



Evoluzione dei bisogni assistenziali in RSA: complessità clinica e fragilità

Guglielmo Bonaccorsi



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DSS
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE DELLA SALUTE



Francesco Maria Antonini,
ne «L'etica della responsabilità in Geriatria»
(*grazie al Dr Benvenuti*)

*Ad esempio, e solo per «slogan»: RSA,...: non «contenitori», ma **protesi di sostegno al benessere dei residenti, familiari, operatori.***

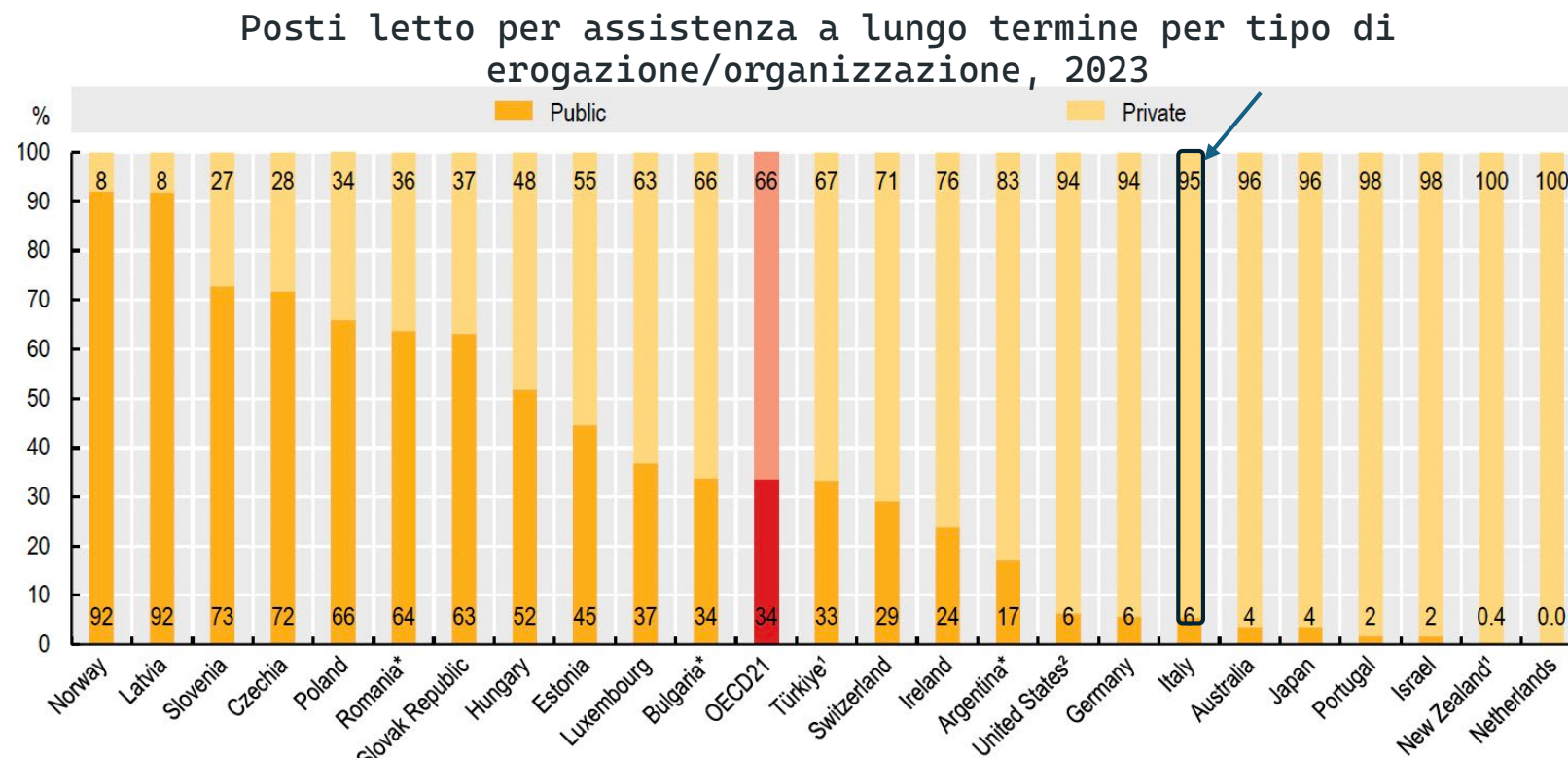
*Si tratta cioè di **praticare una terza via** fra «riabilitazione», frustrante per mancanza di risultati, e «assistenza», frustrante per mancanza di obiettivi, **vedendo nel benessere (del malato, della famiglia, degli operatori) l'obiettivo principale** da raggiungere e costruendo la RSA come una protesi complessa di sostegno di tale benessere, fatta di struttura, persone, attività.*

