

**Esperienze regionali
nel segno del Partenariato europeo
per l'innovazione sull'invecchiamento
attivo e in buona salute
(EIP-AHA)**

**Nell'ambito del Workshop internazionale
"Vivere sani e attivi in un continente che invecchia"
Bologna, 3 giugno 2013**

con il supporto di



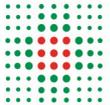
in collaborazione con



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola



ASTER
SCIENZA TECNOLOGIA IMPRESA



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Redazione e impaginazione a cura di

Tania Salandin e Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Centrostampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, maggio 2013

Indice

| | |
|--|----------------|
| Premessa | <i>ITA - 5</i> |
| Il contesto regionale. Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi? | <i>7</i> |
| 1. Approccio innovativo per l'implementazione dell'aderenza terapeutica e la gestione di farmaci e biorisorse | <i>11</i> |
| 2. Dalla valutazione del fenomeno "caduta" in ambito ospedaliero all'empowerment dei cittadini e dei professionisti | <i>12</i> |
| 3. Importanza dei sensori di movimento nell'identificazione di pazienti anziani a rischio di caduta | <i>13</i> |
| 4. Determinazione del rischio di caduta in ambiente ospedaliero | <i>14</i> |
| 5. Programma multifattoriale di prevenzione delle cadute accidentali in ospedale presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna | <i>15</i> |
| 6. Implementazione di semplici ed efficienti test di performance fisica per lo screening dei soggetti fragili a rischio di declino fisico in diversi setting assistenziali | <i>16</i> |
| 7. Verso l'individuazione precoce della fragilità cognitiva sul territorio: strumenti e risorse presenti e future | <i>17</i> |
| 8. Database sociosanitari per la valutazione preliminare della fragilità sul territorio dell'Emilia-Romagna | <i>18</i> |
| 9. Progetto Eubiosia | <i>19</i> |
| 10. Prevenzione delle complicanze del diabete | <i>20</i> |
| 11. Azioni di networking per il Distretto biomedicale di Mirandola | <i>21</i> |
| 12. Rete regionale di servizi per l'adattamento domestico: valutazione dei costi sociali legati agli interventi per la domiciliarità | <i>22</i> |
| 13. Servizio e-Care Bologna | <i>23</i> |
| 14. SOCIABLE: motivating platform for elderly networking, mental reinforcement and social interaction | <i>24</i> |

Premessa

L'invecchiamento demografico è una delle principali sfide cui l'Europa del futuro deve fare fronte.^{1,2}

È importante promuovere un invecchiamento attivo e in buona salute sia per migliorare la qualità della vita dei cittadini anziani, aiutandoli a meglio contribuire alla società man mano che invecchiano, sia per ridurre l'insostenibile pressione esercitata sui sistemi sanitari.

Se da un lato però, questo fenomeno pone dei problemi per i sistemi sanitari e assistenziali europei, esso offre anche l'occasione di riorganizzare tali sistemi a vantaggio dei pazienti, della sanità e dell'industria innovativa.

Partendo da questi scenari-sfide, nel 2012 - anno europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni nell'ambito dell'Iniziativa Faro "l'Unione dell'innovazione"³ - la Commissione europea ha lanciato il **Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA)**.^{4,5}

Il partenariato, selezionato quale iniziativa pilota per affrontare la sfida rappresentata dall'invecchiamento demografico, mira ad **accrescere di 2 anni la speranza/media di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione europea entro il 2020** e si propone, in particolare, di raggiungere 3 obiettivi:

- migliorare la salute e la qualità della vita dei cittadini europei, in particolare degli anziani;
- supportare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari a lungo termine;
- accrescere la competitività dell'industria europea attraverso nuove opportunità di crescita e l'espansione in nuovi mercati, anche al fine di contribuire alla crescita sostenibile.

In questo contesto vengono qui presentate alcune delle esperienze di ricerca attualmente in essere nella Regione Emilia-Romagna e che si rifanno alle specifiche azioni e impegni compresi nel programma di attività dell'EIP-AHA.

Ogni programma viene presentato in forma strutturata e farà parte del materiale distribuito ai partecipanti all'evento "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia" (Bologna, 3 giugno 2013).

¹ Recenti proiezioni indicano che nei prossimi 50 anni il numero di cittadini europei di età uguale o superiore a 65 anni raddoppierà quasi, passando da 87 milioni nel 2020 a 148 milioni nel 2060. Se non affrontata in maniera decisiva, questa transizione demografica metterà in serio pericolo la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari e di assistenza europei. Per maggiori info: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> (ultimo accesso maggio 2013)

² Approfondimento per la Regione Emilia-Romagna nel Capitolo "Il contesto regionale".

³ Cfr. Comunicazione della CE - COM(2010) 2020 definitivo. "Europa 2020. Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva". <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:IT:PDF> (ultimo accesso maggio 2013)

⁴ Comunicazione della CE - COM(2012) 83 final. "Portare avanti il piano strategico di attuazione del partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute". <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0083:FIN:IT:PDF> (ultimo accesso maggio 2013)

⁵ Per un excursus politico in seno al Parlamento europeo si veda <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0029+0+DOC+XML+V0//IT> (ultimo accesso maggio 2013)

EIP-AHA rappresenta una **nuova strategia** tesa a sostenere l'intera catena ricerca-sviluppo-innovazione, riunendo tutti gli attori del ciclo dell'innovazione, partner pubblici e privati al di là di frontiere e settori, per accelerare la diffusione dell'innovazione e per mettere a frutto le sinergie esistenti ai vari livelli: UE, nazionale e regionale/locale.⁶

Gruppo di lavoro per l'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR)

Antonio Addis, Barbara Mazzoni, Luigi Pilolli, Silvia Pozzi, Tania Salandin, Federica Sarti

⁶ Per facilitare lo scambio di idee e la collaborazione tra partner, la CE ha creato una piattaforma base digitale aperta a tutti i soggetti coinvolti: cd. marketplace (<https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/> - ultimo accesso maggio 2013); tale piattaforma ha lo scopo di agevolare i soggetti coinvolti nella ricerca di partner e nella condivisione di pratiche e progetti, e di incoraggiare il trasferimento e lo scambio di idee e buone pratiche.

Il contesto regionale.

Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi?

Angelina Mazzocchetti - Servizio statistica e informazione geografica - Regione Emilia-Romagna

Nicola Caranci - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Il cambiamento demografico, la trasformazione nei rapporti numerici tra diversi sottogruppi della popolazione, è divenuto sempre più centrale tra le riflessioni circa lo sviluppo futuro dei territori.

Due le caratteristiche principali del cambiamento demografico che caratterizzeranno, con diversi gradienti, il futuro dei territori europei: l'invecchiamento e le migrazioni.

Il primo, sostanzialmente già scritto negli attuali geni della popolazione; il secondo, essenzialmente imprevedibile e di crescente complessità.

