte del periodo la spesa sanitaria presenta una
 leggera flessione dovuta a un baby boom.

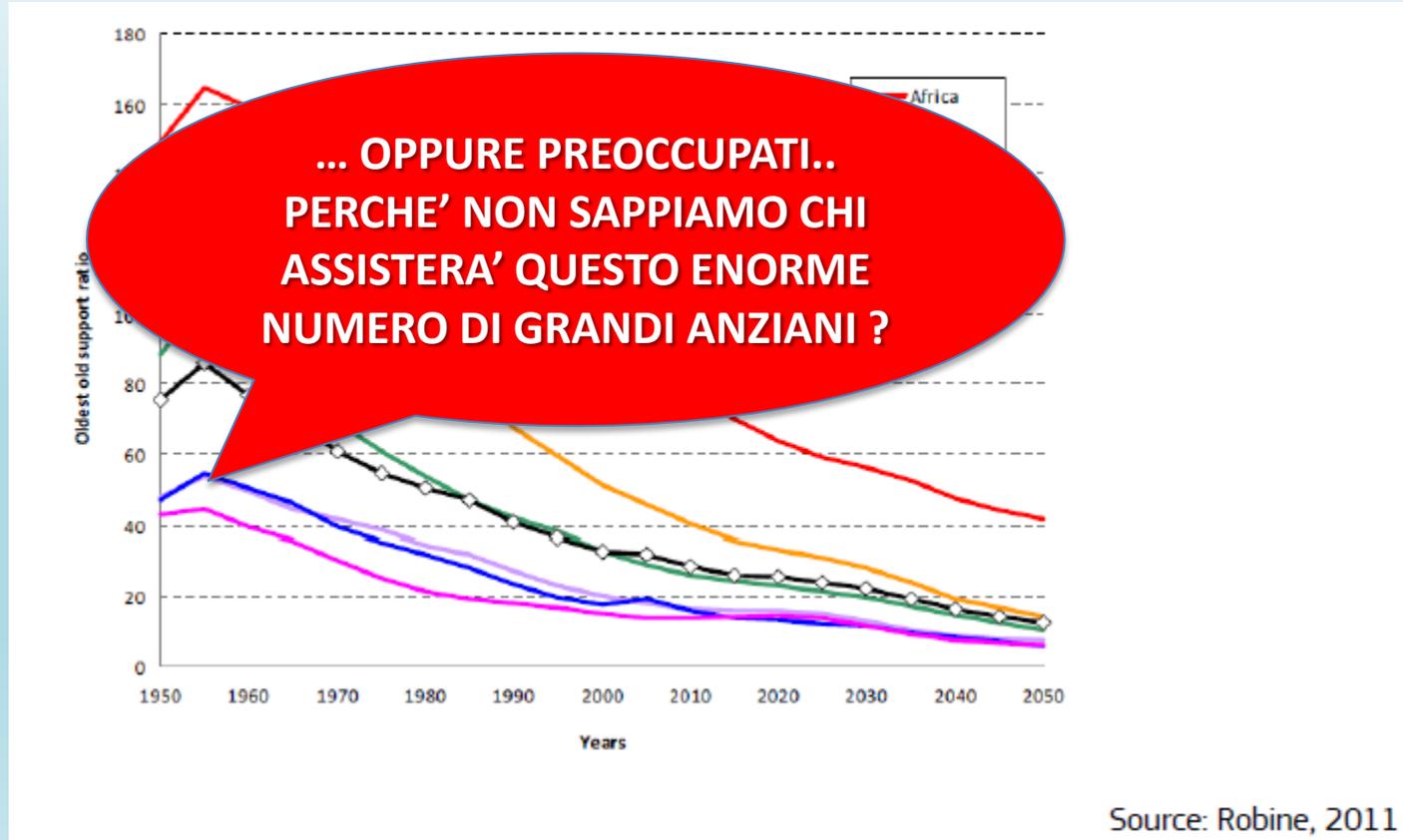
**PREOCCUPATI
 DELLA SPESA
 OPPURE....**

Spesa
 sanitaria in
 % del PIL
 per fascia
 d'età –

*Reference
 scenario*

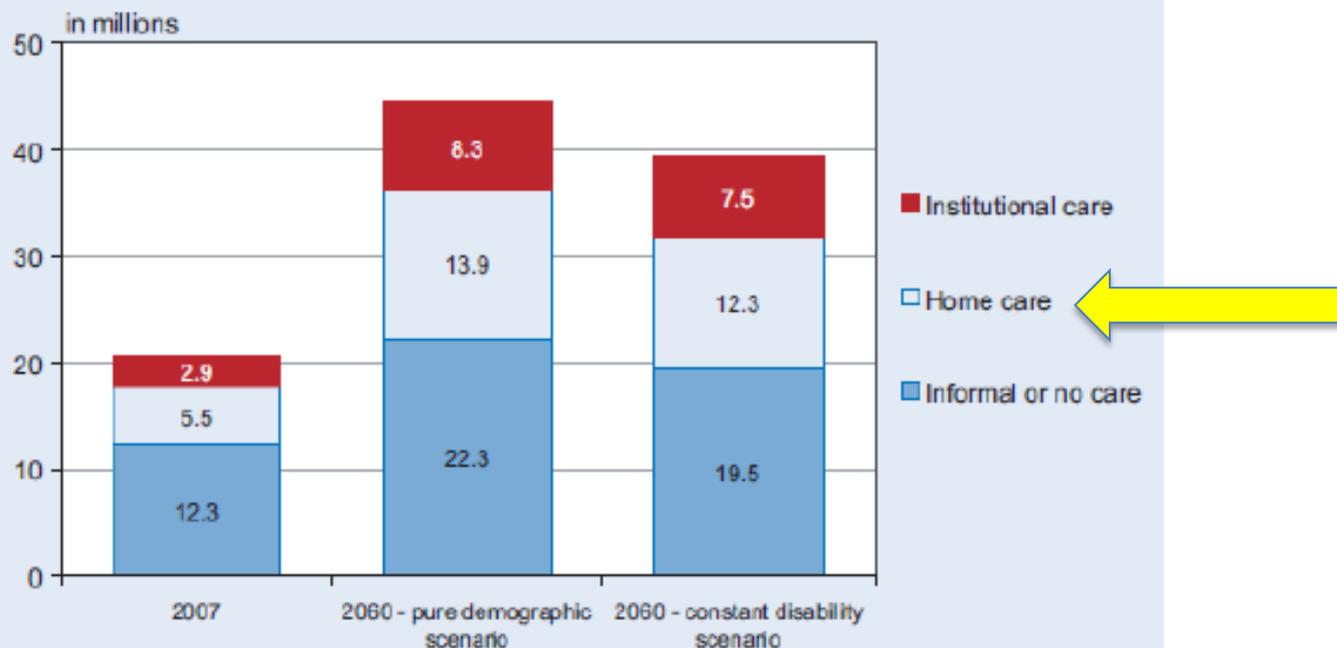


Oldest Old Support Ratio: pop. 50-74enni che può assistere pop. 85enni



Source: Robine, 2011

PROJECTED NUMBER OF BENEFICIARIES IN VARIOUS LONG-TERM CARE SETTINGS IN THE EU-27 ACCORDING TO ALTERNATIVE SCENARIOS



Source: European Commission/Economic Policy Committee (2009).

Source: ECFIN (2009) extracted from Przywara et al, 2010

LA CURVA DELLA QUALITA' - ripr. dal National Quality Board 2013

LA BARRA DELLA QUALITA'
Livelli essenziali di qualità e
sicurezza

Miglioramento
continuo

NELLA NS HOME
CARE ABBIAMO
CURATO IL TEMA
DELLA QUALITA',
ANCHE COME
SICUREZZA ?

Difetto
grave / sistemico

Difetto
dei servizi

prevenire gli
insuccessi

Proporzio-
ne dei servizi

non sicuro

Sub-standard

adeguato

buono

eccellente

I MODELLI

**Quante cose scritte...
e proposte.....**

The screenshot shows a web browser window with the URL http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingu. The browser tabs include "sweet-page", "ministero salute - Risultati di El...", and "Assistenza domiciliare". The website header features the logo of the "Ministero della Salute" and a search bar with the text "Cerca nel sito" and a "cerca" button. Navigation links include "Urp | Contatti | PEC | Stampa | App | FAQ | Moduli e Servizi | YouTube".

The main banner has a blue background with the text: **UNA SCELTA IN COMUNE**
Esprimi la tua Volontà sulla Donazione di Organi e Tessuti

Below the banner is a navigation menu with four items: "La nostra salute" (with a person icon), "Temi e professioni" (with a medical bag icon), "News e media" (with a microphone icon), and "Ministro e Ministero" (with a person icon). Below the menu, the breadcrumb trail reads: "Sei in: Home > La nostra salute > Tu e il Servizio Sanitario Nazionale > Servizi al cittadino e al paziente > Assistenza domiciliare".

At the bottom of the page, there is a box containing the text "Assistenza domiciliare" and a "Credits" link on the right.



Il SSN garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, le cure presso il proprio domicilio



Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati “cure domiciliari” consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune di residenza della persona. Il bisogno clinico-assistenziale viene accertato tramite idonei strumenti di valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) sociosanitario integrato. L’assistenza domiciliare è, dunque, un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire una adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità.

Le cure domiciliari sono erogate con modalità diverse, in base all’organizzazione dei servizi territoriali della ASL; tuttavia, sono generalmente gestite e coordinate direttamente dal Distretto sociosanitario (DSS) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), in collaborazione con i Comuni. Per le prestazioni sociali il cittadino deve fare riferimento al Comune di residenza.

In relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale, si distinguono alcune tipologie di cure domiciliari:

- Assistenza domiciliare programmata (ADP)
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Ospedalizzazione domiciliare

ATTI PARLAMENTARI
XVII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XVII
n. 4

DOCUMENTO APPROVATO DALLE COMMISSIONI RIUNITE V (BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE) E XII (AFFARI SOCIALI)

nella seduta del 4 giugno 2014

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

deliberata nella seduta dell'11 giugno 2013

LA SFIDA DELLA TUTELA DELLA SALUTE TRA NUOVE ESIGENZE DEL SISTEMA SANITARIO E OBIETTIVI DI FINANZA PUBBLICA

(Articolo 144, comma 3, del Regolamento della Camera dei deputati)

Atti Parlamentari

— 10 —

Camera dei Deputati

XVII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI — DOC. XVII N. 4

Al riguardo, nel corso dell'indagine conoscitiva è stata sottolineata, da un lato, l'esigenza di integrare il modello assistenziale con l'inserimento della componente sociale nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai fini della presa in carico della non autosufficienza, dall'altro, la necessità di cambiare l'assetto e la presenza sul territorio del SSN attraverso un rafforzamento dell'assistenza territoriale e una razionalizzazione della rete ospedaliera. La rete territoriale dovrebbe essere a tal fine rivista nell'ottica del *long term care*, in modo che si possa progressivamente realizzare quella che è stata definita una assistenza basata sulla sanità di iniziativa, vale a dire una modalità di intervento nella quale le strutture non aspettano il paziente che arriva, ma gli vanno incontro per seguirlo costantemente, anche in termini di prevenzione e di cure del post acuzie.

Il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità con una piccola *equipe* multiprofessionale, potrebbe far sì che l'ospedale tenda a divenire il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. Per come attualmente operante, invece, l'assistenza territoriale, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, presenta un'offerta che non appare soddisfacente e, soprattutto, molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina una consistente difficoltà assistenziale.

La rimodulazione dell'offerta ospedaliera presuppone l'attivazione di processi di continuità con l'assistenza territoriale/primaria, intesa come un complesso di attività e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica.

.....prosegue.....

.....La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali e di strutture intermedie, con l'obiettivo teorico, nel medio-lungo periodo, di pervenire ad un sistema reticolare, mettendo in comunicazione tutti i vari attori del sistema: l'ospedale e i vari componenti del territorio, dagli specialisti ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta, impegnando al contempo risorse e finanziamenti per rafforzare le strutture territoriali, aumentando la tecnologia a disposizione ed ampliando l'assistenza domiciliare integrata: portare cioè a livello territoriale le prestazioni "leggere" erogate, talvolta impropriamente, a livello ospedaliero.

RAPPORTO OASI 2014

La struttura e le attività del SSN

*di Claudia
Guerrazzi e
Alberto Ricci*

L'ADI è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico – degenerative in fase stabilizzata, che presentino una condizione di non autosufficienza. Gli interventi possono essere esclusivamente di tipo sociale oppure integrato socio-sanitario. Nel 2011, mediamente, sono stati trattati in ADI 999 pazienti ogni 100.000 abitanti (Tabella 3.15), ma la differenziazione a livello regionale (anche a causa di una scarsa omogeneità nella rilevazione e classificazione dei dati) è molto forte in termini di:

- ▶ numero di casi trattati, che si colloca su un intervallo che va dai 143 casi per 100.000 abitanti della PA di Bolzano ai 2.613 dell'Emilia Romagna;
- ▶ tipologia di pazienti, anziani nel 90,4% e 90,5% dei casi in Liguria ed Emilia Romagna e, solo nel 51,7% dei casi, nella PA di Bolzano;
- ▶ intensità di assistenza erogata, ovvero 74 ore per caso trattato in Molise e 3 in Friuli VG, contro una media nazionale di 22 ore per caso.

Rispetto al 2008, a livello nazionale, si rileva un aumento dei casi trattati in termini sia assoluti (+22,6%), che calcolati in rapporto a 100.000 abitanti (+20,5%), benché il numero di ore per caso sia rimasto invariato. Da registrare, inoltre, un leggero spostamento della casistica dai pazienti terminali (-0,4 punti percentuali) e da altre categorie di pazienti (-1,8, non riportati in tabella) verso gli anziani (+2,2).