PROTESI DI SOSTEGNO AL BENESSERE: LA RSA E' MAI STATA (DIVENTATA) QUESTO?

Domanda da 100 milioni..

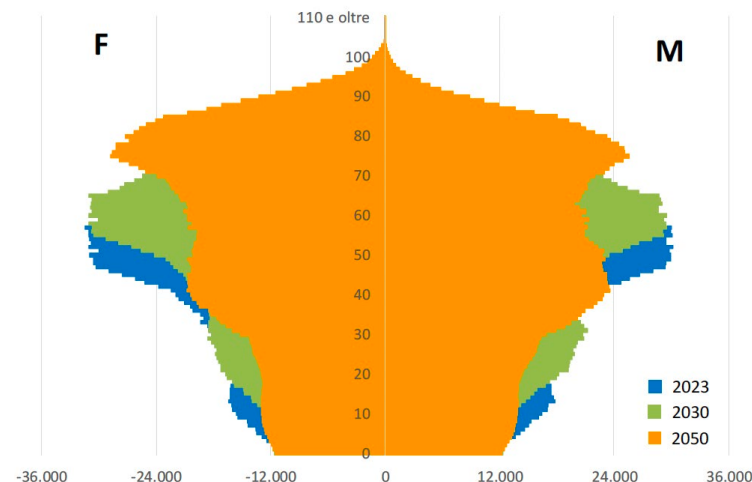
Le evoluzioni normative e le modifiche strutturali/gestionali/professionali delle RSA sono allineate al cambiamento dell'utenza dei servizi?

(Questo anche in prospettiva di prevenzione delle ICA in RSA...)

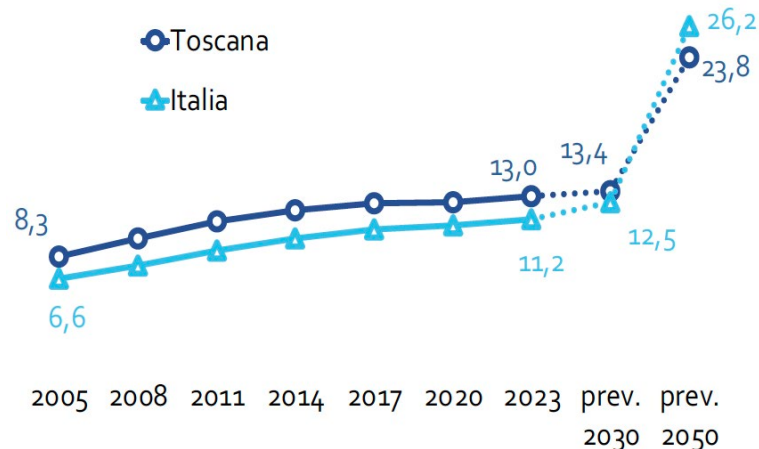


Il quadro toscano nella prospettiva nazionale

Popolazione residente per anno d'età – valori assoluti – Toscana, anno 2023 e previsione 2030 e 2050 (scenario mediano) – Fonte: ISTAT



Pressione dei grandi anziani sui potenziali caregiver – Anziani (85+ anni) per 100 abitanti d'età 50-74 anni – Toscana, periodo 2005-2023 e previsione 2030 e 2050 (scenario mediano) – Fonte: ISTAT