Nel panorama delle regioni italiane l'Emilia-Romagna è quella che ha conosciuto la più rapida ed intensa trasformazione nella struttura per età. Il sorpasso della popolazione anziana rispetto a quella giovanile si è realizzato con quasi un decennio di anticipo rispetto all'Italia ed è avvenuto nell'arco di pochi decenni: se il censimento del 1961 contava la presenza di un individuo con 65 anni e oltre ogni 2 giovani con meno di 15 anni, al censimento del 2001 il rapporto è sostanzialmente ribaltato con circa 2 anziani per ogni giovane (indice di vecchiaia⁷ pari a 193).

Mentre in Italia il rapporto tra anziani e giovani continua a crescere, in Emilia-Romagna diminuisce da circa 10 anni: pur in presenza di una continua crescita della popolazione anziana, un incremento maggiore ha interessato quella giovanile grazie a un aumento del numero di nati e all'arrivo di famiglie di immigrati. Le migrazioni internazionali, a partire dai primi anni 2000, hanno dato nuovo impulso al sistema demografico italiano, in particolare dell'Emilia-Romagna, dove si innestavano in una situazione caratterizzata da bassissima fecondità ed elevata longevità, fenomeni che determinano una capacità molto bassa di rinnovo delle forze di una popolazione.

L'ingresso di cittadini stranieri ha determinato un rallentamento delle dinamiche di invecchiamento; gli stranieri si concentrano nelle fasce di età giovanili (età media di circa 31 anni a fronte dei 47 degli italiani) e ne hanno accelerato le dinamiche, mentre ancora non hanno minimamente inciso su quelle della popolazione anziana.

Risentendo poco delle dinamiche migratorie, l'evoluzione in termini prospettici del segmento di popolazione anziana residente in regione sarà sostanzialmente determinata dall'andamento dei tassi di mortalità alle varie età che si può esprimere attraverso la speranza di vita alla nascita, in sintesi: *quanto si aspetterebbe di vivere una persona nata in dato territorio in un dato anno se sperimentasse i tassi di mortalità propri di quella popolazione.*

Da circa un secolo la speranza di vita alla nascita è in continuo aumento, seppure negli ultimi anni i ritmi siano leggermente diminuiti così come è diminuito il differenziale esistente tra la sopravvivenza di maschi e femmine (che vede queste ultime avvantaggiate, a fronte di uno svantaggio in termini di nascite - 100 femmine ogni 105 maschi).

Prendendo in esame gli ultimi due decenni, la speranza di vita dei maschi è passata da circa 74 anni nel 1991 a poco più di 77 nel 2001, con una variazione di poco più di 3 anni. Nello stesso periodo per le femmine si è passati da quasi 81 anni a poco più di 83 anni, con una variazione di poco superiore a 2 anni. Nel decennio successivo, pur continuando, la crescita ha subito un rallentamento di quasi un anno per

⁷ Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni o più e quella in età 0-14 anni.

entrambi i sessi. Al 2011⁸ la stima è di 80 anni per i maschi e 84,7 per le femmine. Nel complesso degli ultimi 20 anni in Emilia-Romagna, quindi, la crescita della vita media è stata di 6 anni per i maschi e poco meno di 5 per le femmine.

In virtù delle due tendenze evidenziate per questo indicatore - continua crescita ma a ritmi rallentati e riduzione del differenziale tra maschi e femmine -, nell'ipotesi di massima espansione l'aumento delle speranze di vita alla nascita, sia per i maschi sia per le femmine, si mantiene sostenuto e porta nei prossimi 20 anni ad un aumento di circa 5 anni per i maschi e 4 per le femmine. Nell'ipotesi intermedia si asseconda il rallentamento osservato e l'aumento ipotizzato è di 3,5 anni per i maschi e di 2,5 anni per le femmine, mentre nell'ipotesi recessiva la crescita ipotizzata è di un solo anno per le femmine e di 2 anni per i maschi.⁹

Tali ipotesi si accompagnano, nella stima delle proiezioni demografiche, a quelle relative a fecondità e flussi migratori, declinate con la stessa logica della mortalità tra i 3 scenari costruiti, nel determinare la struttura per età e sesso attesa per la popolazione residente in futuro in Emilia-Romagna. Il segmento della popolazione con 65 anni o più è quello che mostra meno differenze nell'evoluzione fra i tre scenari demografici, poiché risente sostanzialmente solo delle ipotesi relative agli sviluppi della sopravvivenza alle età anziane, non così distanti da determinare nel giro di 20 anni risultati molto diversi tra loro.

Il segmento di popolazione anziana, oggi come nel futuro, manterrà una consistenza considerevole che supererà, già dal prossimo decennio, il milione di residenti seppure il suo peso sulla popolazione complessiva rimarrà abbastanza stabile, oscillando tra il 22,3% e il 22,8% nel 2020 e tra il 23,9% e il 25% nel 2030.

Nell'arco dei venti anni di proiezione, l'incremento della popolazione anziana sarà concentrato sugli ultra-ottantenni, seppure nei due decenni prossimi le popolazioni nelle fasce di età 65-79 anni e 80 anni e oltre avranno andamenti diversificati. Nel primo decennio, 2010-2020, saranno soprattutto gli ultra-ottantenni a crescere mentre nel secondo decennio, a fronte di un rallentamento nell'incremento di questo segmento, ci sarà un notevole aumento della popolazione tra i 65 e i 79 anni, fascia nella quale tra il 2020 e il 2030 andranno a transitare le numerose generazioni nate durante il baby boom, che in Emilia-Romagna è da riferire particolarmente agli anni 1954-1964, anno in cui si è raggiunto il massimo delle nascite con circa 58mila nati a fronte dei circa 40mila attuali.

Popolazione residente con 65 anni o più per grandi classi di età e scenario - Anni 2010, 2020, 2030 - Emilia-Romagna

| | 2010 | 2020 | | | 2030 | | |
|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | Ipotesi bassa | Ipotesi centrale | Ipotesi alta | Ipotesi bassa | Ipotesi centrale | Ipotesi alta |
| 65-79 | 679.569 | 690.508 | 697.261 | 703.826 | 791.921 | 814.855 | 836.568 |
| 80+ | 306.123 | 356.208 | 362.848 | 369.725 | 369.760 | 394.417 | 421.039 |
| <i>Tot. 65 +</i> | <i>985.692</i> | <i>1.046.716</i> | <i>1.060.109</i> | <i>1.073.551</i> | <i>1.161.681</i> | <i>1.209.272</i> | <i>1.257.607</i> |

La soglia dell'anzianità, convenzionalmente fissata a 65 anni, potrebbe in realtà essere messa in discussione in Paesi, come il nostro, in cui si vive ben oltre questa età e soprattutto dove anche la comparsa di malattie croniche e invalidanti avviene tendenzialmente a età più avanzate: il fenomeno della disabilità è maggiormente diffuso tra le persone molto anziane (in particolare con più di 85 anni) dove il normale processo di invecchiamento si somma agli effetti delle patologie cronico-invalidanti.

⁸ Stima ISTAT.