Tabella 3.9 **Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale (2001-2012)**

Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO	Degenza media (2)
2001			13,4%	6,80
2002			15,1%	6,70
2003			15,0%	6,70
2004			15,1%	6,67
2005			15,1%	6,70
2006			15,1%	6,68
2007			18,6%	6,72
2008	12.100.000	73.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
2001-2012	-20,7%	-19,5%	/	/

**CALANO I POSTI LETTO
SI RIDUCONO DIMISSIONI E
DURATA DELLA DEGENZA
e poi..... ?**

Nota: (1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza. Il dato include i ricoveri dei neonati sani.

(2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Comitato Ospedalizzazione Domiciliare

DOCUMENTO CONCLUSIVO

“Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari”

Roma, 30 settembre 2002

Tabella Valorizzazione dei percorsi di cura (€)

PROFILO/PERCORSO	periodo di cura	Coeff.I.A.	valore GEA	VALORIZZAZIONE
	giorni		euro	euro
base	120	0,35	40	1.692
critici	120	0,51	40	2.465
cure palliative	60	0,62	88	3.274
cure palliative>60	90	0,47	77	3.277

***Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia:
sviluppare cure domiciliari di buona qualità***

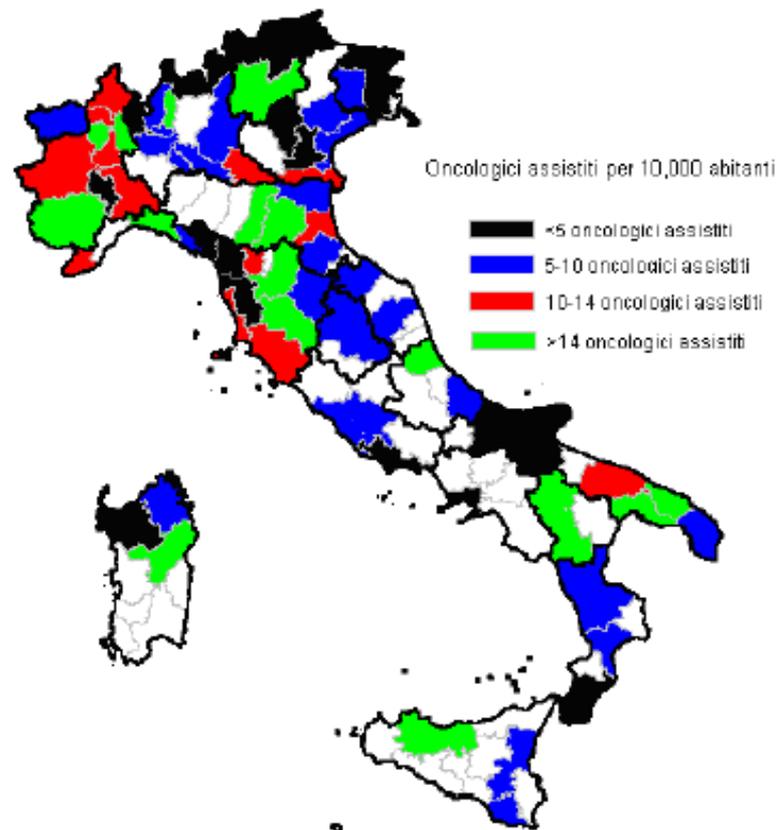
A cura di

Gianlorenzo Scaccabarozzi, Carlo Peruselli, Piergiorgio Lovaglio,
Maria Donata Bellentani, Matteo Crippa, Elisa Guglielmi

VERSIONE SINTETICA

La versione integrale del Report si può scaricare da questo indirizzo:
http://www.agenas.it/agenas_pdf/cure_palliative_report_integrale.pdf

Figura 1 - Malati oncologici assistiti per 10,000 abitanti per provincia (177 UCP dell'indagine)



***Le indicazioni programmatiche nazionali sul
sistema dell'assistenza domiciliare nel SSN e
le cure palliative***

Novembre 2011

***Il documento della Commissione L&EA
sulla Caratterizzazione del L&EA "Assistenza
domiciliare"***

Propone di caratterizzare i **profili di cura domiciliari** per livelli, in funzione di:

- Natura del bisogno** (Funzioni psicofisiche, limitazioni funzionali, fattori di contesto ambientale, familiare e sociale) → definito dalla VM
- Intensità**, in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungoassistenza → CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: n. GEA/ n. GdC
- Complessità**, in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano assistenziale individuale → GEA = giornate effettive di assistenza
- Durata media**, in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungoassistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari. → Gdc = giornate di cura

La comunicazione

“Più servizi domiciliari per aiutare i malati di Sla”

Il medico “nominato” da Renzi: “Morbo devastante, c’è chi ci chiede di morire”



- + Ferrari sequestrata dopo due “rossi” bruciati
- + Addio a Erika Hutter, signora della danza
- + Nel campo nomadi un tesoro nascosto
- + Case vacanza fantasma e furti di identità: due denunce per le truffe on li...
- + L'omicida di Caselle capace di intendere e di volere

Esami a domicilio, ma per risparmiare

L'assessore Saitta: “Agevoleremo i cittadini e ridurremo i costi dei passaggi in ospedale”



- + Biella in sette giorni Monumenti e palazzi “sfilano” sui social
- + La Effe rossobù si racconta Il caso Fila in 40 anni di campioni
- + Peritore: «Troppe assenze, servono soluzioni»
- + “Non lasciate morire la Burecina” Il Pd si ribella a Chiamparino
- + Eurogymnica conquista il 6° posto e la salvezza

Anziani, Torino stacca l’assegno e rafforza l’assistenza a domicilio



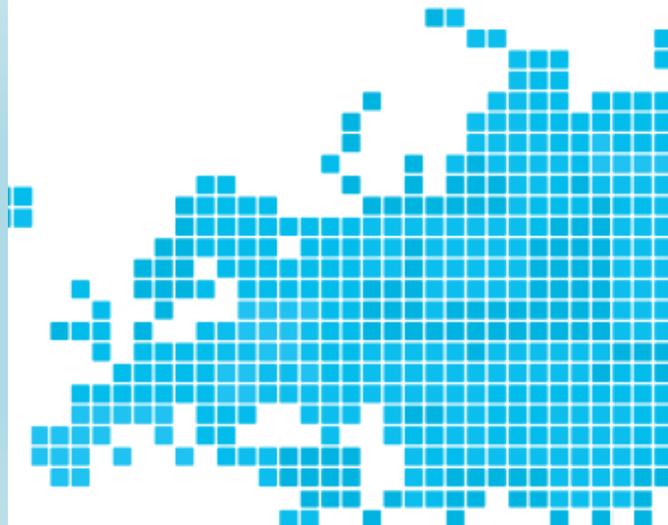
Home Care across Europe

27

Observatory
Studies Series

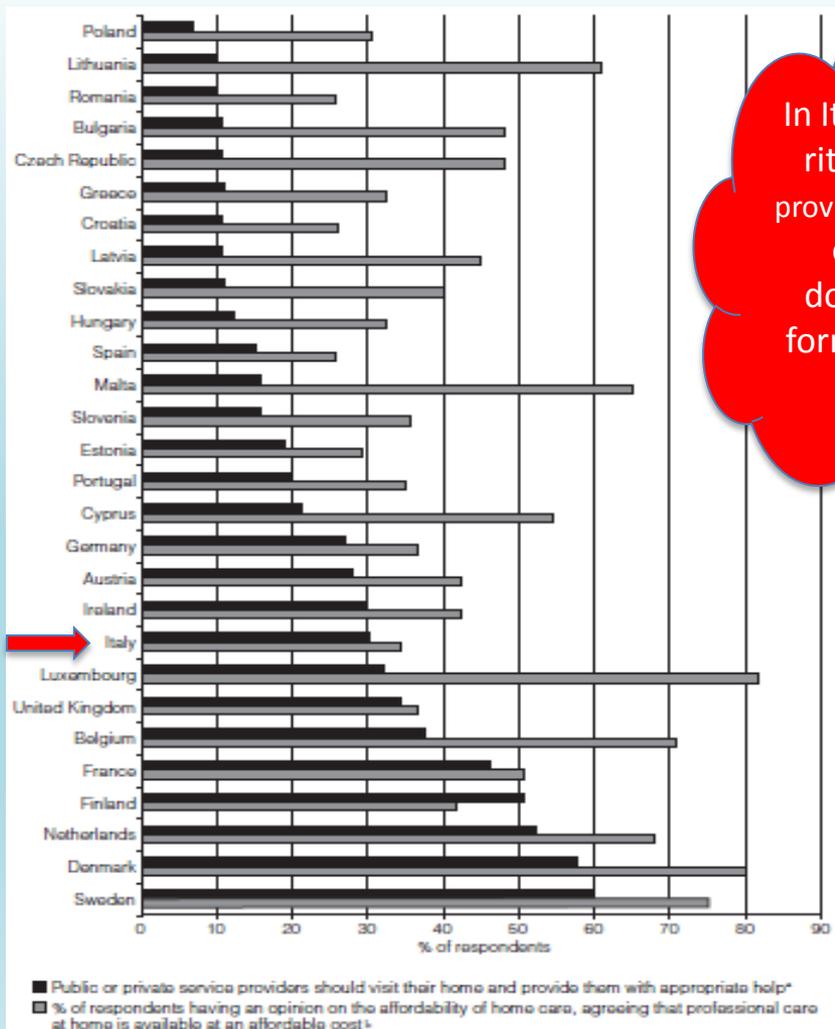
Current structure and future challenges

Edited by
Nadine Genet
Wienke Boerma
Madelon Kroneman
Allen Hutchinson
Richard B Saltman



Preference for professional home care and opinion on affordability of home care

Preferenze per la home care professionale e giudizio sulla sostenibilità della home care



In Italia, il 30% ritiene che i provider pubblici e privati dovrebbero fornire aiuto a casa

per il 35%: le cure professionali a casa hanno costi sopportabili

Sanità, fondazione Ant: 'La ricetta per tagliare spesa è integrare Ssn e no profit'

La proposta di un modello di sussidiarietà tra servizio sanitario nazionale e terzo settore: "Gli ospedali dovrebbero occuparsi solo di emergenze e patologie acute, mentre a curare a domicilio i pazienti cronici o nella fase di fine vita sarebbero onlus accreditate, nel rispetto di standard fissati dallo Stato. Che spenderebbe di meno"

di Chiara Brustini | 26 settembre 2014

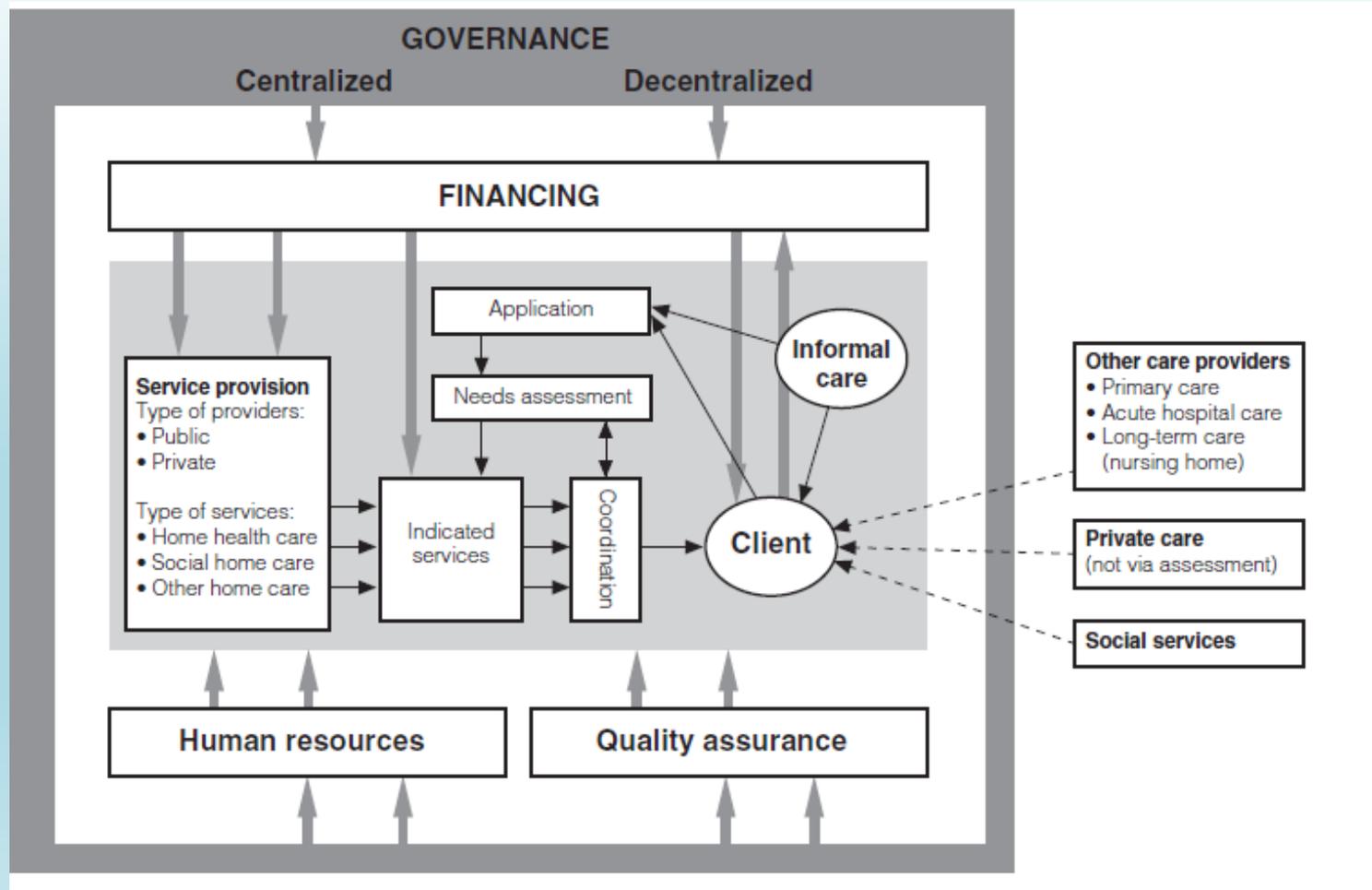
 **COMMENTI**

principalmente di **emergenze** e patologie acute, “evitando invece di ricoverare **malati cronici** o **terminali** che possono essere seguiti a domicilio da associazioni accreditate sulla base di **standard** e requisiti fissati dallo Stato”.