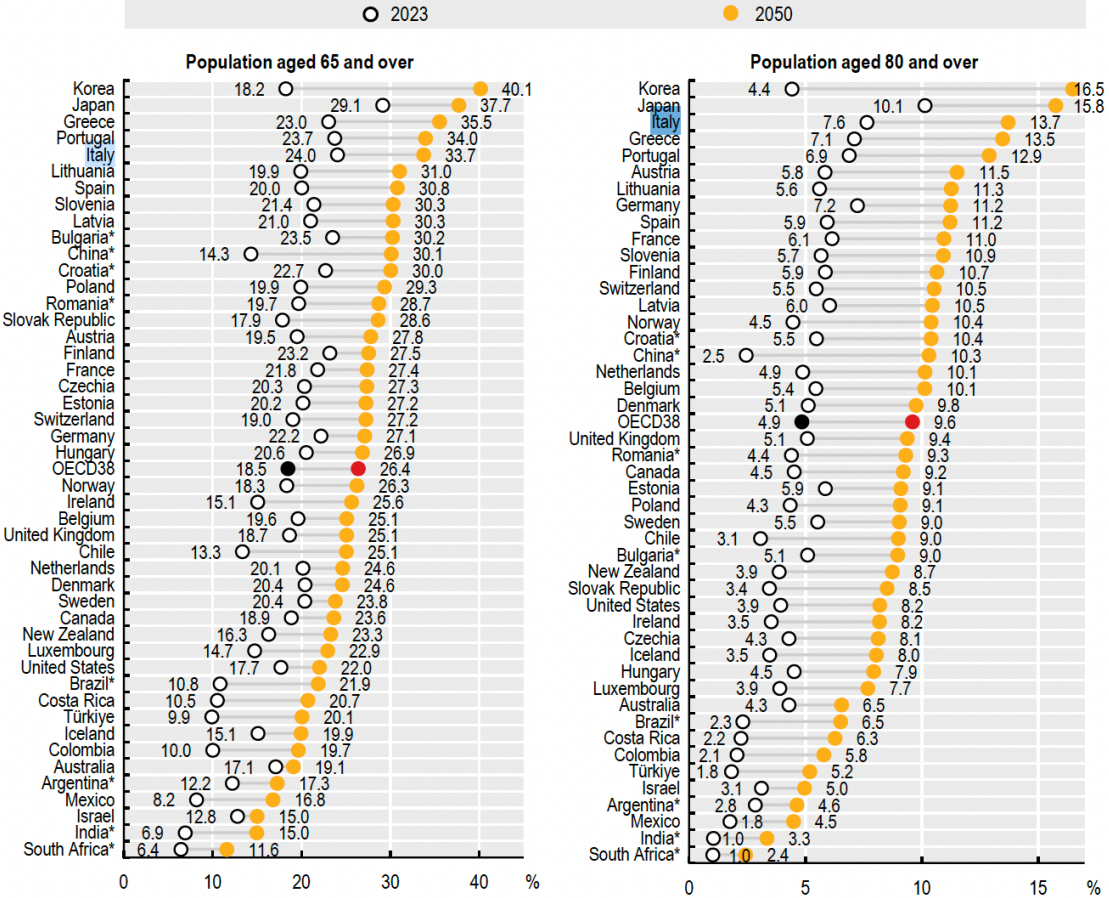


- Denatalità (età media al parto, Toscana: 32,8 aa)
- Calo della popolazione
- Aumento della quota anziana
- Sbilanciamento della struttura per età (prossima all'insostenibilità)
- Famiglie sempre più piccole e complesse

- ↑ pressione sulle famiglie e sui caregiver
- Processi decisionali, allocazione delle risorse, qualità del capitale umano
- Aree interne e fragili

Persone con malattie croniche	Toscana		Italia
	N. malati (in migliaia)	% standardizzata	% standardizzata
Totale	1.429	39,4	40,5
di cui con una malattia soltanto	767	21,2	19,7
di cui con due o più malattie	662	18,2	20,8

SAPPIAMO
TUTTO...
MA NON LO
SAPPIAMO
ABBASTANZA!