⁹ Le ipotesi relative alla mortalità sono naturalmente più complesse poiché, ad esempio, l'aumento non è proporzionale per tutte le classi di età.

La stima della speranza di vita in buona salute alla nascita, ottenuta combinando i dati di mortalità con le frequenze di soggetti in buona salute,¹⁰ per l'Emilia-Romagna nel 2010 indica un valore pari a 60,8 anni per i maschi e 58,3 per le femmine, con una differenza sensibile rispetto al complesso della speranza di vita. Ciò vale in particolare per le donne, per le quali un vantaggio di speranza di vita alla nascita si trasforma in uno svantaggio, implicando un maggior numero di anni medi vissuti in condizioni di salute non buona.

In sintesi, le trasformazioni attese per la struttura demografica dell'Emilia-Romagna seguono le linee di sviluppo evidenziate per tutti i sistemi demograficamente maturi: un aumento della quota di popolazione anziana e soprattutto dei grandi anziani, un invecchiamento e tendenziale diminuzione della popolazione in età lavorativa e, con più incertezza dato il più forte legame con l'andamento delle migrazioni, un aumento nell'immediato futuro della popolazione in età scolare.

Negli anziani, la distribuzione delle condizioni di non buona salute e di disabilità evolvono a loro volta e richiamano a una adeguata attenzione nel distinguere l'evoluzione per fasce di età e per grado di vulnerabilità, altrettanto rilevanti quanto le dinamiche demografiche, seppur non oggetto specifico di questa presentazione.

¹⁰ http://www.istat.it/it/files/2013/03/1_Salute.pdf (ultimo accesso maggio 2013)
Fonte: ISTAT, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.

1. Approccio innovativo per l'implementazione dell'aderenza terapeutica e la gestione di farmaci e biorisorse

Autore/referente Luca Sangiorgi

Dettagli di contatto luca.sangiorgi@ior.it

**Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione** IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Introduzione e obiettivi L'outsourcing e/o la centralizzazione territoriale dei test diagnostici stanno diventando una tendenza consolidata nel governo della sanità. Un processo di frammentazione non coordinata tra i soggetti interessati può introdurre elementi di incertezza nel processo decisionale clinico e determinare ritardi nelle azioni terapeutiche, con conseguente riduzione della qualità e aumento dei costi per la sanità. Il progetto consentirà di armonizzare i vari stakeholder per creare un processo lineare e raccogliere informazioni utili per valutare il livello del servizio offerto, ridurre i costi di assistenza sanitaria e migliorare accessibilità e qualità delle cure dei gruppi target in determinate regioni.

Tipo di innovazione introdotta (intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

- Creazione di piattaforme IT in ambiente Cloud per promuovere lo scambio di informazioni in tempo reale tra pazienti, ospedali e farmacie
- Innovativo packaging tecnologico studiato per pazienti anziani, usato sia nelle strutture sanitarie che a domicilio
- Banche dati e metodi innovativi per la stratificazione della popolazione al fine di sviluppare protocolli terapeutici personalizzati e per migliorare l'aderenza al trattamento
- Creazione di una piattaforma logistica integrata per i campioni biologici (CB) e prodotti farmaceutici (PF) di consegna e stoccaggio e monitoraggio della qualità del prodotto
- Valutazione di Customer satisfaction sul nuovo processo

**Scalabilità-
replicabilità
Trasferibilità** Identificare i fattori di rischio che influenzano lo stato di salute porta a un miglioramento dello stile di vita in gruppi di pazienti aggregati in base alle condizioni cliniche. Determinare i tassi di aderenza a terapie usate per malattie croniche in pazienti anziani, attraverso l'uso di database e l'esecuzione di studi osservazionali su database di prescrizione di farmaci, portano alla valutazione dell'aderenza del protocollo terapeutico e quindi contribuiscono alla sostenibilità dei servizi. Strumenti informatici in combinazione con logistica/automazione e attrezzature tecnologiche aumentano la competitività.

Risultati attesi (in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria) Ridurre la prescrizione inappropriata e il numero di pazienti impropriamente polimedicati. Tracciare il ciclo di vita completo di terapia farmacologica e dei risultati di esami clinici e aderenza alla prescrizione. Adottare tutti i criteri di sicurezza per la gestione del protocollo terapeutico e del dato clinico. Attuazione di adeguati programmi di supporto, strumenti e materiali didattici per affrontare l'aderenza nei diversi gruppi target.

2. Dalla valutazione del fenomeno "caduta" in ambito ospedaliero all'empowerment dei cittadini e dei professionisti

| | |
|--|---|
| Autore/referente | Antonella Dovani , Giovanna Campaniello, Luca Sircana, Francesca Montali, Anna Nardelli |
| Dettagli di contatto | adovani@ao.pr.it; gcampaniello@ao.pr.it; lsircana@ao.pr.it; fmontali@ao.pr.it; anardelli@ao.pr.it |
| Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione | Azienda ospedaliero-universitaria di Parma |
| Introduzione e obiettivi | La prevenzione delle cadute rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale è alta l'attenzione sia a livello nazionale che a livello della Regione Emilia-Romagna. L'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma ha definito la prevenzione delle cadute un obiettivo prioritario di governo clinico e gestione del rischio. L'empowerment del cittadino, del caregiver e del professionista è un elemento cardine per l'efficacia della prevenzione del fenomeno cadute. Lo scopo del presente lavoro è quello di sviluppare strategie di coinvolgimento/informazione/educazione di tutti gli attori che concorrono ai processi clinico-assistenziali. |
| Tipo di innovazione introdotta (intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa) | L'innovazione nel sistema di gestione del fenomeno "caduta" è stata realizzata attraverso: <ul style="list-style-type: none">▪ individuazione di un Gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale;▪ implementazione di un sistema informativo e di segnalazione specifico per il fenomeno "cadute" in Azienda per il monitoraggio del fenomeno;▪ individuazione del profilo di rischio aziendale e dipartimentale sulla base delle segnalazioni pervenute;▪ redazione e diffusione ai professionisti di tutte le Unità operative di uno strumento di comunicazione agile e specifico▪ predisposizione di un poster e di una brochure informativa per la diffusione delle raccomandazioni ai pazienti e caregiver;▪ diffusione di tutto il materiale prodotto e delle Raccomandazioni nazionali sul sito aziendale. |
| Scalabilità- replicabilità Trasferibilità | Trasferibilità interna all'Azienda: fra aree di degenza di diverse discipline; fra reparti di degenza e altri servizi. Trasferibilità esterna all'Azienda: fra ospedale e territorio; dall'ospedale al domicilio. L'iniziativa è stata recepita dai professionisti positivamente. La sensibilizzazione al fenomeno cadute ha coinvolto anche i professionisti che lavorano nei servizi e ha reso possibile interventi per il contenimento del fenomeno cadute. L'esperienza è stata presentata a livello di Area vasta e ha contribuito alla definizione della Buona pratica AGENAS della Regione Emilia-Romagna anno 2012. |
| Risultati attesi (in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria) | L'empowerment dei cittadini-caregiver e professionisti potrà contribuire a ridurre in modo significativo le cadute con danno e i costi legati agli accertamenti diagnostici e alle visite specialistiche effettuati a seguito degli eventi (una prima stima suggerisce che il valore economico del fenomeno caduta in Azienda può essere pari a 50-60.000 euro annui). |