Secondo Ant questo schema permetterebbe di “coniugare **qualità** delle prestazioni ed **efficienza**”. Con vantaggi sia per il paziente, a cui si eviterebbe il disagio della permanenza in ospedale (tanto più pesante quando si tratta di una persona con patologia incurabile), sia per il sistema, perché i costi sarebbero inferiori. “Una giornata di **ricovero** in un ospedale pubblico costa 780 euro, una di **degenza in una struttura dedicata alle cure palliative 240**”, elenca Pannuti. “Ma la presa in carico di un paziente oncologico da parte di un’associazione come la nostra, che lo assiste in casa, si ferma a **2.100 euro per 100 giorni, pari a 50 euro al giorno**”. Un esempio dei costi? Secondo la Fondazione se nel 2013 ad assistere i circa 10mila pazienti seguiti da Ant – i cui costi sono coperti per il 16% da fondi pubblici – fosse stato il sistema sanitario, l’esborso dello Stato sarebbe lievitato di oltre 17 milioni. Numeri di fronte ai quali, sempre secondo Pannuti, non ha senso che il Patto per la salute e [l’indagine conoscitiva del Parlamento sul Ssn](#), “non prendano nemmeno in considerazione le attività del non profit”.

I MODELLI

**Quante cose scritte...
e proposte.....**



I MODELLI
Spesa - costi
Finanziamento
Governance
Organizzazione
Integrazione
Valutazione
Deleghe
Qualità
Letteratura
.....

questi modelli
NON hanno un'
ANIMA

MI CHIAMO MARIA
abito a Castellammare, sono vedova,
ho 89 anni, soffro di cuore, pressione
alta e artrite, con tre ricoveri in
ospedale in 1 anno; prendo 8
medicine/die; ho una pensione di 700
euro/mese; vivo in piccolo app. di
proprietà al 3° piano in casa senza
ascensore; mio figlio (67 a) viene da me
3 volte /sett.; mia sorella di 82 anni sta
peggio di me.
Ho bisogno di aiuto per lavarmi,
cucinare, pulire. Cado spesso, anche
per andare in bagno. E IO VOGLIO
RESTARE A CASA MIA!



MI CHIAMO MARIA

.....
**QUALE
ASSISTENZA A
CASA PER LEI ?**

I MODELLI

Spesa - costi
Finanziamento
Governance
Organizzazione
Integrazione
Valutazione
Deleghe
Qualità
Letteratura
.....

ANIMA

PERSONE

Tocco umano

Ascolto

Comprensione

Empatia

Vicinanza

Prossimità

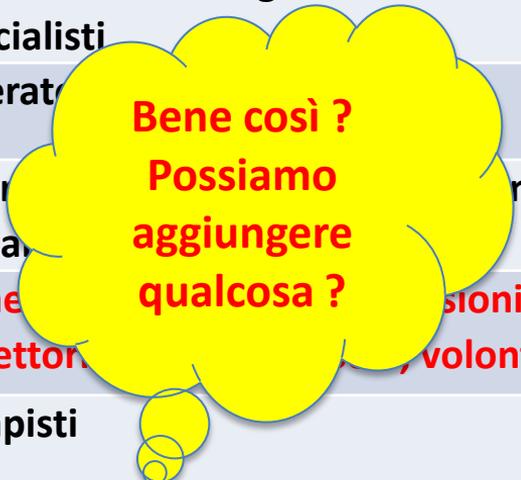
Fattibilità

QUALITA' DELLA VITA

A CASA



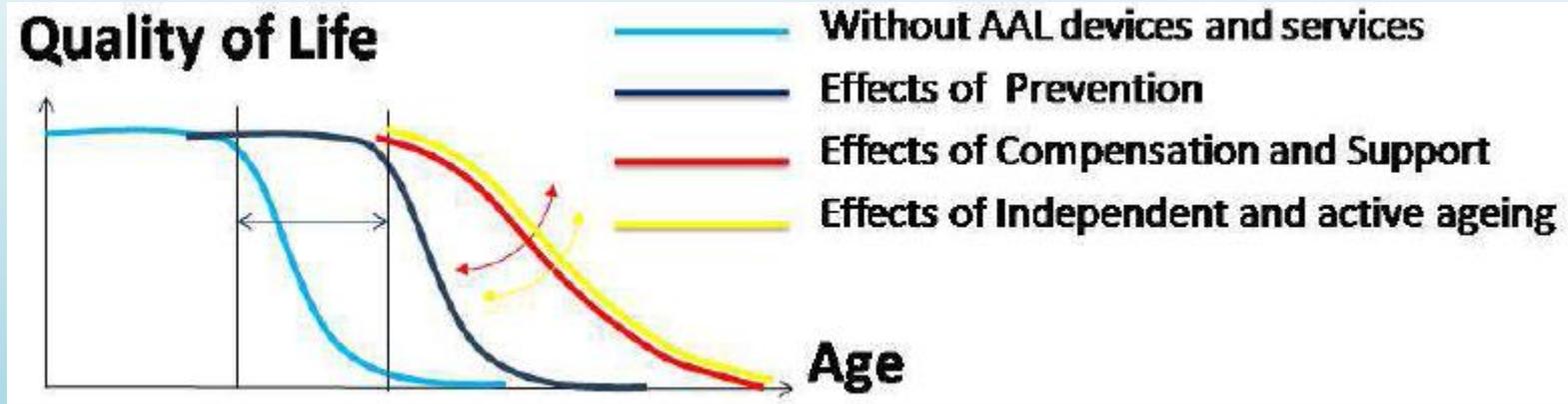
IL PROGRAMMA PER MARIA	OGGI, PROBABILMENTE (forse)	OPERATORI COINVOLTI
Aiuto domestico da SAD Comune – requisiti OK ?	pranzo domic. 5/7 – pulizie e lavanderia 1x/15 gg – aiuto igiene pers. 1x/sett	Operatori sociali
Monitoraggio PA peso sat O ² glicemia	<i>Visite a casa di infermieri e medici 1-2 x / settimana</i>	Infermieri, medici generalisti e specialisti
Monitoraggio assunzione farmaci	<i>Telefonate ad hoc da centrale teleassistenza</i>	Operatori sociali
Intensificazione contatto con i figli	<i>Accordo tra personale di assistenza e figlio</i>	Infermieri, operatori sociali, assistenti sociali
Aggiornamento cartella personale con dati sanitari e sociali	<i>Separatezza della documentazione sanitaria e sociale</i>	Almeno assistenti sociali, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, volontari
Programma prevenzione decadimento cognitivo	<i>Non considerato</i>	terapisti
Programma prevenzione cadute e allarme in caso di...	<i>Telesoccorso (?) – sec. disponibilità locali</i>	terapisti
Inserimento nella rete di volontari	<i>Sec. organizzazioni locali</i>	volontari
Controllo situazione ambientale (appart.)	<i>Probabilmente assente</i>	Operatori sociali





**Verso il nuovo..
La home care e le
tecnologie**

AAL : L' AMBIENT ASSISTED LIVING – LE TECNOLOGIE al servizio della disabilità



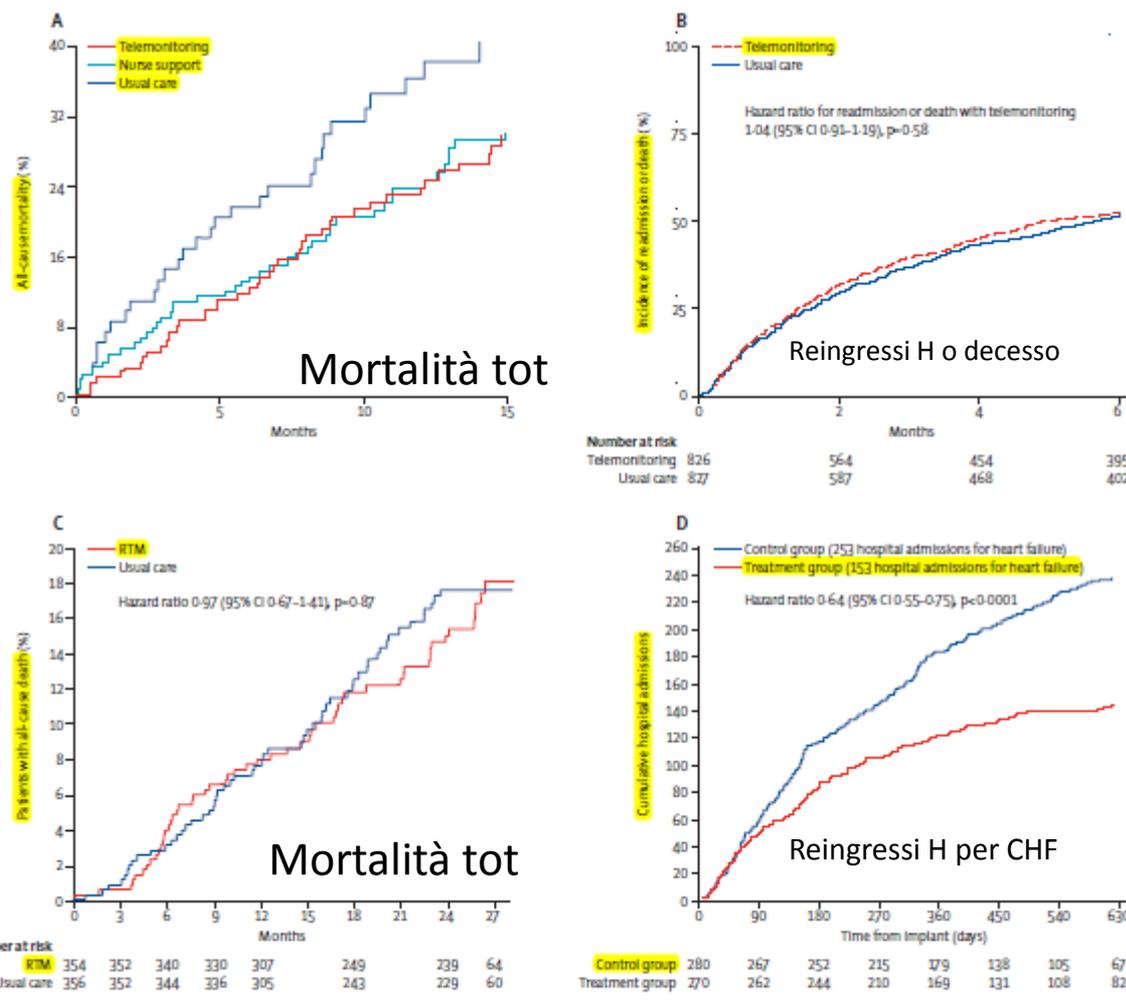
- Sensing
- Reasoning
- Acting
- Interacting
- Communicating

<http://www.aal-europe.eu/>

Le regole d'oro per le tecnologie ICT

(Nick Goodwin - Int JIC - Volume 12, 15 June 2012)

1. Rendile **semplici** per i pazienti e per i care givers, per gli operatori
2. Tara il servizio sui loro **bisogni** per farle utilizzare ed accettare al meglio
3. Potenzia il **contatto umano** connettendo meglio i pazienti alle famiglie, agli amici, ai curanti, in modo che gli uni e gli altri si sentano sicuri, protetti e rinforzati (empowered)
4. Inserisci le infrastrutture tecnologiche quale **caposaldo** di una **migliore assistenza integrata** mediante sistemi informativi integrati
5. Costruisci **relazioni e reti** per influenzare i comportamenti, costruire alleanze, superare equivoci tra pazienti e **attori** di cura, committenti ed industria



S. Anker et al,
LANCET 2011,
378, 731-39

Figure 2: Main outcomes of large-scale trials of telemedical treatment in patients with chronic heart failure

A) **TEN-HMS trial**: total mortality in each randomised group. (B) **Telo-HF trial**: Kaplan-Meier time-to-event estimates for the primary endpoint of readmission for any reason or death from any cause. (C) **TIM-HF trial**: Kaplan-Meier cumulative event curves for the primary endpoint of all-cause mortality. (D) **CHAMPION**: hospital admission due to cumulative heart failure during the entire period of randomised single-blind follow-up. RTM=remote telemedical management.