Persone con limitazioni funzionali gravi di 6+ anni, per classe d'età – Numero (stima in migliaia) e prevalenza standardizzata per età per 100 abitanti – Toscana e Italia, anno 2023 – Fonte: ISTAT

Classe di età	Persone con limitazioni funzionali (in migliaia)		Persone con limitazioni funzionali (per 100 abitanti)	
	Toscana	Italia	Toscana	Italia
0-44 anni	23	362	1,5	1,4
45-64 anni	35	706	3,1	3,9
65-74 anni	21	476	4,7	6,9
75 anni e più	79	1.360	16,1	19,2
Totale	158	2.904	4,3	5,0

**DA:
Rapporto
OASI, 2025
(stime su dati
ISTAT)**

Regione / Provincia Autonoma (PA)	Popolazione 65+	Prevalenza NA 65+ (%)	Popolazione 65+ NA
Abruzzo	321.715	32,7	105.201
Basilicata	133.711	33	44.125
P.A. di Bolzano	108.307	24,1	26.102
Calabria	435.253	35,6	154.950
Campania	1.149.394	34	390.794
Emilia-Romagna	1.086.649	33	358.594
Friuli-Venezia Giulia	321.370	21,7	69.737
Lazio	1.320.956	26,9	355.337
Liguria	435.304	22,5	97.943
Lombardia	2.326.530	24,4	567.673
Marche	384.637	32,3	124.238
Molise	76.879	25,8	19.835
Piemonte	1.121.870	22,9	256.908
Puglia	930.437	32,8	305.183
Sardegna	414.123	35,2	145.771
Sicilia	1.100.270	34,6	380.693
Toscana	959.361	26,8	257.109
P.A. di Trento	126.166	23,7	29.901
Umbria	229.077	30,3	69.410
Valle d'Aosta	30.725	24	7.374
Veneto	1.168.563	22,9	267.601
Italia	14.181.297	28,4	4.027.488

CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DELLA RETE SOCIO-SANITARIA						
Tipo di servizio	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % 2019-2023
Residenziale*	203.679	208.459	211.673	212.874	212.663	+4%
Semiresidenziale ^{1**}	17.507	16.781	14.782	15.365	16.231	-7%
Domiciliare (ADI) ^{***}	15.789.122	13.202.896	14.060.282	15.576.076	17.226.138	+9%

* posti letto ** posti *** ore erogate

UTENTI IN CARICO ALLA RETE SOCIO-SANITARIA						
Tipo di servizio	2019	2020	2021	2022	2023	Δ 2019-2023
Residenziale*	292.578	280.421	284.141	302.546	304.270	+4%
Semiresidenziale**	28.453	21.706	16.225	19.798	22.796	-20%
Domiciliare (ADI) ^{***}	858.896	844.823	879.030	973.505	1.232.203	+43%