3. Importanza dei sensori di movimento nell'identificazione di pazienti anziani a rischio di caduta

Autore/referente Chiara Mussi¹, Andrea Cattabriga², Carlo Tacconi², Sabato Mellone³, Francesca Veltri¹, Alice Ferri¹, Sonia Bertoli¹, Lorenzo Chiari^{2,3}

Dettagli di contatto chiara.mussi@unimore.it

**Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione** ¹Dipartimento di Scienze biomediche, endocrinologiche e neuroscienze, Cattedra di Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia
²CIRI Scienze della Vita e Tecnologie per la Salute, Università di Bologna
³Dipartimento di Ingegneria dell'Energia elettrica e dell'informazione, Università di Bologna

Introduzione e obiettivi Le cadute rappresentano una delle più importanti sindromi geriatriche a causa del loro impatto devastante sull'autosufficienza e sulla qualità della vita dei soggetti ultrasettantenni e delle loro famiglie. Identificare le cause di caduta è fondamentale per prevenire tale evento. Insieme a fattori di rischio noti, esiste oggi la possibilità di affinare e ampliare la ricerca di elementi utili allo scopo utilizzando sensori di movimento indossabili in grado di misurare in modo oggettivo numerosi parametri relativi al profilo motorio del soggetto.

Scopo dello studio è di identificare elementi quantificabili rilevati da tale sensore che possano essere di utilità clinica nel definire pazienti anziani a rischio di caduta e identificare target terapeutici

Tipo di innovazione introdotta Innovazione tecnologica in campo clinico con obiettivi di prevenzione primaria e secondaria.

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

**Scalabilità-
replicabilità
Trasferibilità** I test utilizzati sono ampiamente validati in letteratura. L'uso del sensore di movimento è una metodica non invasiva, facilmente replicabile in setting assistenziali diversi e facilmente trasferibile.

Risultati attesi (in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria) Si riportano i dati dello studio pilota su 90 pazienti afferenti all'ambulatorio di cardiogeriatrica della Cattedra di geriatria del Nuovo Ospedale S Agostino-Estense a Baggiovara. I soggetti sono stati sottoposti a visita completa. Inoltre, sono stati eseguiti i principali test di valutazione di andatura, equilibrio e forza degli arti inferiori. Durante tali test il paziente indossava un sensore di movimento. I 90 soggetti sono stati suddivisi in due gruppi in base al rischio di caduta. A parità di risultato clinico misurato durante il TUG (timed up and go test), i soggetti a maggior rischio di caduta ottenevano punteggi peggiori in numerosi parametri strumentali ottenuti dal sensore di movimento. Pertanto, siamo convinti che l'uso di tali sensori sia in grado di fornire nuovi elementi determinanti per la prevenzione delle cadute e della disabilità che ne consegue.

4. Determinazione del rischio di caduta in ambiente ospedaliero

| | |
|--|---|
| Autore/referente | Isabella Campanini¹ , Andrea Merlo ¹ , Adele Bassoli ¹ , Gabriele Bosi ¹ , Stefano Mastrangelo ² , Monica Cervi ² , Annalisa Bargellini ³ |
| Dettagli di contatto | isabella.campanini@ausl.re.it |
| Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione | ¹ AUSL di Reggio Emilia, Dipartimento Riabilitazione LAM Laboratorio Analisi Movimento ² AUSL di Reggio Emilia, Direzione Infermieristica ³ Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento Medicina diagnostica, clinica e di sanità pubblica |
| Introduzione e obiettivi | <p>Nella nostra AUSL è attivo il monitoraggio delle cadute dei pazienti ricoverati. Un'analisi retrospettiva sul periodo 2003-2011 ha evidenziato un progressivo incremento dell'incidenza di cadute, da 0,67 a 1,53 per 1.000 giorni paziente tra il 2003 e il 2011. All'attività di monitoraggio si associa lo sviluppo di sistemi di identificazione dei soggetti a rischio.</p> <p>È stata sviluppata una scheda per la valutazione del rischio, contenuta in un'unica pagina, basata su un'approfondita analisi della letteratura, che distingue i pazienti ad alto rischio (rossi), a basso rischio (verdi) e incerti (gialli). Per i soli pazienti "gialli" si esegue una valutazione strumentale aggiuntiva dell'equilibrio (30 minuti) per migliorare la classificazione.</p> <p>La scheda è stata somministrata a tutti i pazienti ricoverati presso i reparti di riabilitazione ortopedica, polmonare, neurologica e neurologica intensiva dell'Ospedale di Correggio, in un periodo di 6 mesi (n = 190). L'applicabilità è risultata elevatissima (con eccezione dei soggetti in coma o simile), il tempo di somministrazione medio inferiore a 5 minuti, la sensibilità pari al 70% e la specificità pari all'87%.</p> |
| Tipo di innovazione introdotta (intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa) | <p>Abbiamo sviluppato e testato una scheda per la stratificazione del rischio di caduta da utilizzare in ambiente ospedaliero, somministrabile in media in 5 minuti e con capacità predittiva risultata superiore a quella dei metodi pubblicati, e non limitata ad ambiti geriatrici.</p> <p>L'elevata specificità raggiunta (87%), quasi doppia rispetto a quella delle scale pubblicate, è stata ottenuta grazie all'analisi congiunta dei fattori di rischio clinici, infermieristici e funzionali. Tale specificità consente di focalizzare la somministrazione di eventuali interventi preventivi, che possono essere indirizzati dagli item positivi della scala.</p> |
| Scalabilità- replicabilità Trasferibilità | <p>A seguito di validazione su popolazione più ampia, la scala potrà essere utilizzata in reparti simili a quelli indagati. È già in corso la raccolta dati su pazienti riabilitativi ambulatoriali.</p> |
| Risultati attesi (in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria) | <p>Ad ogni soggetto ricoverato potrà essere:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ associato un livello di rischio (verde, giallo, rosso),▪ indicato il/i fattore/i di rischio principale/i,▪ messa in atto un'azione preventiva quando necessario,▪ eventualmente messa in atto una procedura di segnalazione (es. braccialetto rosso). |