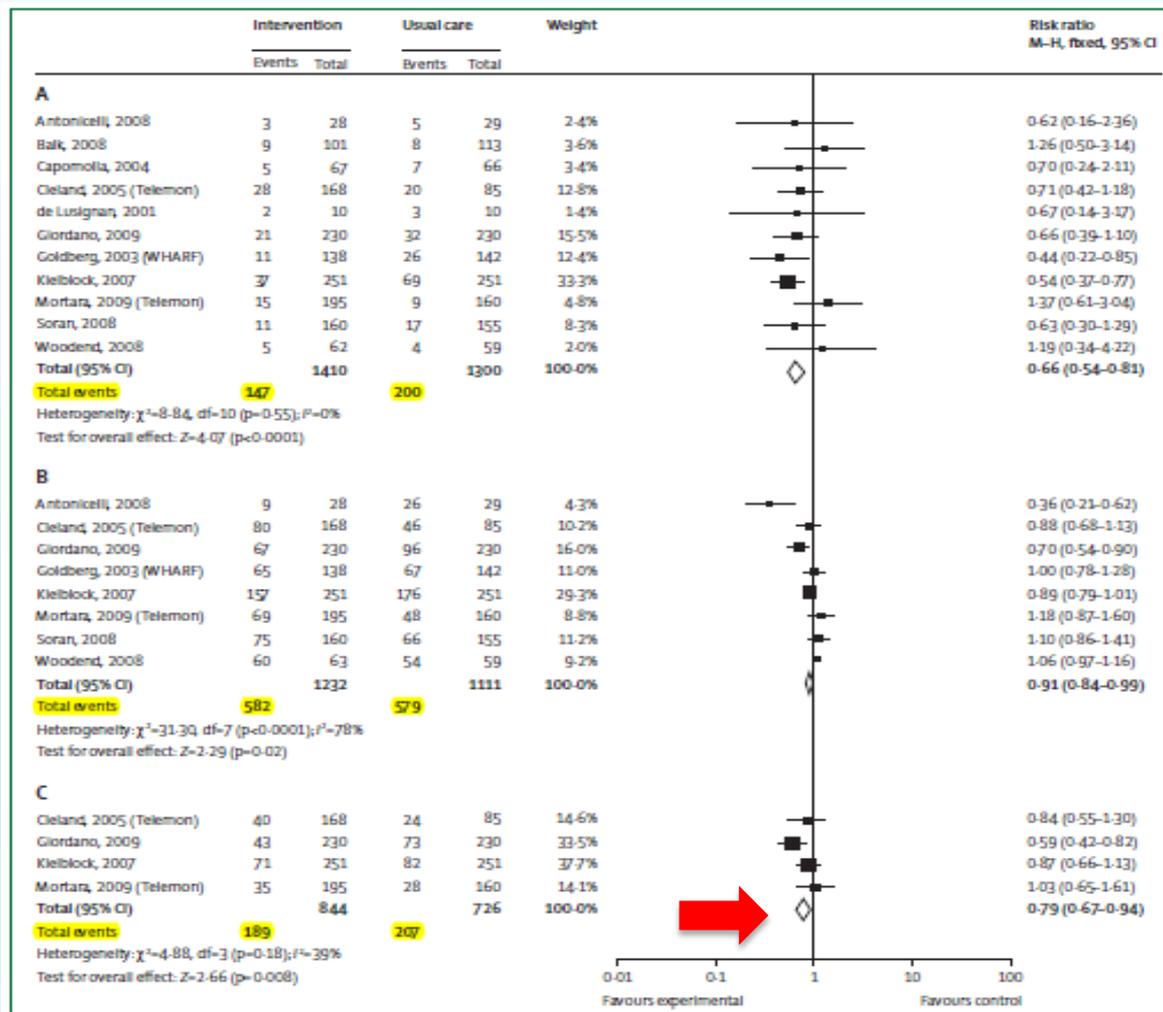


Figure 1: Effect of telemonitoring versus usual care in patients with chronic heart failure

	Recommended assessment frequency*	Methods of measurement
Non-invasive variables		
Systolic and diastolic blood pressure (mm Hg)	Daily	By the patient (via device)
Pulse rate (beats per min)	Daily	By the patient (via device)
3-lead ECG	Daily	By the patient (via device), electrode placement needed
Systolic time intervals	Daily	By the patient (via ECG)
Heart-rate variability	Daily	By the patient (via ECG)
Bodyweight (kg)	Daily	By the patient (via device)
Blood glucose	Individually	By the patient (via device with blood sample)
Plasma concentrations of natriuretic peptides	Weekly-monthly	By the patient (via device with blood sample)
Oxygen saturation	In case of emergency	By the patient (via device)
Variables derived by acoustic cardiography	Daily	By the patient (via device)
Self-administered questions	Daily-monthly	By the patient (device-administered questionnaire [ie, device asks the questions])
Invasive variables		
Pulmonary artery pressure	Daily	Automatic (with patient-operated device interrogation)
Left atrial pressure	Daily	Automatic
Impedance	Daily	Fully automatic
Detection of life-threatening arrhythmias in addition to atrial fibrillation or ventricular tachycardia	Daily	Automatic

ECG=electrocardiograph. *Recommended assessment frequencies represent our opinion, but are mostly not evidence based.

Table 1: Variables for remote assessment in guidance approaches for telemedical treatment

The Whole System Demonstrator Trial

BMJ 2012;344:e3874

- RCT : 5.721 pazienti,
470 sanitari,
di cui 238 GP practices
- Uso di telehealth si associa a
 - 15% visite in Pronto Soccorso
 - 20% ingressi in emergenza
 - 14% ricoveri elettivi
 - 14% durata degenza
 - 8% costi
 - 45% tasso mortalità

Sintesi personale delle evidenze in letteratura sull'impatto di home care tech. /AAL

+++ su **qualità di vita**, nelle
dimensioni psico-affettive e
permanenza a casa

++ su **empowerment** paziente e
care givers

+ su **mortalità** e + (-) su **decorso**
della malattia

+ su riduzione **ospedalizzazioni**, in
ordine decrescente per CHF (++),
diabete (+), BPCO (+/-)

+ riduzione **istituzionalizzazione**

+ su riduzione **accessi impropri** a
domicilio degli operatori

++ su **progresso professionale** e su
organizzazione dei servizi

+(-) su cost/effectiveness, +(+) se nel
lungo termine e con alta **integrazione**
tra professionisti e «settori»

? Valutazioni **HTA**: promettenti ma
non definitive (RCT difficili)

JRC SCIENTIFIC AND POLICY REPORTS

Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems,
Phase 2

**Evidence Consolidation:
Report on Best Practices and Key Drivers of Success**

Author: Maria Lluich

Editors: Fabienne Abadie, Maria Lluich, Francisco Lupiañez, Ioannis
Maghiros, Elena Villalba, Bernada Zamora

2013



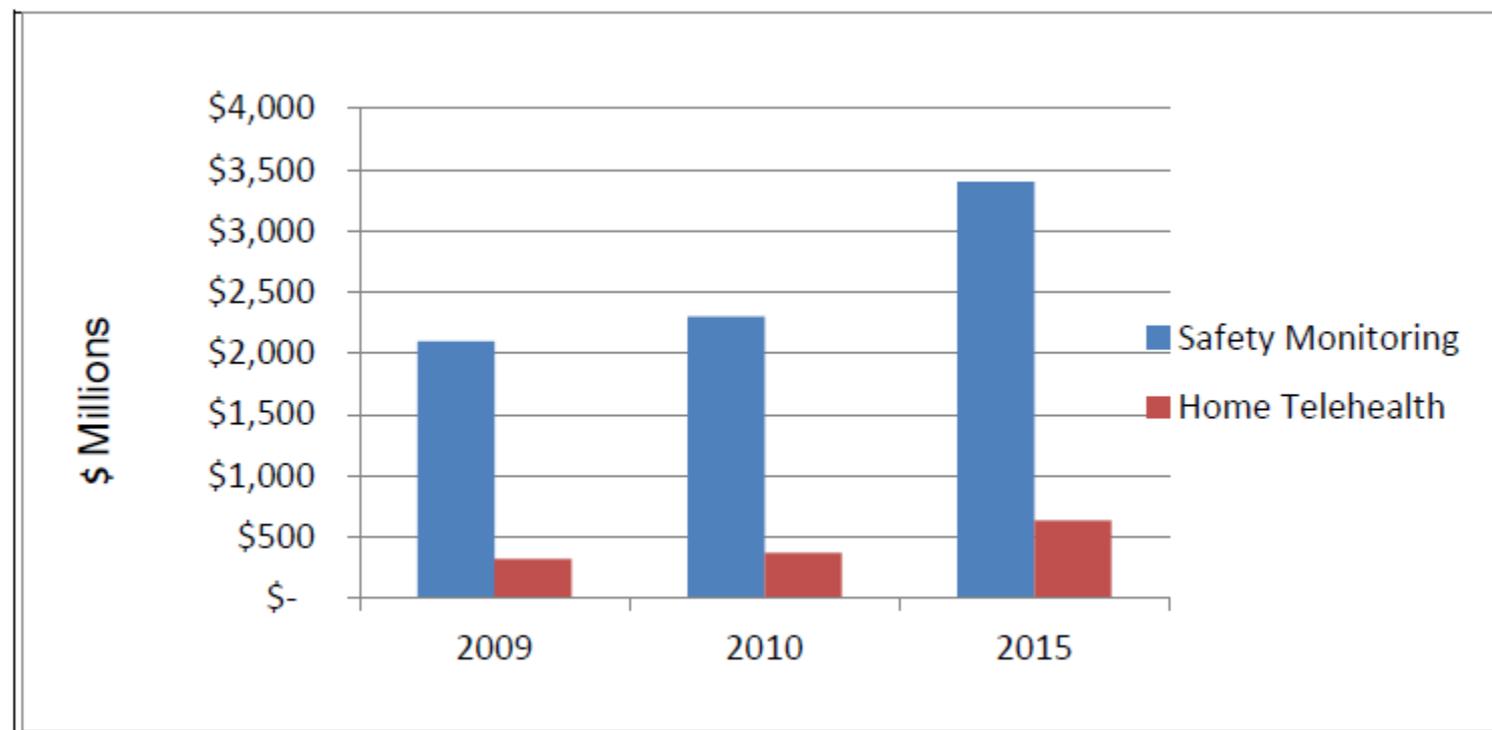
Table 3 - ICT healthcare expenditure per capita years 2003 to 2011 (including forecast)

ICT Spending healthcare per capita (in USD)									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Austria	84.5	92.5	95.8	112.9	111.8	122.8	129.4	135.7	143.7
Belgium	93.2	106.7	110.4	133.8	134.0	148.9	158.2	167.7	177.0
Bulgaria	4.0	4.7	5.4	6.8	7.4	8.6	9.0	9.4	9.8
Czech Republic	19.8	21.2	22.9	29.0	29.1	33.3	35.8	37.9	39.9
Denmark	189.8	214.2	220.4	270.3	266.7	293.3	311.6	330.0	348.3
Finland	112.7	128.3	127.6	155.1	153.9	169.2	178.8	188.8	198.8
France	108.8	120.1	119.7	142.6	136.5	146.8	152.4	158.3	164.2
Germany	106.5	115.6	115.6	136.6	134.9	147.2	154.3	160.9	167.5
Greece	35.4	39.3	39.7	52.9	55.7	63.3	68.1	72.4	76.7
Hungary	19.0	20.9	21.8	26.2	26.5	29.4	31.2	32.9	34.6
Ireland	123.6	147.0	154.5	187.5	196.9	221.4	236.0	250.0	263.9
Italy	79.2	90.9	92.5	107.7	108.9	119.7	125.1	131.0	138.3
Netherlands	140.0	158.9	162.2	196.9	195.5	215.3	227.3	239.8	255.6
Poland	7.9	8.8	9.6	12.3	13.2	16.1	17.1	17.6	18.3
Portugal	39.4	45.1	45.4	52.9	54.0	60.4	63.8	66.9	70.7
Romania	2.1	1.9	2.5	3.5	4.2	4.7	5.1	5.4	5.8
Slovakia	10.7	11.4	11.2	12.9	13.4	15.4	16.2	16.7	17.3
Slovenia	11.6	14.9	17.6	21.0	25.4	29.8	32.3	34.2	36.0
Spain	49.6	53.3	57.3	68.6	71.8	80.7	84.8	88.3	92.8
Sweden	209.1	229.8	230.7	282.4	274.1	298.9	317.3	335.5	358.3
United Kingdom	147.0	170.7	175.7	212.3	209.5	221.3	234.2	248.9	263.9
Average 21 countries	79.7	89.8	91.9	111.2	111.2	122.3	129.4	136.4	144.8

La spesa per
 ICT in Italia
 è bassa e
 cresce poco

Source: WITSA²⁰⁰⁹.

GLI INTERESSI DEL MERCATO DI SETTORE



MANIFESTO ITALIANO DELLA MEDICINA TELEMATICA

Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica

Firenze, 8 aprile 2010

La Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica (SIT) è stata fondata con la finalità di promuovere e diffondere lo sviluppo della Telemedicina e della Sanità elettronica in tutti i suoi aspetti: medici, tecnologici ed organizzativi, favorendo, a tal fine, la collaborazione tra le varie componenti del sistema sanitario nazionale e regionale, nonché le aziende e le organizzazioni che contribuiscono al miglioramento dei servizi socio-sanitari, attraverso l'innovazione tecnologica, la ricerca, e l'investimento di risorse finanziarie.

La Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica, in quanto Società scientifica, intende definire i principi fondamentali necessari per lo sviluppo armonico e sostenibile della "Telemedicina" intesa come strumento di innovazione tecnologica a valenza multidisciplinare che comprende la formazione, l'integrazione, il monitoraggio e la gestione dei pazienti, attraverso l'impiego di sistemi di telecomunicazione che si avvalgono della cooperazione di differenti professionalità al fine della promozione della salute attraverso i percorsi di prevenzione, diagnosi e cura del paziente.

Il primo principio che la Società Italiana di Telemedicina e sanità elettronica vuole affermare con il presente documento riguarda il riconoscimento, sia a livello culturale che organizzativo ed operativo, della coesistenza nella "Telemedicina" di tre pilastri fondamentali: la Medicina Telematica, la Sanità Elettronica e l'ICT (Information and Communication Technology) in Sanità. Si afferma inoltre che questi tre pilastri costituiscono fondamento della "Telemedicina" nella misura in cui concorrono al miglioramento, sia dell'esercizio della professione medico-chirurgica, che dell'offerta sanitaria per i pazienti. Per tale motivo questo manifesto è, al momento, centrato prima di tutto sulla Medicina Telematica.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO
E STATISTICO SANITARIO
Ufficio III ex DGSIS
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0000372 A-4.23.2.10
del 29/01/2014



Ministero della Salute
DGSISS
0001147-P-28/01/2014



Alla Segreteria della Conferenza
Permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province Autonome
Via della Stamperia, 8
00187 ROMA

E.p.c.:

All'Ufficio di Gabinetto
SEDE

Oggetto: Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali".
Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.