* posti letto ** posti *** ore erogate

Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2023

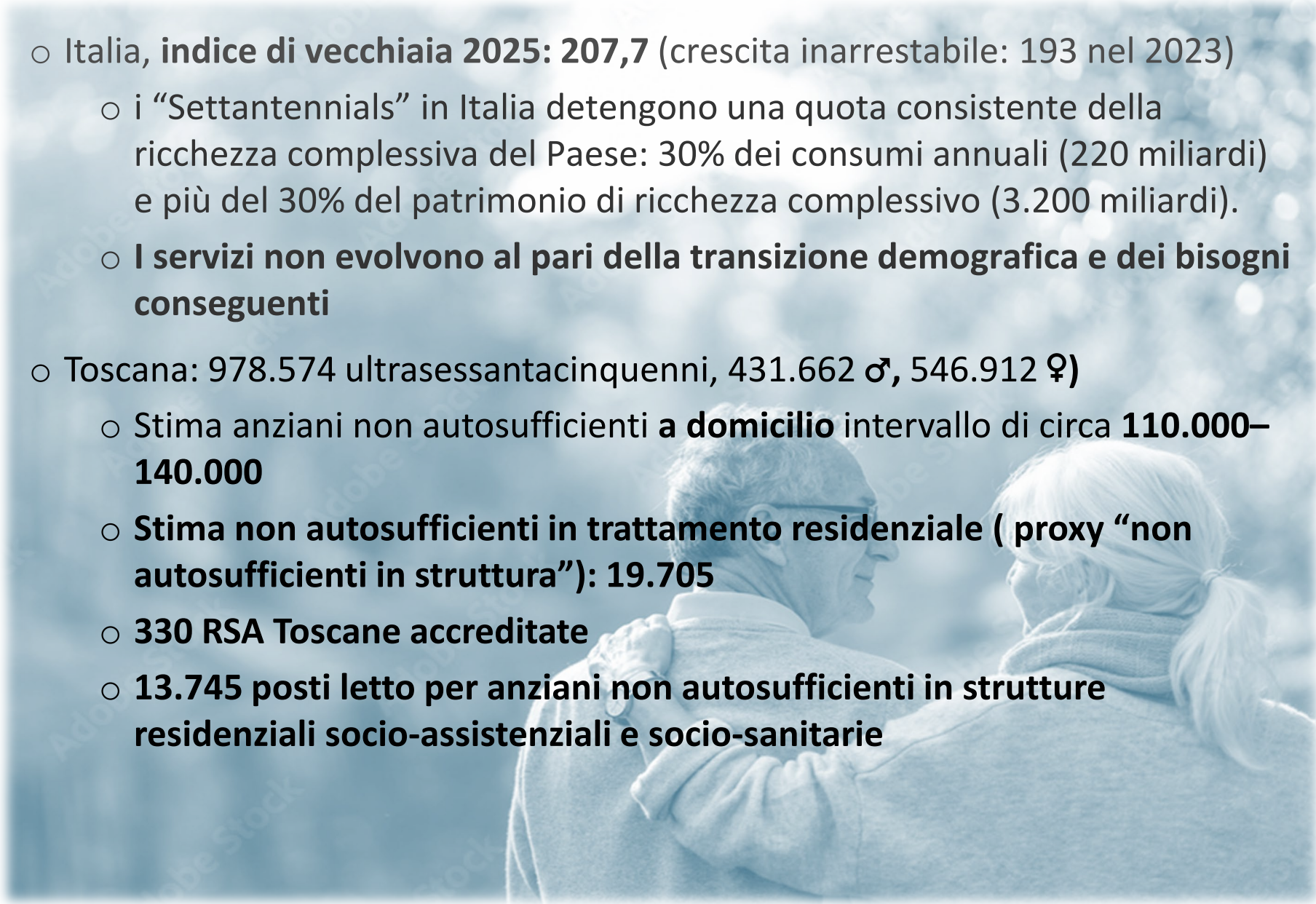
Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Copertura del bisogno 65+ NA	Copertura del bisogno 75+ NA
P.A. Bolzano	6.232	24%	29%
P.A. Trento	6.682	22%	27%
Lombardia	85.636	15%	19%
Veneto	42.053	16%	18%
Friuli-Venezia Giulia	10.908	16%	17%
Piemonte	33.954	13%	15%
Liguria	13.734	14%	15%
Marche	11.367	9%	13%
Toscana	27.741	11%	13%
Emilia-Romagna	25.111	7%	11%
Umbria	4.000	6%	8%
Valle d'Aosta	443	6%	8%
Lazio	10.807	3%	4%
Abruzzo	3.023	3%	4%
Puglia	7.591	2%	3%
Calabria	2.910	2%	3%
Molise	520	3%	3%
Sicilia	6.579	2%	3%
Basilicata	628	1%	2%
Sardegna	1.464	1%	1%
Campania	2.887	1%	1%
Italia	304.270	8%	10%

Ministero della Salute (2025) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2023.

Fonti: ISTAT (2023). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2023.