5. Programma multifattoriale di prevenzione delle cadute accidentali in ospedale presso l'IRCCS Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna

| | |
|--|---|
| Autore/referente | Patrizio Di Denia , Elizavetha Kon, Elisa Porcu, Annella Mingazzini, Daniela Di Nicolantonio |
| Dettagli di contatto | patrizio.didenia@ior.it |
| Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione | IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna |
| Introduzione e obiettivi | L'ospedalizzazione aumenta il rischio di caduta. Gli esiti correlati all'evento caduta rappresentano per le strutture ospedaliere una causa di maggiorazione dei costi. Molti studi dimostrano che i programmi multifattoriali riducono l'incidenza e gli esiti delle cadute in ospedale. Obiettivo principale del programma aziendale è stato quello di ridurre l'incidenza delle cadute accidentali in ospedale, dei danni conseguenti e delle richieste di risarcimento mediante l'applicazione di interventi assistenziali di prevenzione dei fattori di rischio. |
| Tipo di innovazione introdotta (intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa) | La realizzazione del programma ha previsto: <ul style="list-style-type: none">▪ formazione degli operatori sanitari;▪ classificazione del rischio di caduta dei pazienti ricoverati mediante Scala Morse;▪ implementazione di interventi assistenziali atti a ridurre i fattori di rischio di caduta accidentale;▪ implementazione di attività informative ed educative rivolte a pazienti e familiari. L'attività di valutazione del programma ha previsto: <ul style="list-style-type: none">▪ monitoraggio dell'incidenza delle cadute, dei danni e dei sinistri;▪ verifica della corretta applicazione della Scala Morse e degli interventi assistenziali;▪ indagine conoscitiva rivolta ai genitori dei pazienti ricoverati in età pediatrica, per valutare la qualità dell'informazione fornita dal personale sanitario;▪ analisi economica dei costi di progettazione e realizzazione del programma aziendale. Dopo una prima fase di sperimentazione in 3 reparti iniziata nel 2010, il programma è stato esteso a tutto l'ospedale dal 2011. |
| Scalabilità- replicabilità Trasferibilità | Si ritiene che le attività di implementazione e valutazione del programma sono trasferibili ad altri ospedali, tenuto conto dei diversi contesti organizzativi. |
| Risultati attesi (in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria) | Si è ottenuto una riduzione dei danni per i pazienti dal 2009 al 2011 (-100% delle lesioni medie e -75% di quelle gravi) e delle richieste di risarcimento (-67%), una buona aderenza del personale sanitario (applicazione corretta della Scala Morse nel 78% dei casi e degli interventi assistenziali nell'89%) e un'elevata qualità delle attività informative fornite dal personale sanitario ai genitori dei pazienti pediatrici (completezza e chiarezza considerate adeguate dal 100% dei soggetti intervistati). Il programma è stato attuato con un costo per paziente ricoverato di € 3,71. |

6. Implementazione di semplici ed efficienti test di performance fisica per lo screening dei soggetti fragili a rischio di declino fisico in diversi setting assistenziali

| | |
|--|--|
| Autore/referente | Stefano Volpato ¹ , Marcello Maggio ² , Donatella Zavaroni ³ , Maria Lia Lunardelli ⁴ , Gian Paolo Ceda ² , Giovanni Zuliani ¹ , Laura Calza ⁵ |
| Dettagli di contatto | stefano.volpato@unife.it; laura.calza@unibo.it |
| Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione | ¹ UOC Medicina interna universitaria, Azienda ospedaliero-universitaria Ferrara ² UOC Clinica geriatrica, Azienda ospedaliero-universitaria Parma ³ UO dipartimentale di diabetologia, Azienda USL Piacenza ⁴ UO Geriatria, Azienda ospedaliero-universitaria Bologna ⁵ HST - ICIR, Università di Bologna |
| Introduzione e obiettivi | <p>Studi epidemiologici hanno dimostrato la possibilità di individuare, tramite l'utilizzo di prove di valutazione funzionale fisica, i soggetti non ancora disabili ma ad alto rischio di declino funzionale e perdita dell'autonomia funzionale. La velocità del cammino su 4 metri, il test dell'equilibrio statico e il test di alzata ripetuta da una sedia (Short Physical Performance Battery, SPPB) sono gli strumenti più studiati. Obiettivi di questo progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ diffondere l'utilizzo di questi semplici strumenti di valutazione funzionale nella pratica clinica quotidiana delle diverse realtà assistenziali sulle quali è articolato il servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna;▪ sperimentare metodiche di valutazione più oggettive della velocità del cammino come l'accelerometro;▪ creare il rationale per interventi atti a prevenire l'ospedalizzazione e l'insorgenza della disabilità nel soggetto anziano. |
| Tipo di innovazione introdotta | <p>Le innovazioni coinvolgono due diversi ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ di processo e organizzativo: con verifica della applicabilità e trasferibilità nella pratica clinica quotidiana di test oggettivi di performance fisica;▪ tecnologico: con misurazione oggettive della velocità del cammino a 4 e 10 metri attraverso accelerometri (actigrafia). |
| Scalabilità-replicabilità Trasferibilità | <p>La fattibilità del progetto si basa su due esperienze regionali condotte su due diversi setting. La prima si è basata su campione di soggetti anziani ospedalizzati, ricoverati presso l'AOU di Ferrara (Volpato JGMS 2011) che ha dimostrato l'utilità di SPPB nel misurare il rischio di declino funzionale nei 12 mesi dopo la dimissione dall'ospedale. La seconda, si basa su uno studio tuttora in corso di 141 anziani residenti a Medesano (Parma) (setting territoriale) (58 uomini e 83 donne), di età media $78,5 \pm 5,5$ anni (range 65-91), che hanno eseguito i "Six Minute Walking Test", il test di velocità del cammino su 4 e 10 metri con e senza accelerometro e l'SPPB unitamente alla valutazione della composizione corporea.</p> |
| Risultati attesi | <p>L'individuazione routinaria e precoce di soggetti anziani a elevato rischio di perdita dell'autonomia funzionale con più precisa stratificazione del profilo di rischio finalizzata ad un più efficiente utilizzo degli interventi preventivi e terapeutici (esercizio fisico, riabilitazione, supplementazione nutrizionale).</p> |