IL PROGRAMMA PER MARIA	OGGI, PROBABILMENTE (forse)	OPERATORI COINVOLTI
Aiuto domestico da SAD Comune – requisiti OK ?	pranzo domic. 5/7 – pulizie e lavanderia 1x/15 gg – aiuto igiene pers. 1x/sett	Operatori sociali
Monitoraggio PA peso sat O ² glicemia	<i>Visite a casa di infermieri e medici 1-2 x / settimana</i>	Infermieri, medici generalisti e specialisti
Monitoraggio assunzione farmaci	<i>Telefonate ad hoc da centrale teleassistenza</i>	Operatori sociali
Intensificazione contatto con i figli	<i>Accordo tra personale di assistenza e figlio</i>	Infermieri, operatori sociali, assistenti sociali
Aggiornamento cartella personale con dati sanitari e sociali	<i>Separatezza della documentazione sanitaria e sociale</i>	Almeno assistenti sociali, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, volontari
Programma prevenzione decadimento cognitivo	<i>Non considerato</i>	terapisti
Programma prevenzione cadute e allarme in caso di...	<i>Telesoccorso (?) – sec. disponibilità locali</i>	terapisti
Inserimento nella rete di volontari	<i>Sec. organizzazioni locali</i>	volontari
Controllo situazione ambientale (appart.)	<i>Probabilmente assente</i>	Operatori sociali



IL PROGRAMMA PER MARIA	OGGI, PROBABILMENTE (forse)	ADI CON SUPPORTO DI ICT
Aiuto domestico da SAD Comune – requisiti OK ?	pranzo domic. 5/7 – pulizie e lavanderia 1x/15 gg – aiuto igiene pers. 1x/sett	Organizzazione dei servizi e registrazione prestazioni on line
Monitoraggio PA peso sat O ² glicemia	<i>Visite a casa di infermieri e medici 1-2 x / settimana</i>	Automisurazioni ogni giorno (empowerment); dati visibili in remoto
Monitoraggio assunzione farmaci	<i>Telefonate ad hoc da centrale teleassistenza</i>	Reminder automatico pre-assunzione; registrazione di avvenuta assunzione
Intensificazione contatto con i figli	<i>Accordo tra personale di assistenza e figlio</i>	Uso della teleconferenza/videotelefonata
Aggiornamento cartella personale con dati sanitari e sociali	<i>Separatezza della documentazione sanitaria e sociale</i>	Fascicolo personale alimentato e consultato in web da tutti gli attori di cura accreditati
Programma prevenzione decadimento cognitivo	<i>Non considerato</i>	Esercizi e giochi resi possibili come opzione della piattaforma informatica
Programma prevenzione cadute e allarme in caso di...	<i>Telesoccorso (?) – sec. disponibilità locali</i>	Esercizi fisici guidati – dispositivi specializzati – rilevatori di caduta a terra indossabili
Inserimento nella rete di volontari	<i>Sec. organizzazioni locali</i>	Forniscono e condividono info/dati on line; usano i dispositivi di misurazione
Controllo situazione ambientale (appart.)	<i>Probabilmente assente</i>	Monitoraggio costante di temp. e umidità, movimento, fughe di gas, allagamenti, chiusura porte e finestre, etc.



MI CHIAMO MARIA
abito a Castellammare, sono vedova,
ho 89 anni; soffro di cuore, pressione
alta e artrosi, con tre ricoveri in
ospedale in 1 anno; prendo 8
medicini/fide; ho una pensione di 700
euro/mese; vivo in piccolo app. di
proprietà al 3° piano in casa senza
ascensore; mia figlia (57) vi viene da me
1 volta /sett.; mia sorella di 82 anni sta
peggio di me.
Ho bisogno di aiuto per lavarmi,
cucinare, pulire. Cado spesso, anche
per andare in bagno. E IO VOGLIO
RESTARE A CASA MIA!



MI CHIAMO MARIA

PER LEI UNA
NUOVA
ASSISTENZA
PERSONALIZZATA
A CASA

Ha troppi soldi, se vuole
un SAD o altro deve
pagare. Abbiamo bisogno
di qualche settimana per
attivare i servizi.
Dobbiamo verificare
quanti soldi hanno i figli.
Ma non potrebbe vendere
la casa ?

UN' ASSISTENTE
SOCIALE DEL
COMUNE

Ospedale A: Basta vecchi, basta
ricoveri impropri! Non abbiamo
letti. Quando dico che è dimessa,
va a casa !

Ospedale B: caro Distretto, caro
MMG, la signora è ora gestibile a
casa; eventuali scompensi vanno
affrontati nel seguente modo...
possiamo tenerci in contatto per
qualsiasi evenienza...

IN OSPEDALE
A) e B)

Integrazione e ICT

Avrei bisogno di un
monitoraggio dei parametri
vitali per capire come vanno le
cose. Adesso io da solo più di
così non posso fare. Per quello
che mi danno con ADI e ADP....
Vediamo con la nuova UCCP.
Ma potrebbe prendere un'altra
medicina ? D'altronde questo è
un caso sociale. Io quasi quasi
intanto mi copro, chiamo il
distretto e le faccio fare una
visita specialistica a casa .

IL MMG

Non è malata solo lei !
Tengo problemi pure io.
E io dovrei pagare ?
Eh no ! Impossibile.
Speriamo me la tengano
ancora un po' in
ospedale. Ho bisogno di
tempo.

il figlio

Non è facile, ma qualcosa si può
fare. Ci siamo noi qui per
aiutarla. Una bella UVD, poi l'
ADI, insistendo con le amiche del
SAD e con il MMG; i ns ci
andranno 2-3 x/sett.... Magari
troviamo qualche vicino di casa
che darà una mano. Poi facciamo
noi le carte per l'invalidità..

AL DISTRETTO

MI CHIAMO MARIA

abito a Castellammare, sono vedova, ho 89 anni; soffro di cuore, pressione alta e artrosi, con tre ricoveri in ospedale in 1 anno; prendo 8 medicine/die; ho una pensione di 700 euro/mese; vivo in piccolo app. di proprietà al 3° piano in casa senza ascensore; mio figlio (67 a) viene da me 1 volta /sett.; mia sorella di 82 anni sta peggio di me.

Ho bisogno di aiuto per lavarmi, cucinare, pulire. Cado spesso, anche per andare in bagno. **E IO VOGLIO RESTARE A CASA MIA !**



MI CHIAMO MARIA

.....

**DAL DISTRETTO,
PER LEI UNA NUOVA
ASSISTENZA
PERSONALIZZATA
A CASA**

il distretto.....

... CON UNA NUOVA FORMA DI
ORGANIZZAZIONE DI HOME CARE

- Assistenza domiciliare integrata
con il supporto della ICT –
ICT supported Integrated home care

- **Information and Communication Technology:**
=> **Tecnologie per l'Informazione e la
Comunicazione (TIC):**
 - **Piattaforme informatiche**

Piattaforme informatiche

**Cartella elettronica personalizzata
integrata interprofessionale ed
interistituzionale/intersettoriale**

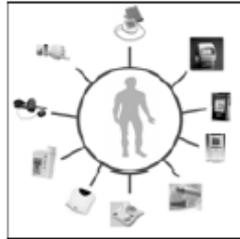
**educazione
terapeutica,
giochi cognitivi,
sensori caduta,
agenda-memo...**