Residenti in RSA: cambiamento *radicale* dei bisogni alla luce delle transizioni demografica ed epidemiologica...

- Italia, **indice di vecchiaia 2025: 207,7** (crescita inarrestabile: 193 nel 2023)
 - i “Settantennials” in Italia detengono una quota consistente della ricchezza complessiva del Paese: 30% dei consumi annuali (220 miliardi) e più del 30% del patrimonio di ricchezza complessivo (3.200 miliardi).
 - **I servizi non evolvono al pari della transizione demografica e dei bisogni conseguenti**
- Toscana: 978.574 ultrasessantacinquenni, 431.662 ♂, 546.912 ♀)
 - Stima anziani non autosufficienti **a domicilio** intervallo di circa **110.000–140.000**
 - **Stima non autosufficienti in trattamento residenziale (proxy “non autosufficienti in struttura”): 19.705**
 - **330 RSA Toscane accreditate**
 - **13.745 posti letto per anziani non autosufficienti in strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie**



RSA: i presupposti della loro esistenza

- L'RSA è, per molte persone, l' "ultima casa", **l'ultimo luogo di vita**;
- Popolazione NON SOLO debole e vulnerabile: a rischio di emarginazione, segregazione, discriminazione (AGEISMO);
- Evoluzione profonda nel "profilo" e nei bisogni assistenziali della persona assistita in RSA => necessità di migliorare e qualificare, sulla base delle evidenze scientifiche, i **contenuti clinici e assistenziali** di queste strutture;
- A tale fine (dal pdv manageriale): necessario consolidare e arricchire i sistemi di sorveglianza attuali con **appropriate misure di processo ed esito** della qualità dell'assistenza effettivamente prestata.

RSA OGGI: un grande contenitore a margini «sfumati»...

- L'evoluzione verso la maggiore complessità della domanda di assistenza residenziale impone con urgenza un **ripensamento sulle competenze necessarie ai professionisti coinvolti** e, di conseguenza, sulla loro COLLOCAZIONE e sulla loro FORMAZIONE.
- La **persistente disomogeneità normativa, strutturale, organizzativa e gestionale** delle residenze per anziani in Italia è probabile fonte di diseguaglianze, a vari livelli: tra regioni, ma anche tra aree della stessa regione, quanto a opportunità di accesso e qualità dell'assistenza.
- In attesa che nuovi e più uniformi modelli organizzativi – COMANAGEMENT, COPROGETTAZIONE - vengano progettati e attuati, l'attenzione ai problemi di qualità dell'assistenza deve svilupparsi e rafforzarsi da subito, in modo trasversale agli attuali (e futuri) modelli organizzativi.
- la risposta residenziale e i relativi problemi di qualità dell'assistenza sono rilevanti non solo per le RSA, ma anche per l'anziano assistito a domicilio o in ospedale.
- UNA NECESSARIA EVOLUZIONE DEL SOFTWARE DELLA STRUTTURA: spesso gli operatori della residenza e gli altri ospiti sono gli unici (e ultimi) esseri umani con cui l'anziano può entrare in relazione o ai quali chiedere conforto e aiuto. L'attenzione alla qualità dell'assistenza deve quindi necessariamente includere aspetti fondamentali inerenti la **dignità della persona**, la **qualità della vita** e il **rispetto per le preferenze individuali**.

I dati strutturali

Il quadro nazionale: indicatori utili..

Indicatore	Valore	Anno / Data riferimento	Fonte
Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi (Toscana)	Dati regione specifici non disponibili nelle tavole ISTAT pubbliche; si usa riferimento nazionale come contesto	1° gennaio 2023	ISTAT (report presidi)
Posti letto totali nelle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie (Italia)	407.957	1° gennaio 2023	ISTAT / analisi report nazionali
Percentuale di posti letto destinati ad anziani non autosufficienti	circa 77% dei posti letto	1° gennaio 2023	ISTAT (nazionale, prevalenza per anziani non autosufficienti)
Ospiti totali nelle residenze (nazionale)	385.871	1° gennaio 2024	ISTAT (report presidi)
Quota di ospiti ≥65 anni (nazionale)	>75%	1° gennaio 2023	ISTAT (report presidi, quadro nazionale)
Posti letto per 1.000 residenti (nazionale)	~7,2	1° gennaio 2024	ISTAT (report presidi)
Strutture residenziali socio-sanitarie e assistenziali (Italia)	12.987 presidi	1° gennaio 2024	ISTAT (report presidi)

Il quadro toscano: indicatori utili...