7. Verso l'individuazione precoce della fragilità cognitiva sul territorio: strumenti e risorse presenti e future

| | |
|---|---|
| Autore/referente | Enrico Ghidoni ¹ , Norina Marcello ¹ , Caterina Barletta Rodolfi ¹ , Federico Gasparini ¹ , Daniela Beltrami ¹ , Maria Lia Lunardelli ² , Alessandro Pirani ³ , Fabio Tamburini ⁴ , Rema Rossini ⁴ , Laura Calzà ⁵ |
| Dettagli di contatto | laura.calza@unibo.it; ghidoni.enrico@asmn.re.it |
| Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione | ¹ UOC Neurologia, ASMN-IRCCS Reggio Emilia ² UO Geriatria, Azienda ospedaliero-universitaria Bologna ³ Gruppo ricerca Geriatrico interdisciplinare operativo, Cento (FE) ⁴ Dipartimento di Filologia classica e italianistica, Università di Bologna ⁵ HST - ICIR, Università di Bologna |
| Introduzione e obiettivi | <p>Il quadro epidemiologico globale evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione con conseguente aumento dei soggetti fragili. Uno degli effetti diretti della maggior aspettativa di vita è l'aumento della probabilità di sviluppare una malattia neuro-degenerativa il cui sintomo più rilevante è il decadimento cognitivo. Per individuare precocemente e su vasta scala gli indici di fragilità cognitiva, è necessario che gli strumenti a disposizione siano economici e di facile utilizzo. Gli obiettivi di questo progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ implementare come strumenti di screening test neuropsicologici già utilizzati nella pratica clinica;▪ validare test di analisi automatica (corpora linguistici) del parlato spontaneo raccolti in contesto ecologico, validazione dell'analisi dei corpora linguistici per linguaggi patologici. |
| Tipo di innovazione introdotta <small>(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)</small> | <p>Validazione a scopo di screening dei seguenti test, già standardizzati ed ampiamente usati sul territorio come strumenti di valutazione del danno cognitivo: Clock Drawing Test (CDT), MMSE, MoCa, 303P, GPCog. In particolare, per il CDT, si intende sviluppare un'applicazione per Tablet in grado di analizzare l'immagine creata e rilevarne possibili segni iniziali di deterioramento.</p> <p>Inoltre, si intende inserire il GPCog come primo strumento di screening all'interno di Millewin, il software più ampiamente usato dai MMG italiani, che già dispone di alcuni test di valutazione cognitiva e funzionale (MMSE, SPMSQ, ADL, IADL).</p> <p>Infine si intende realizzare un nuovo strumento di screening, basato sull'analisi del discorso: si intende confrontare le produzioni linguistiche di un gruppo di soggetti patologici (MCI, AD iniziale, AD conclamato) e uno di controllo, registrate e sottoposte a un'analisi di linguistica computazionale.</p> |
| Scalabilità- replicabilità Trasferibilità | Nel caso di effettiva predittività dei diversi strumenti, questi potranno essere usati come strumenti di fast-screening cognitivo (ad esempio ad uso del MMG), di facile uso e basso costo, utilizzando tecnologie informatiche per la somministrazione e la rapida interpretazione dei dati su tablet. |
| Risultati attesi <small>(in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria)</small> | Identificazione di nuove tecniche di screening che permettano di individuare precocemente soggetti a rischio di fragilità cognitiva, tramite l'implementazione di strumenti già disponibili in forma standardizzata, e la creazione di nuovi strumenti di analisi delle funzioni cognitive, quali parametri linguistici non rilevabili dai test neuropsicologici tradizionali. |

8. Database sociosanitari per la valutazione preliminare della fragilità sul territorio dell'Emilia-Romagna

| | |
|--|---|
| Autore/referente | Tiziana Taggiasco ¹ , Maria Grazia Bonesi ² , Andrea Fabbo ³ , Pasquale Falasca ⁴ , Laura Calza ⁵ |
| Dettagli di contatto | t.taggiasco@ausl.pc.it; laura.calza@unibo.it |
| Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione | ¹ UOC Gestione territoriale non autosufficienza, Azienda USL Piacenza ² Medico medicina generale Dipartimento Cure primarie, Azienda USL Modena ³ Progetto aziendale Demenze, Dipartimento Cure primarie Azienda USL Modena ⁴ Servizio Valutazione strategica e sistema informativo, Azienda USL Ravenna ⁵ HST - ICIR, Università di Bologna |
| Introduzione e obiettivi | <p>Il concetto di fragilità e il bisogno di una sua precoce rilevazione costituiscono da decenni oggetto di crescente interesse. Due sono i paradigmi che definiscono prevalentemente la fragilità:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ il paradigma biomedico, che definisce la fragilità come "una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli "stressors" risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse";▪ il paradigma bio-psico-sociale, che definisce la fragilità come "uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute". <p>Obiettivo di questo progetto è quello di identificare e raccogliere i dati preliminari di fragilità della popolazione della Regione Emilia-Romagna, attraverso la consultazione e la raccolta di dati presenti in database sociali o sanitari già esistenti. Dall'analisi di situazioni socialmente critiche, dalla rilevazione dei determinanti di salute e/o condizioni lavorative favorevoli all'insorgenza di malattia, attraverso strumenti validati, si intende realizzare un Registro di fragilità sistematicamente aggiornato e integrato nel DataWareHouse aziendale con la capacità di calcolare un rischio di fragilità individuale sempre aggiornabile.</p> |
| Tipo di innovazione introdotta | Raccolta e analisi dei dati presenti nei database sociali e sanitari già esistenti. Interventi di analisi e presa in carico della popolazione afferente ad aree critiche sia in ambito sociale che sanitario. Ricerca e sperimentazione di strumenti validati che consentano la rilevazione di condizioni di fragilità su ampie fasce di popolazione attualmente non nota ai servizi sociali e sanitari. |
| Scalabilità- replicabilità Trasferibilità | Utilizzo su ampie fasce di popolazione degli strumenti di rilevazione di fragilità sperimentati. Applicazione dei modelli sperimentati di valutazione e presa in carico con strumenti a bassa soglia assistenziale della popolazione fragile. |
| Risultati attesi | Costruzione di database regionale, contenente dati e condizioni di fragilità presenti sul territorio, da utilizzare per la pianificazione e programmazione di interventi di supporto sociali e sanitari. |

9. Progetto Eubiosia

Autore/referente Paolo Padoan

Dettagli di contatto paolo.padoan@ant.it

**Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione** Fondazione ANT Italia ONLUS

Introduzione e obiettivi Finalità del Progetto Eubiosia è la creazione di un percorso di continuità assistenziale gratuito presso il domicilio del paziente oncologico, in coordinamento e sinergia con l'Ente di salute pubblica competente.

Tipo di innovazione introdotta I servizi domiciliari offerti da ANT sono erogati attraverso una forte componente medica, superiore a quella infermieristica, con un importante contributo degli psicologi a sostegno del paziente e della sua famiglia. Oltre al servizio di tipo sanitario, ANT offre al paziente e al suo nucleo familiare una serie di supporti di carattere sociale, sviluppati da volontari, per ridurre la sofferenza, il disagio e il senso di isolamento. Il contenuto anche valoriale apportato da ANT contribuisce al processo di umanizzazione della salute pubblica. È stato inoltre realizzato un interfacciamento di due diverse piattaforme informatiche (quella pubblica e quella ANT) a tutto beneficio di un database sanitario più ampio.

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

**Scalabilità-
replicabilità
Trasferibilità** Il modello sviluppatosi nella Regione Emilia-Romagna è stato replicato in altre otto Regioni italiane (sono stati oltre 9.500 i pazienti assistiti da ANT in Italia nel 2012), replicando gli standard qualitativi alle varie équipe sanitarie ANT territoriali.

L'esperienza di ANT e il suo know how consentirà il trasferimento di questa buona pratica anche in un contesto europeo.

Risultati attesi Il legame tra ONP (organizzazioni no profit) e Istituzioni pubbliche per la "salute" come bene comune. Significativa riduzione dei ricoveri impropri. Il modello ANT (in particolare grazie al numero di visite effettuate dai medici) indica il proprio domicilio come luogo elettivo per il decesso (79%). Significativa riduzione del costo assistenziale a beneficio della collettività (il costo medio per paziente ANT è inferiore ai 20 Euro a giorno).