**Sensori vitali ed
ambientali**

**Dispositivi di
comunicazione
voce e video**

Domotica

Vital Monitors



Bluetooth

Santiago



WIFI,UMTS/
GPRS

Portale V3.0



Amministrazione



Misure,
Cronologia delle misure



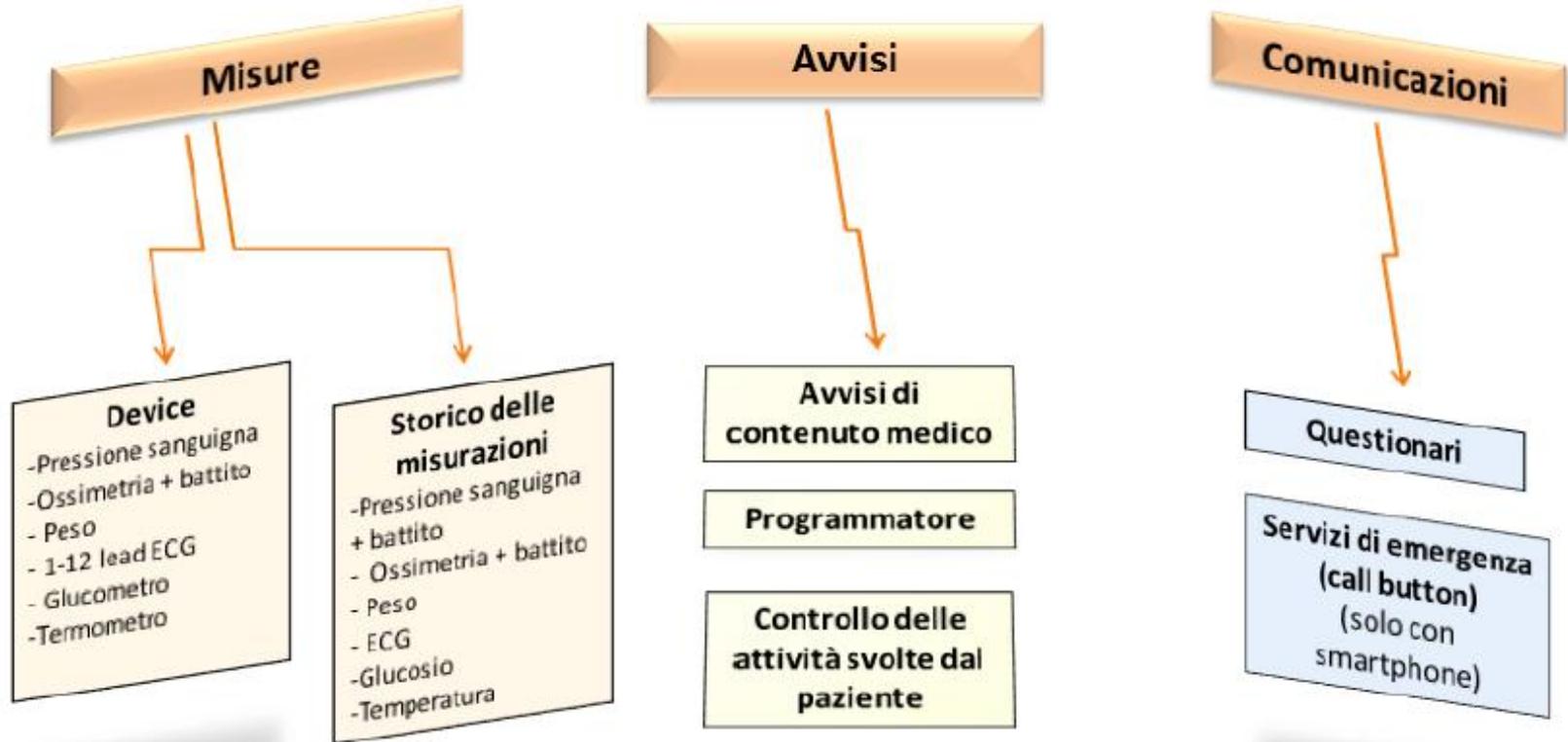
Paziente

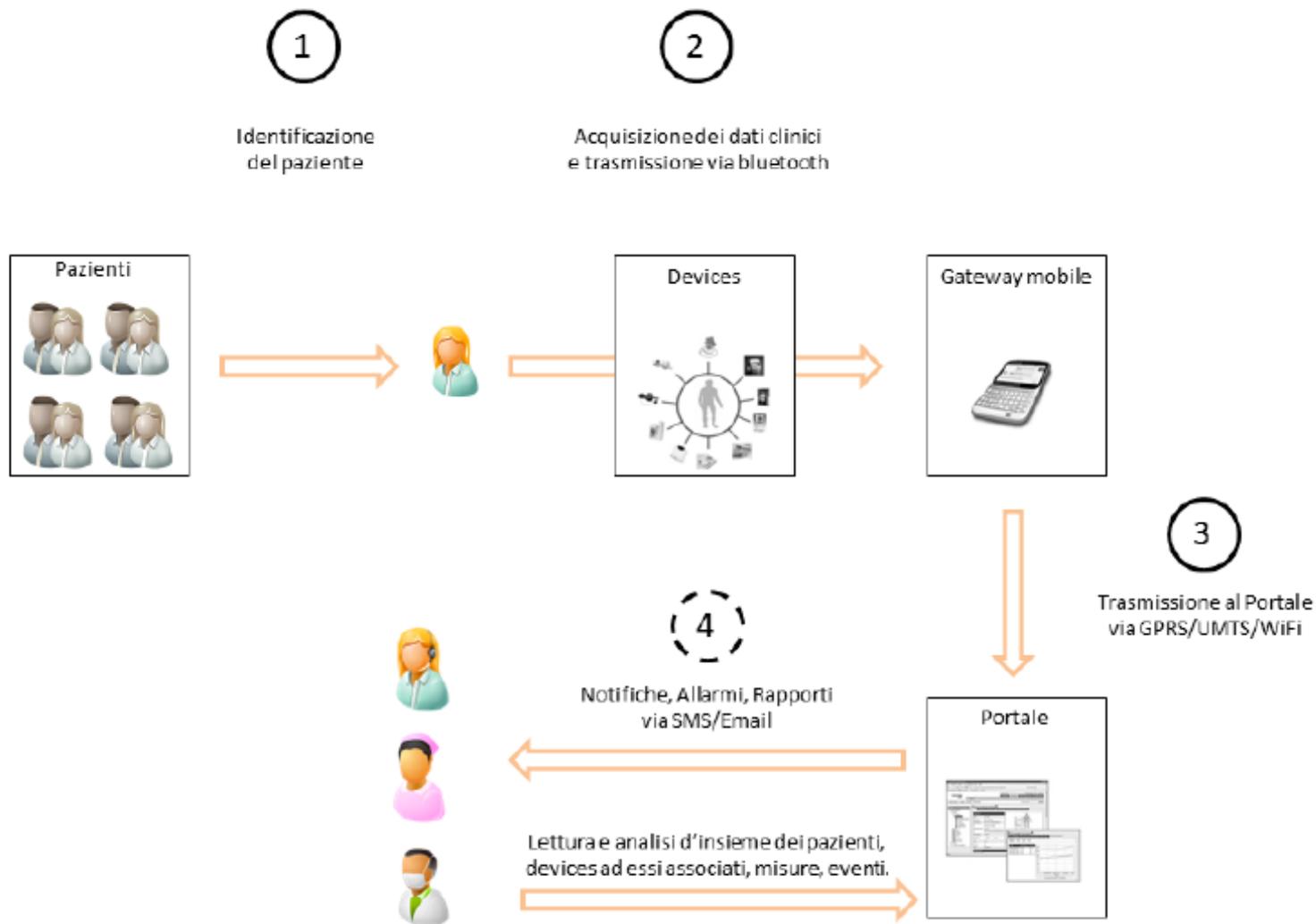
Allarmi, notifiche,
report

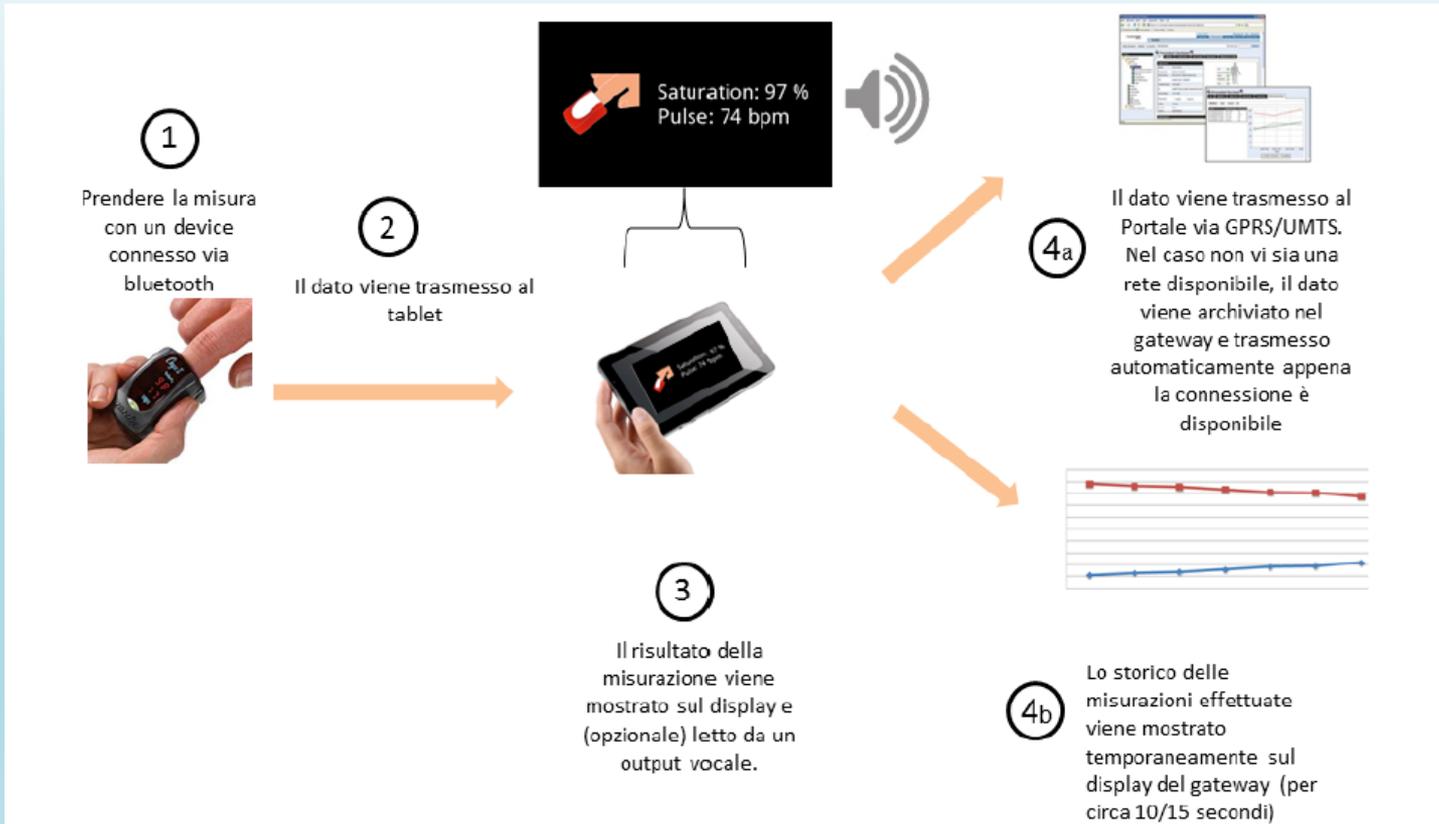


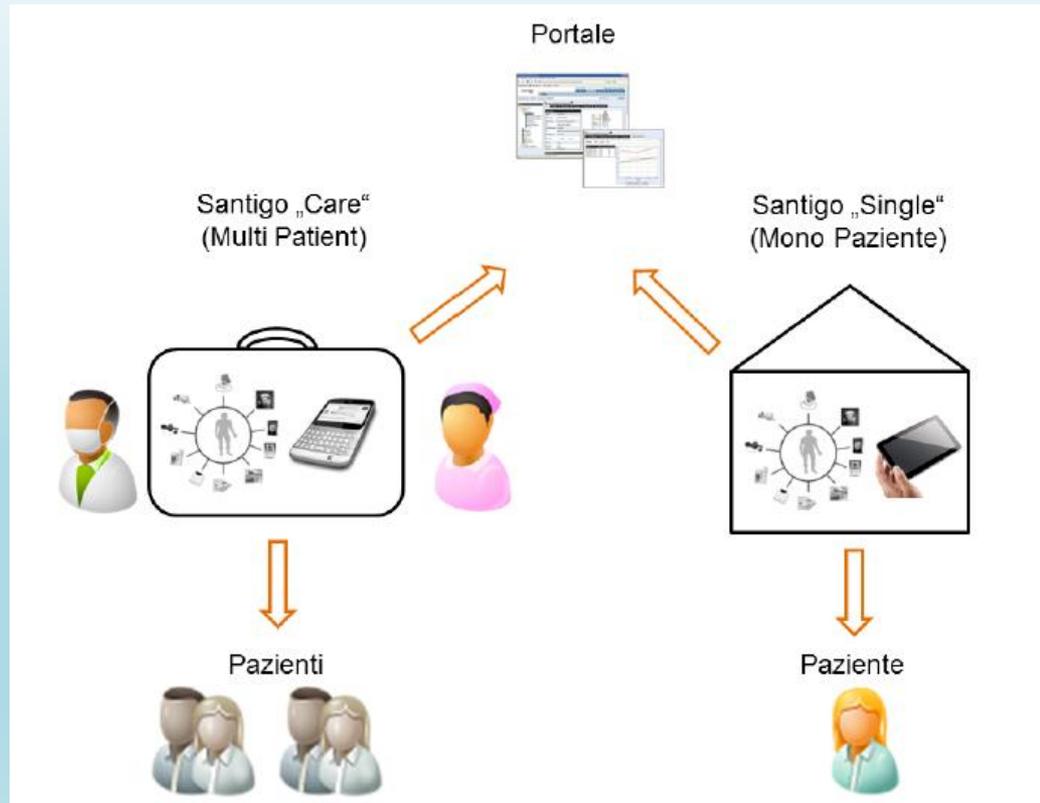
Infermieri, Medici,
Case Manager,
Monitoring Center

Conferme,
Settaggio degli
allarmi,
Note, Documenti









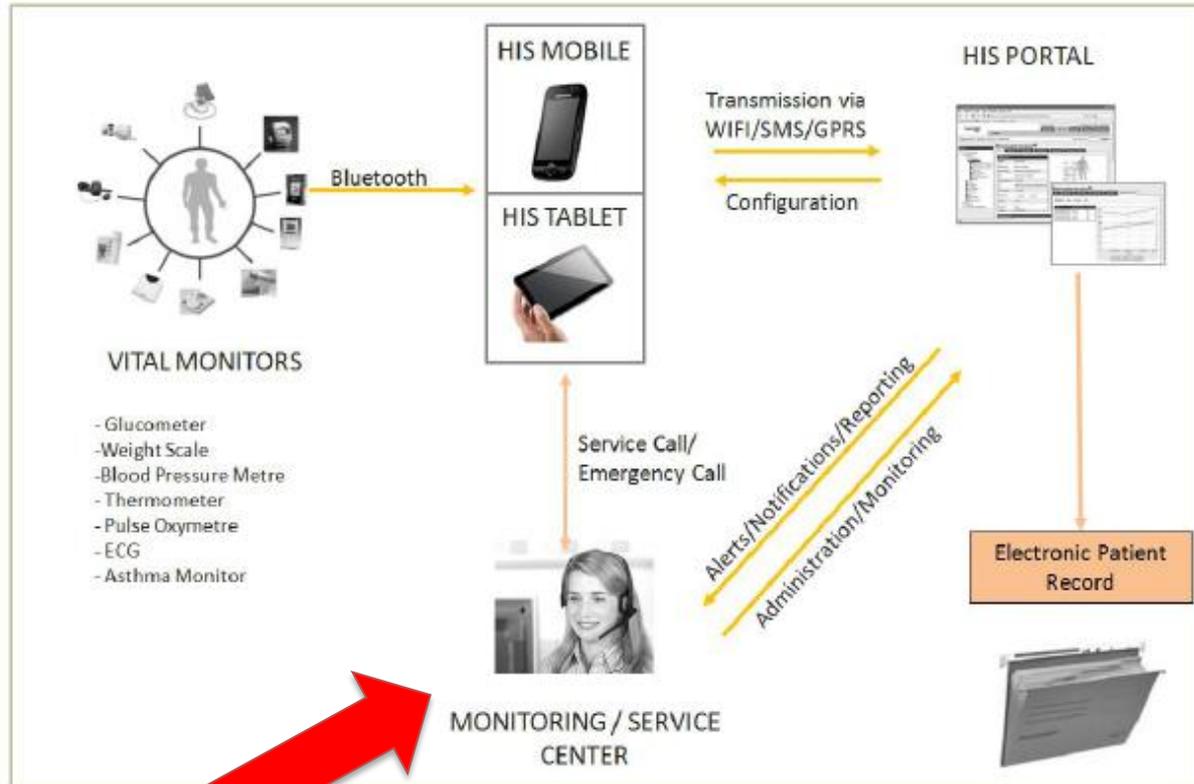
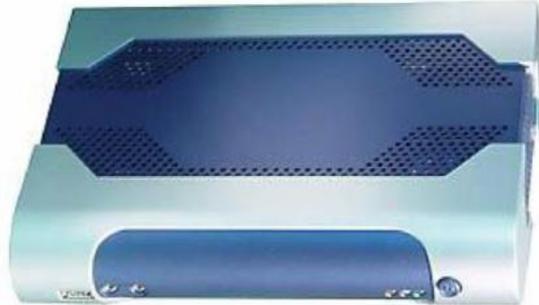


Figure 5 – Telecare solution



sfigmomanometro

“centralina” installata in casa che raccoglie in wi-fi i segnali dei sensori



glucometro



bilancia



saturimetro



ecg



HIS Mobile



HIS Tablet (7")



Sensore
movimento



Box TV-
teleconferenza

Video conferenza usando la TV





Medication
Reminder

Please do not forget
to take your Aspirin
and press OK!

OK!



Hans Maier

Patient Messages Documents Measurements Reports Homecontrol Absence **Comments** Scheduler Games statistics

Add catalog of comments

Add catalog of comments

MEDICATION - 15/03/2011 15:31:02 - Super Admin 

15/03/2011 15:40:53 - Super Admin (last edit: 15/03/2011 15:40:53)  

Patient got an Aspirin in the morning.