Indicatore (Toscana)	Valore (arrotondato)	Valore originale (tavole ISTAT)	Data di riferimento	Nota/definizione operativa
Strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie (n.)	860	[860]	31/12/2022	Presidi/strutture rilevate dall'indagine ISTAT
Posti letto totali (n.)	22.528	[22.528,21331]	31/12/2022	Dotazione complessiva posti letto
Posti letto in unità/servizi a funzione "socio-sanitaria" (n.)	17.224	[17.224,02335]	31/12/2022	Posti letto riferiti a unità con funzione socio-sanitaria
Posti letto per target "anziani non autosufficienti" (n.)	13.745	[13.744,87328]	31/12/2022	Posti letto in unità con target prevalente: ≥65 non autosufficienti
Posti letto per target "anziani non autosufficienti" (per 100.000 ab.)	1.433	[1.432,711282]	31/12/2022	Indicatore standardizzato (tavole ISTAT "per 100.000 ab.")
Posti letto totali (per 100.000 ab.)	615	[615,191977]	31/12/2022	Indicatore standardizzato (tavole ISTAT "per 100.000 ab.")
Ospiti totali (n.)	20.060	[20.059,94589]	31/12/2022	Ospiti complessivi (minori + adulti + anziani)
Ospiti anziani ≥65 (n.)	14.947	[14.947,14964]	31/12/2022	Ospiti con età ≥65
Ospiti anziani ≥65 - maschi (n.)	4.139	[4.138,80177]	31/12/2022	Anziani ospiti per genere
Ospiti anziani ≥65 - femmine (n.)	10.808	[10.808,34787]	31/12/2022	Anziani ospiti per genere

L'evoluzione normativa



Evoluzione normativa recente e implicazioni pratiche (*timeline ragionata*)

Nota di contesto: la pandemia ha accelerato il dibattito su **governance, standard di sicurezza, trasparenza dati e integrazione con sanità pubblica** nelle strutture residenziali

1) Nascita del modello “RSA” come residenzialità extra-ospedaliera (anni ’90)

- **1994 – Linee guida Ministero della Sanità (n.1/1994):** definiscono la RSA come **struttura residenziale extraospedaliera** per persone (soprattutto anziane) **non assistibili adeguatamente a domicilio**, con **assistenza sanitaria “media”** integrata da **alta assistenza tutelare/alberghiera**; la RSA viene collocata nella **rete territoriale** (non ospedale).
Effetto pratico: si consolida il ruolo delle RSA come “anello” tra ospedale e domicilio, con standard organizzativi (medico, infermieristico, riabilitativo + assistenza tutelare).

2) Integrazione socio-sanitaria e riparto competenze (2000–2001)

- **2000 – Legge 328/2000** (sistema integrato interventi/servizi sociali): rafforza l’architettura dei servizi sociali e l’integrazione con la sanità.
- **2001 – DPCM 14 febbraio 2001** (atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie): è un passaggio chiave perché mette a sistema la **cornice nazionale dell’integrazione socio-sanitaria** e del riparto delle prestazioni.
Effetto pratico: spinta verso percorsi integrati (valutazione multidimensionale, presa in carico) e chiarificazione del confine tra “sanitario” e “sociale” nella residenzialità.