(in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria)

10. Prevenzione delle complicanze del diabete

Autore/referente Dario Pelizzola

Dettagli di contatto pld@unife.it

**Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione** Azienda USL di Ferrara

Introduzione e obiettivi

Il diabete mellito tipo 2 (DMT2) ha assunto le dimensioni di pandemia con un incremento del tasso di incidenza che sembra non sia influenzato dalle azioni di prevenzione primaria. L'evoluzione della malattia verso lo sviluppo delle temibili complicanze macro e microangiopatiche non sembra sostanzialmente modificarsi nonostante la crescente disponibilità di farmaci innovativi. Il DMT2 è una malattia multifattoriale in cui i fattori ambientali e quelli associati allo stile di vita sono direttamente legati all'aumento dell'incidenza della patologia e delle sue complicanze. Numerosi studi clinici hanno documentato che la persistente modifica degli stili di vita consente, assieme ai farmaci, di prevenire o ritardare le complicanze.

L'educazione all'autogestione del diabete applicata con sistematicità da personale sanitario adeguatamente formato consente di promuovere consapevolezza e autonomia nella gestione della malattia, condizione indispensabile per il mantenimento degli indici di compenso metabolico.

Obiettivi:

- sviluppo di attività sistematica di educazione terapeutica nel diabete mellito tipo 2 con percorso di autovalutazione e supporto psicologico al paziente.

Tipo di innovazione introdotta Utilizzo dello strumento delle mappe di conversazione per lo svolgimento del programma di educazione terapeutica di gruppo strutturata.

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Scalabilità- replicabilità Trasferibilità

Le modalità di svolgimento dell'educazione terapeutica sono molteplici e spesso poco valutabili sia in termini di standardizzazione, sia di efficacia. L'utilizzo di una modalità omogenea e lo sviluppo di tecniche di conduzione/facilitazione del gruppo, possono consentire di tendere all'uniformità dello strumento educativo e quindi di trasferire modelli replicabili di educazione terapeutica.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria)

- Definizione dei principi di applicazione dello strumento delle mappe cognitive
- Valutazione del percorso educativo del gruppo (Operatore sanitario e persona con diabete)
- Analisi di alcuni indicatori di compenso di malattia durante e dopo il percorso educativo

11. Azioni di networking per il Distretto biomedicale di Mirandola

| | |
|---|---|
| Autore/referente | Laura Aldrovandi |
| Dettagli di contatto | biomed.eu@democentersipe.it |
| Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione | Fondazione Democenter-Sipe (Centro per l'innovazione e il trasferimento tecnologico dell'Università di Modena e Reggio Emilia) |
| Introduzione e obiettivi | <p>L'Emilia-Romagna si caratterizza per la presenza di distretti, organizzazioni produttive sulle quali la Regione ha fatto leva con il bando "Dai distretti produttivi ai distretti tecnologici" per promuovere un'evoluzione innovativa dell'intero tessuto economico. Le imprese associate hanno presentato un progetto per la realizzazione di prodotti/processi innovativi per la costituzione di un laboratorio stabile a servizio di tutto il distretto. Il bando ha coinvolto 35 imprese (afferenti a diversi settori) mettendo in moto investimenti per 16,7 milioni di euro. La Fondazione Democenter-Sipe ha supportato l'iniziativa attraverso 2 progetti di ricerca relativi al settore biomedicale:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ICL (Integrated Compounding Lab): B.Braun Avitum Italy e Lean intendono realizzare una piattaforma tecnologica integrata e multidisciplinare, per la produzione automatizzata negli ospedali;▪ FARE (Filtration and Adsorption Emilia-Romagna): Bellco e Medica intendono realizzare una piattaforma tecnologica interdisciplinare per la purificazione extracorporea del sangue in patologie invalidanti. <p>Democenter ha supportato le attività di disseminazione organizzando il <i>Distretti Day</i>, cui hanno partecipato 180 persone, 70 imprese, 15 enti, 6 associazioni di categoria. Grazie ai risultati ottenuti durante la 1a edizione, la Regione ha lanciato nel 2012 "Dai Distretti Produttivi ai distretti tecnologici - 2" con l'obiettivo di promuovere l'evoluzione dei distretti, attraverso metodologie come l'open innovation e il design management.</p> |
| Tipo di innovazione introdotta | Le iniziative rappresentano un modo per agevolare la creazione di partnership, networks e momenti di collaborazione fra imprese per favorire la realizzazione di progetti di ricerca e/o innovazione. |
| Scalabilità- replicabilità Trasferibilità | Queste iniziative sono trasferibili ad altre Regioni e/o distretti, all'interno dei quali le imprese possono creare networks per raggiungere nuovi mercati. I centri di trasferimento tecnologico sono di supporto per abbattere la diffidenza che si crea fra imprese operanti nello stesso settore e portare così a termine progetti congiunti. |
| Risultati attesi (in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria) | Le 2 iniziative permetteranno di creare 8 raggruppamenti di imprese del settore biomedicale per l'implementazione di progetti di R&D. Tali iniziative avvalorano il ruolo dei centri di trasferimento tecnologico come facilitatori per la creazione di collaborazioni continuative capaci di impattare positivamente il tessuto produttivo e la ricerca. La Fondazione ha il ruolo di favorire la nascita di progetti di ricerca condivisi fra differenti realtà anche attraverso la possibilità di catalizzare contributi pubblici. |

12. Rete regionale di servizi per l'adattamento domestico: valutazione dei costi sociali legati agli interventi per la domiciliarità

Autore/referente Claudio Bitelli

Dettagli di contatto cbitelli@ausilioteca.org

**Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione** Centro Regionale Ausili della Regione Emilia-Romagna

Introduzione e obiettivi La Regione Emilia-Romagna ha istituito una rete di servizi innovativi con l'obiettivo di favorire la domiciliarità delle persone con disabilità e delle persone anziane, in condizioni di massima autonomia e sicurezza, mantenendo una buona qualità della vita. Punto di forza dell'esperienza: verifica sistematica dell'impatto sui costi sociali.

Tipo di innovazione introdotta La Regione Emilia-Romagna ha creato una rete innovativa di servizi territoriali in tutte le province, ad accesso diretto da parte dei cittadini anziani e disabili e dei Servizi socio-sanitari. I Centri per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) attraverso team multidisciplinari forniscono informazione e aggiornamento professionale, consulenza e valutazione ambientale per: il superamento delle barriere architettoniche, gli adattamenti impiantistici e la domotica, il mobilio e gli accessori per la vita al domicilio. Sono una risorsa gratuita a disposizione dei cittadini che intendono adattare il loro appartamento, e supportano le istituzioni locali per un utilizzo efficace delle risorse economiche pubbliche.

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Sulla base di un'esperienza pilota svolta dal Centro Regionale Ausili, i CAAD hanno avviato uno studio sui costi socio-assistenziali a carico delle persone anziane e con disabilità, delle loro famiglie e degli Enti Pubblici. Con lo strumento SCAI (Siva Cost Analysis Instrument) vengono messi a confronto i costi sociali "senza" e "con" intervento di adattamento domestico.