Add new comment

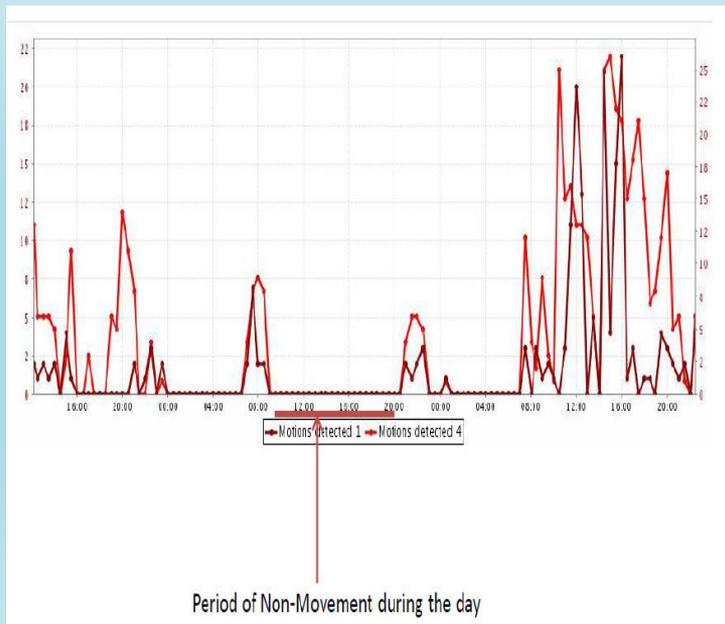
“schermata” grafici trend temporali

Polso e pressione arteriosa



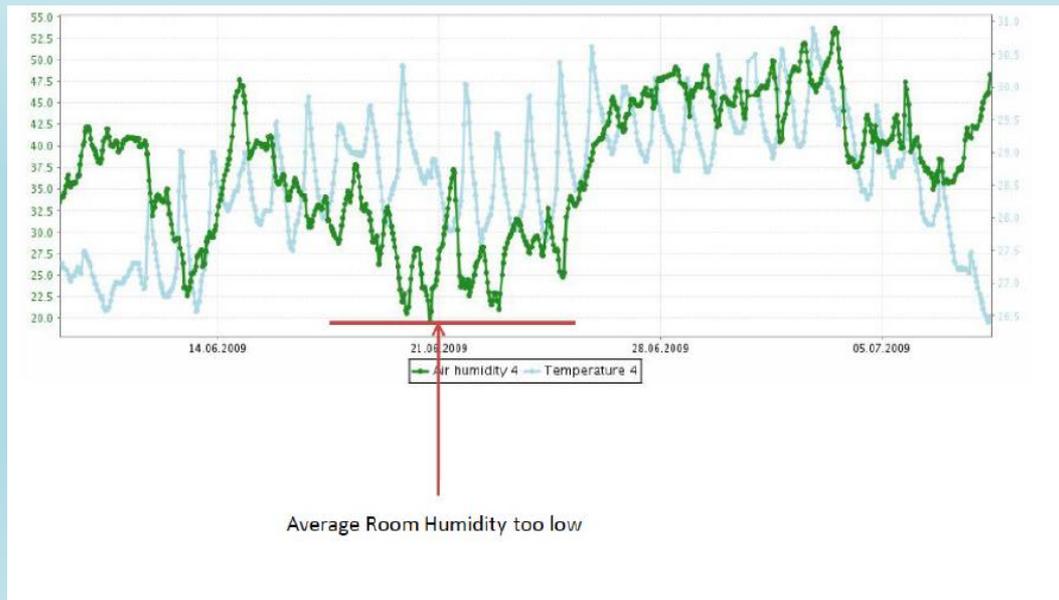
“schermata” con
i grafici dei trend
temporali

**Movimento in
casa**



“schermata” con i grafici dei trend temporali

Temperatura e % umidità in casa



“schermata” degli allarmi

Warning & Alive Status Environmental Monitors



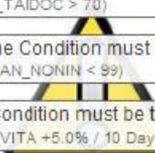
04/06/2012 11:42	✔ Temperature 3 Temperature: 24.797407 Humidity: 02.0
04/06/2012 11:42	✔ Motion detection 0 Movements / 30min: 4
04/06/2012 11:42	✔ Motion detection 3 Movements / 30min: 21
20/05/2012 14:20	✔ Smoke detection 1 Status: 2
04/06/2012 11:52	✔ Water detection 2 Status: 11

Warning Status Vital Monitors



28/04/2011 16:13	✔ Weight (IEM) Weight: 13.4
02/05/2011 15:39	✘ SPO2 (NONIN) HR: 94 SPO2: 97
28/04/2011 17:05	✔ Glucose (CIG) Glucose: 106.0

Defined warnings

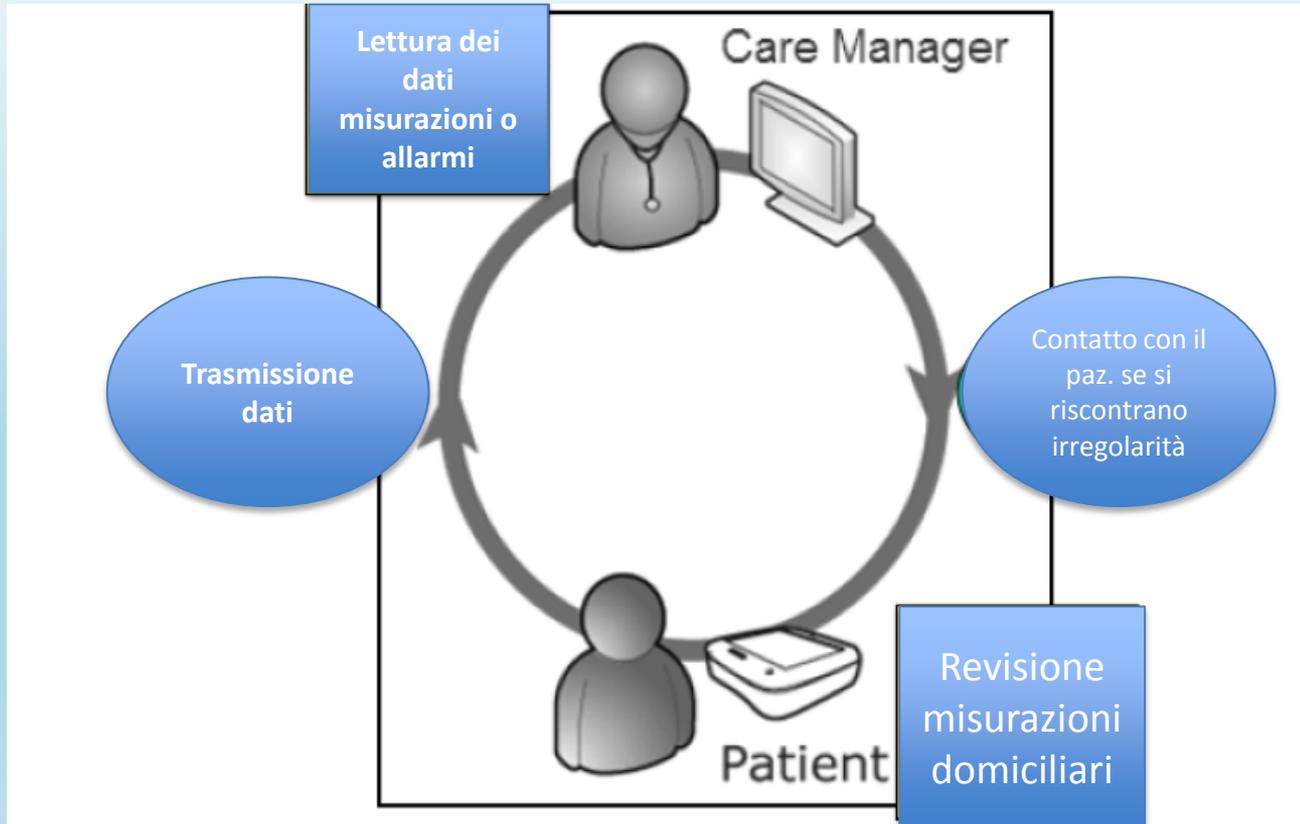


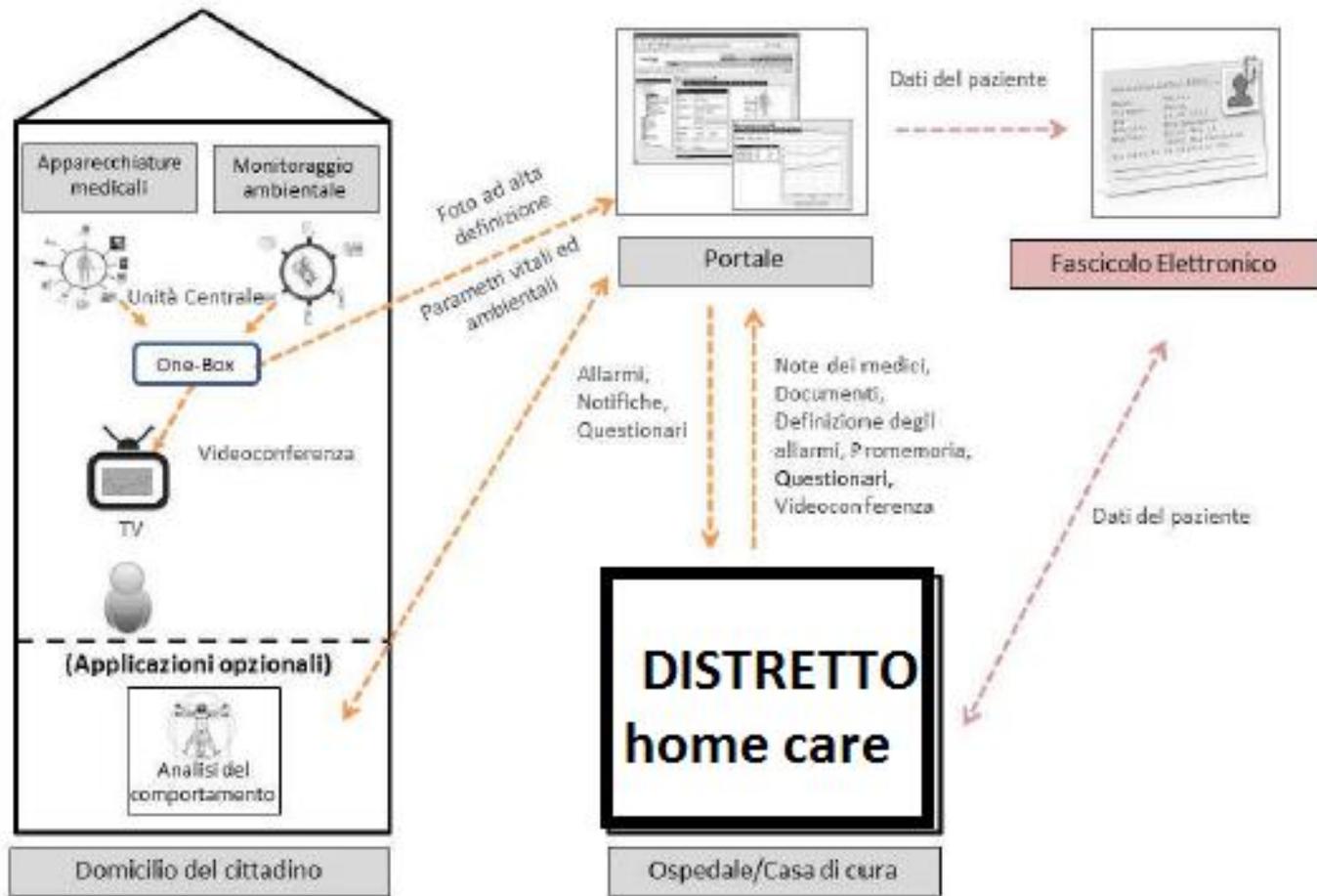
🔔 Glucose 1x , One Condition must be true Limit vital (Diastolic_TAIDOC > 70)
🔔 Sauerstoff 1x , One Condition must be true Limit vital (SPO_MEAN_NONIN < 99)
🔔 Fett Trend , One Condition must be true Tendency vital (Fat_VITA +5.0% / 10 Day(s))
🔔 Movement , One Condition must be true Movement (3, sensor 1, 16:00 - 17:00)



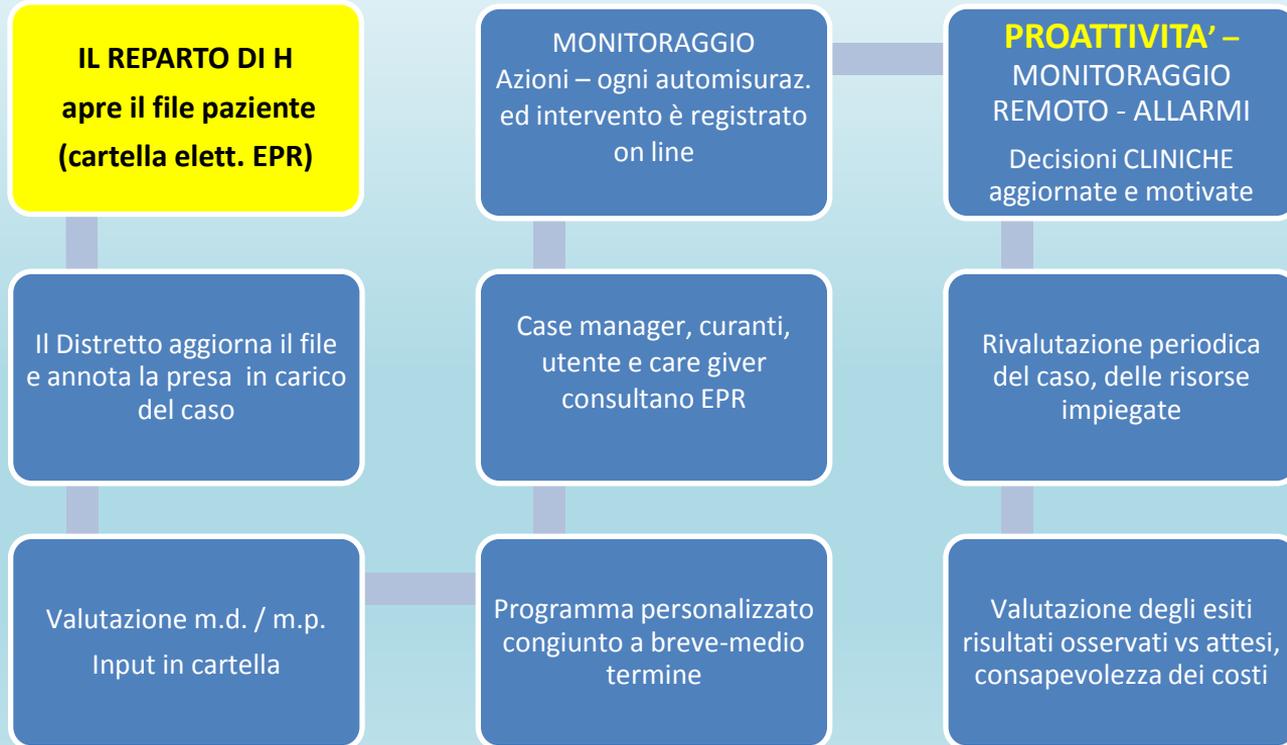
Le direttrici del distretto

1. La **PERSONA** person centred care
2. La **CASA** assistenza domiciliare
3. Le **TECNOLOGIE** strumento non fine
4. **IL DISTRETTO «INTERPRETE»
DEL CAMBIAMENTO (regista)**