**Scalabilità-
replicabilità
Trasferibilità** L'esperienza ha già registrato un salto di scala: da sperimentazione del Centro Regionale Ausili a strumento di verifica di qualità per la rete regionale dei CAAD. È certamente estendibile e trasferibile a tutte le realtà che propongono soluzioni per l'autonomia e la qualità della vita al domicilio delle persone anziane e con disabilità.

Risultati attesi I primi risultati dell'esperienza in atto indicano che l'adattamento domestico comporta un forte risparmio sia delle risorse messe in campo dalla famiglia che di quelle impegnate dagli Enti pubblici, oltre a migliorare la qualità della vita.

(in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria)

Verrà analizzato un campione unico in Europa per numerosità: si attende che i risultati rendano oggettivo il positivo risvolto economico degli investimenti sull'adattamento domestico, per rispondere tanto ai bisogni dei cittadini, quanto alle esigenze di contrazione e qualificazione della spesa pubblica.

13. Servizio e-Care Bologna

Autore/referente Caterina Lena

Dettagli di contatto caterina.lena@cup2000.it

**Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione** Azienda USL Bologna - CUP 2000 Spa

Introduzione e obiettivi Il servizio e-Care Bologna, attivato nel 2005 da CUP 2000 Spa per volontà del Comune, della Conferenza socio-sanitaria e dell'Azienda USL di Bologna, si è sviluppato negli anni come una rete di cittadini, associazioni, istituzioni, professionisti, in grado di offrire una rete relazionale e di supporto all'anziano fragile.

Il servizio punta a:

- favorire al massimo la permanenza dell'anziano al proprio domicilio e a prevenire l'insorgere di condizioni di non autosufficienza;
- migliorare la qualità di vita combattendo l'isolamento sociale;
- rendere più adeguata la fruizione dei servizi socio-sanitari;
- ridurre i ricoveri ospedalieri impropri.

Il target del servizio sono gli anziani fragili ultra 75enni, in situazioni di solitudine associata a fattori di fragilità.

Tipo di innovazione introdotta Il servizio effettua un monitoraggio costante delle fragilità, attraverso un sostegno telefonico periodico e la promozione di comportamenti tesi al miglioramento delle condizioni di salute e l'aderenza alle indicazioni terapeutiche. Il sistema di monitoraggio, messo a punto da una équipe multidisciplinare a cui hanno partecipato anche i servizi sociali dei 9 quartieri di Bologna, permette inoltre l'individuazione e la segnalazione tempestiva di situazioni critiche ai servizi socio-sanitari.

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

La stretta interazione con il volontariato, l'associazionismo e gli operatori istituzionali hanno determinato il successo di questo servizio, che è riuscito negli anni a integrare tutte le risorse che in un dato territorio offrono opportunità e servizi alla popolazione anziana.

**Scalabilità-replicabilità
Trasferibilità** Il servizio è un modello di presa in carico e cura per l'assistenza integrata e il monitoraggio dell'anziano fragile e può essere indirizzato verso diversi livelli di fragilità, in particolare verso anziani che hanno un rischio di fragilità più basso e su cui dovrebbero concentrarsi azioni di prevenzione e promozione di stili di vita sani.

L'estensione del servizio e il supporto a un più elevato numero di anziani è reso possibile ed economicamente sostenibile dal coinvolgimento delle reti territoriali e di volontariato. Il modello può essere facilmente trasferito e adattato ai diversi contesti sociali e territoriali.

Risultati attesi Gli anziani "fragili" seguiti in rete a Bologna sono circa il 4,5% della popolazione ultra75enne della città. Il servizio e-Care si è evoluto come un complesso sistema a rete che integra le risorse sociali e i professionisti del sistema socio-sanitario offrendo quindi agli anziani sicurezza, servizi e supporto relazionale, per prevenire al massimo il sopravvenire di condizioni di non autosufficienza.

(in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria)

14. SOCIABLE: motivating platform for elderly networking, mental reinforcement and social interaction

Autore/referente Chiara Zaccarelli, Giulio Cirillo

Dettagli di contatto chiara.zaccarelli@ausl.fo.it ; g.cirillo@ausl.fo.it

**Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione** Azienda USL di Forlì - Ospedale Morgagni-Pierantoni - UO di geriatria

Introduzione e obiettivi SOCIABLE è un progetto pilota cofinanziato nell'ambito del Programma CIP-ICT-PSP (Policy Support Programme) e si propone di sperimentare un approccio innovativo basato sull'utilizzo delle moderne tecnologie informatiche e telematiche (ICT) applicate alla stimolazione integrata delle abilità cognitive e della socializzazione in soggetti anziani.

Obiettivi:

- sperimentare e valutare un approccio radicalmente innovativo basato sulle nuove tecnologie ICT per il training cognitivo e la riattivazione sociale in soggetti anziani nella prime fasi della demenza;
- attivare e incrementare il numero e la qualità delle interazioni sociali nelle persone anziane;
- fornire uno strumento automatizzato per supportare il processo di valutazione/diagnosi e la gestione dei dati relativi ai pazienti anziani da parte del personale medico.

Tipo di innovazione introdotta Introduzione e sperimentazione di una innovativa piattaforma integrata, basata sulle nuove tecnologie ICT applicate al training cognitivo e di riattivazione sociale per soggetti anziani nella fase iniziale di declino cognitivo, al fine di prevenire e ritardare la progressione della demenza attraverso piacevoli attività di gioco sotto forma di esercizi cognitivi specificamente progettati per soggetti anziani.
(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

**Scalabilità-
replicabilità
Trasferibilità** Il nuovo approccio rappresentato da SOCIABLE è stato inserito tra i servizi forniti dal Centro esperto della memoria dell'ospedale, come innovativo servizio per i pazienti anziani affetti da demenza, in aggiunta ai servizi specifici esistenti e in sostituzione delle metodiche tradizionali, precedentemente utilizzate nell'ambito della riabilitazione/stimolazione cognitiva delle demenze. I servizi innovativi introdotti da SOCIABLE sono stati adottati non solo all'interno dell'Ospedale di Forlì, ma anche in collaborazione con il Servizio Anziani del Comune di Forlì.

Trasferibilità: il servizio è stato adottato e validato nei diversi Paesi coinvolti nel progetto, in cui è stato testato in diversi centri medici o sociali per anziani.

Risultati attesi SOCIABLE si è dimostrato efficace per i pazienti nelle fasi iniziali della demenza, con un effetto positivo sulle capacità cognitive di pazienti affetti da Mild Cognitive Impairment e da Alzheimer di grado lieve, così come è stata dimostrata la sua utilità per anziani sani, senza deficit cognitivi, come strumento di prevenzione del declino cognitivo. I servizi di SOCIABLE offrono ai professionisti sanitari uno strumento innovativo ed efficace da utilizzare nella loro attività quotidiana con i pazienti anziani con demenza.
(in termini di impatto su cittadini/Servizi per la salute/Industria)