UN PERCORSO «INTELLIGENTE» LA DIMISSIONE DA OSPEDALE in **NUOVA ADI**



UN PERCORSO «INTELLIGENTE» LA PRESA IN CARICO LONG TERM in **NUOVA ADI**



IL PROGETTO DREAMING

acronimo di
*e*l*De*R*ly*-*fri*Endly *A*larm handling and *M*onitorING



European Consortium:



www.dreaming-project.org

Partners of the Consortium

Co-ordinator

Tesan-Televita S.r.l. - Italy : Contact Centre: Telesoccorso Servizio chiavi, Teleassistenza Primo Aiuto, Helpdesk

Partners

- AGE - The European Older People's Platform - Belgium
- Azienda per i Servizi Sanitari n°1 - Italy : Distretti (Servizi di assistenza domiciliare MMG e Specialisti) e 118
- County Council of Uppsala - Sweden
- East-Tallinn Central Hospital - Estonia
- Government of Aragón - Servicio Aragonés de Salud - Spain
- Health Information Management S.A. - Belgium
- Heby Kommun - Sweden
- Langeland Kommune - Denmark
- Pflegewerk Managementgesellschaft - Germany
- Region Sydmanland - Denmark
- TB-Solutions Advanced Technologies S.L. - Spain
- Telemedicina Rizzoli S.p.A. - Italy



PROTOCOLLO SPERIMENTALE

CAMPIONE EUROPEO: 350 soggetti di età >65 anni e funzioni cognitive conservate assegnati con metodo *random* ad un gruppo di controllo (n=175) e ad un gruppo di Telemedicina (n=175)

- **Danimarca** (25+25), **Estonia** (30+30), **Germania** (30+30), **Italia-Trieste** (30+30), **Spagna** (40+40), **Svezia** (20+20).

Caratteristiche - criteri di inclusione:

- Prima scelta: presenza di Diabete, Scomp.Card., BPCO
- Seconda scelta : storia di cadute, IMA, ICTUS, ricoveri H
- Terza scelta: età > 80 anni
- Follow up : 24 mesi



Componenti fondamentali sperimentati



In-Touch



Portale HIS – cartella elettronica personale



Dispositivi medici



- P.A. + freq.card.
- Glicemia
- Sat. O₂
- Peso
- Ecg
- FEV
-

Sensori ambientali ed attuatori domestici

Movimento



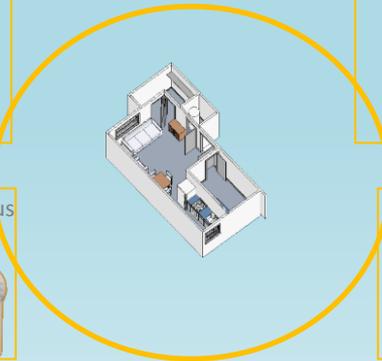
Climatizzazione



Apertura/chiusura porte



Controllo illuminazione



I DISTRETTI di TRIESTE



IL CONTACT CENTRE 24h/7 di TRIESTE

gestisce gli allarmi (tipo 1 e 2) e le cartelle cliniche in rete

mantiene i contatti con gli utenti anche attraverso la videoconferenza

controlla l'uso regolare dei dispositivi

fornisce primo livello di Help Desk

supporta gli utenti e i case manager

promuove l'inserimento sociale

CenterSight® - Windows Internet Explorer fornito da Azienda per i Servizi Sanitari n° 1

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Cerca Preferiti

Indirizzo <http://188.40.52.202/protected/deviceTree.do?modelId=295> Vai Collegamenti

Azienda Servizi Sanitari **TESANTELEVITA** TELESOCORSO - TELECONTROLLO Login: Paolo Da Col

Messaggeria Pazienti Amministrazione Profilo utente Uscire

Lista di pazienti

Dreaming > ASS 1 DS3 > **Cenni Marisa Fonda** Ricerca paziente: Cerca

Cenni Marisa Fonda

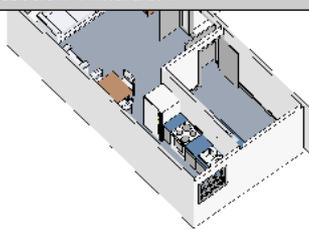
Cartella

- Dreaming
 - Nessuna misura presa
 - Nessuna misura presa
 - ASS 1 DS1
 - ASS 1 DS2
 - ASS 1 DS3
 - Cenni M**
 - Nessun movimento rilevato
 - Nessuna misura presa
 - Environmental monitors
 - Vital monitors
 - Central Unit 16
 - Comar Erminio
 - Coretti
 - Giulianc
 - Matose
 - Prandi

Informazioni Stato dell'allarme Messaggi Documenti Dati medici Mandare rapporto

Alarm & Alive Status Environmental Monitors Alarm Status Vital Monitors

2010-04-08 13:59 ✓ Temperature 1 Temperature: 18.88 Humidity: 50.7	2010-04-07 11:52 ✓ Weight (VITA) Weight: 70.8
2010-04-08 13:59 ✓ Motion detection 4 Movements: 4	2010-04-08 08:54 ! BPM (IEM) HR: 80 Sys: 169 Dias: 101




Internet 14.04

NEL CAMPIONE DI TRIESTE

www.dreaming-project.org

- **TOTALE giornate di automonitoraggio: 14.670**
- **TOTALE MISURAZIONI: 17.000 di cui**
 - **47% pressione arteriosa**
 - **33% glicemia**
 - **10% peso**
 - **9% pulsiossimetria**
 - **1% FEV** (per BPCO e asma)
- **In media, 1.2 misurazioni domiciliari al giorno/pro capite, che hanno consentito**
 - **Ai nostri anziani fragili uscite di casa inutili per i controlli**
 - **Agli operatori accessi domiciliari più appropriati**
 - **Ai nostri pazienti più complessi il monitoraggio in remoto**

EVENTI MAGGIORI A TRIESTE

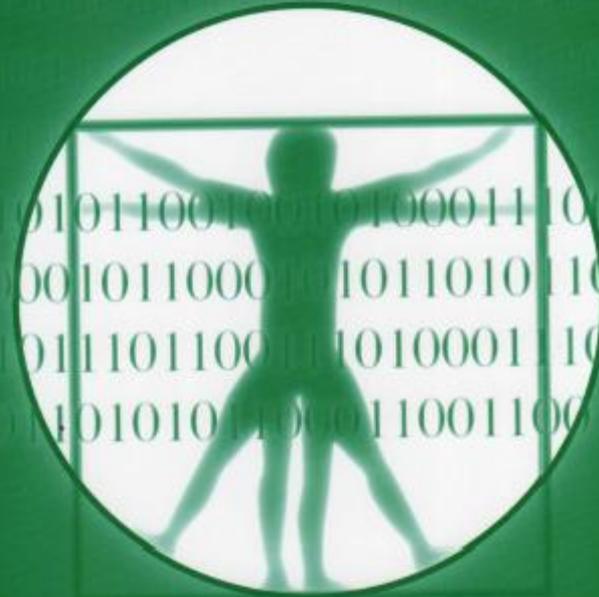
<i>da luglio 2009 a marzo 2012</i>	<i>Gr. TM</i>	<i>Gr. CTRL</i>	<i>Diff.</i>
numero di ricoveri	66	99	-33
numero di giornate di degenza totali	823	1.095	-272
durata media delle giornate di degenza	12,5	11,1	1,4
numero di accessi al pronto soccorso	16	18	-2
numero di trasporti in ambulanza	51	65	-14
numero visite del MMG	293	262	31
numero visite dello specialista	415	337	78
numero di accessi domiciliari infermieristici	1.219	1.048	171
numero di accessi domiciliari degli operatori sociali	13	22	-9
numero di ricoveri definitivi in casa di riposo	1	0	1
numero di cadute a terra	41	6	35
numero di fratture ossee post caduta a terra	3	0	3
numero di decessi	4	10	-6
numero di drop out	12	14	-2

COSTI nei centri sperimentali europei

	TS	DK	ARAGON	BERLIN
costo/anno per servizi p.c.	€ 3.368,00	€ 1.690,00	€ 1.637,00	€ 1.824,00
risparmio/anno da servizi p.c.	€ 3.770,00	€ 9.400,00	€ 1.858,00	€ 5.950,00
risparmio/anno pro capite da servizi	€ 402,00	€ 7.710,00	€ 221,00	€ 4.126,00
ipotesi n° casi su cui ripartire costi generali	100	100	200	500

Ambient Intelligence and
Smart Environments **16**

Is Ambient Assisted Living the Panacea for Ageing Population?



order@iospress.nl

Edited by
Marco d'Angelantonio
John Oates

 **IOS**
Press

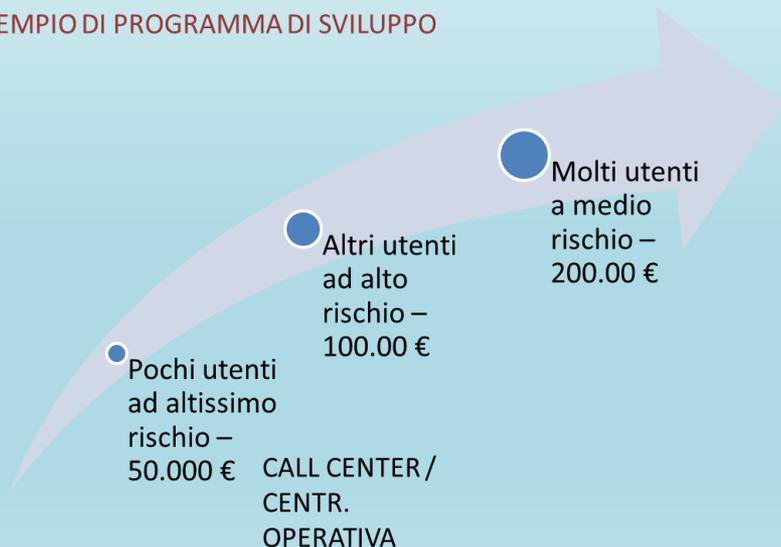
www.dreaming-project.org

i progetti in corso nella UE

- **ICT supported integrated care**
- **assistenza integrata con il supporto delle Tecnologie di Informazione e Comunicazione**
- **BeyondSilos** (integrazione sanitaria+sociale)
 - Regione Campania, Uni Salerno
- **Carewell** (integrazione intrasanitaria)
 - Regione Puglia / ARS
- **Smartcare** (integrazione sanitaria+sociale)
 - Friuli Venezia Giulia

NEI NOSTRI DISTRETTI GUIDIAMO IL CAMBIAMENTO

UNA PERSONALE PROPOSTA ESEMPIO DI PROGRAMMA DI SVILUPPO



LA FONTE DELLE RISORSE



Un DRG medico vale ca. 6.000 €

Superiore al costo di un set di devices e di prodotti di TIC

Equivale al costo di ca 25 ore di assistenza infermieristica domiciliare + 10 accessi MMG



Ridurre signif. il n° ricoveri e gg degenza

OGGI permette di ridurre i p.l. degli attuali reparti H

IN FUTURO permette di riprogrammare le dimensioni degli ospedali



Ridurre il n° ricoveri evitabili in H

Equivale ad aumentare la qualità di vita dei pazienti con malattie croniche

Con beneficio anche dei care givers

VANTAGGI NON SOLO IN OSPEDALE.....

RSA attuali

- Costose per tutti
- Limitanti per la persona

RSA CON ICT

- Monitoraggi in remoto
- Soluzioni long term alternative a ricoveri ospedalieri

RESIDENZIALITA'
INNOVATIVA

- ADI intensiva sia per short che long term
- Cost/effective per SSR e SSC
- Qualificazione professionale nel territorio/distretto

qualità di vita A CASA

ASSISTENZA E CURA INTEGRATA A CASA

IL DISTRETTO SI ATTIVA

Sanità

Sociale

Informale

Etica

economia

**IL DISTRETTO
Davvero quando
va a casa**

**Tutela assistiti
Garante accesso
Appropriate risposte
Qualità servizi
Unitarietà percorsi**

**GARANTISCE AL
CITTADINO**

Equità
Sostenibilità
Globalità
Continuità

**AZIONI
intersettoriali
flessibili
integrate
con supporto tecnologia
PER NUOVE MODALITA'
di presa in carico**

IL DISTRETTO DEL SUD PUO'

- **REINTERPRETARE L'ASSISTENZA DOMICILIARE**
- **INNOVARLA E RINNOVARLA NELLA QUALITA'**
- **RENDERLA BEN PIU' INTEGRATA, anche grazie al saggio impiego delle tecnologie che valorizzano le relazioni tra le persone**
- **RICONVERTIRE LE RISORSE**

... e qui siamo
arrivati
da lei
guidati



Sì, al mio distretto sono proprio bravi. Tante cose nuove, tante cose buone. Sono contenta. Anche mio figlio è contento.

E così posso RESTARE A CASA MIA !



Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

*Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali*

CONGRESSO INTERREGIONALE del SUD ITALIA

NAPOLI 11-12 dicembre 2014

Hotel Excelsior Via Partenope, 48

Responsabile scientifico
Gennaro Volpe

- **Il Distretto:
principale
interprete
dell'assistenza
domiciliare e
sociosanitaria**

**AMICHE E AMICI DEI
DISTRETTI DEL SUD:
CREDIAMOCI !
Un distretto
interprete
PROTAGONISTA**

**grazie
a Genny
dell'invito.
A tutti
voi della paziente
attenzione**

pg.dacol@gmail.com