3) LEA e definizione delle quote di finanziamento (2001 → 2017)

- **2017 – DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA):** aggiorna e sostituisce i LEA precedenti, includendo in modo esplicito l’**assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale**; la disciplina LEA è il riferimento nazionale più “forte” per definire cosa è garantito dal SSN e con quali criteri.
Effetto pratico: cornice nazionale per *eleggibilità, tipologie di trattamenti lungoassistenza/recupero/mantenimento*, e (in molte Regioni) razionalizzazione di tariffe e partecipazioni.

4) Dopo la pandemia e il rilancio dell’assistenza territoriale (2022 →)

- **2022 – DM 77/2022** (standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale): pur non essendo “una norma sulle RSA”, impatta fortemente la pratica perché promuove modelli territoriali e continuità assistenziale (Case/ Ospedali di Comunità, cure intermedie, integrazione).
Effetto pratico: rafforza la logica “filiera territoriale” e può riorientare l’uso della residenzialità (più integrazione con domiciliarità/cure intermedie).

Quanto incide, sullo sviluppo in senso *clinico* delle RSA, la Legge Delega 23 marzo 2023, n. 33?

✦ Contenuti principali

Definisce i **principi generali e gli obiettivi** delle politiche rivolte alle persone anziane, incluse quelle non autosufficienti;
Delega il Governo ad adottare i necessari **decreti legislativi entro una data stabilita (31 gennaio 2024)**;

In particolare riguarda **politiche su tre grandi aree**:

- Invecchiamento attivo, promozione dell'autonomia e prevenzione della fragilità;
- **Assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per anziani non autosufficienti**;
- Sostenibilità economica e flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine.

✦ Obiettivi della delega

La legge individua alcune linee guida di massima, tra cui:

- **Coordinamento delle politiche nazionali e locali**;
- **Semplificazione dell'accesso ai servizi e all'assistenza**;
- **Sviluppo di un sistema organico di servizi integrati** (sociali, sanitari e sociosanitari) per sostenere le persone anziane non autosufficienti;
- **Promozione dell'autonomia e prevenzione della fragilità** tra gli anziani;
- Possibile introduzione, anche sperimentale, di una **prestazione universale (monetaria e/o di servizi)** per le persone non autosufficienti.

✦ **In sostanza**, pone le **basi politiche e istituzionali** per una riforma organica della non autosufficienza, e rimanda le norme applicative al **Decreto Legislativo n. 29 del 2024**:

- **valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti**;
- **presa in carico e progetti individualizzati di assistenza (PAI)**;
- definizione di servizi e modalità di accesso;
- aspetti organizzativi e di governance della riforma.

MA: nonostante l'approvazione della legge delega e del decreto attuativo, la riforma **non è ancora completamente operativa** e molti aspetti (come la piena attuazione della "prestazione universale" o un sistema organico di servizi integrati) **sono in fase di sviluppo o sperimentazione**.

QUINDI: l'evoluzione della «futura RSA» non ha, per ora, una cabina di regia centrale e, conseguentemente, molto è affidato alle Regioni

Toscana: evoluzione normativa e organizzativa delle RSA (cosa cambia “sul campo”)

Architettura regionale: integrazione sanitaria e sociale (2005 →)

- **L.R. Toscana 40/2005** (“Disciplina del servizio sanitario regionale”): è il pilastro del SSR toscano e della programmazione integrata sanitaria/sociosanitaria.
- **L.R. Toscana 41/2005** (sistema integrato interventi e servizi sociali): definisce la cornice del **sistema sociale integrato** e la programmazione connessa al sanitario.

Effetto pratico: governance più integrata; la residenzialità per non autosufficienza viene programmata dentro una filiera (domicilio–semiresidenziale–residenziale).

Accreditamento e autorizzazione: “regole di accesso al mercato” e qualità (2009 →)

- **L.R. Toscana 82/2009:** disciplina l’**accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona** nel sistema sociale integrato.
- **Regolamento regionale (DPGR) 2/R/2018:** aggiorna/definisce i **requisiti minimi strutturali e organizzativi** per autorizzazione al funzionamento delle strutture (ciclo residenziale/semiresidenziale), includendo moduli e requisiti per tipologie (tra cui l’area anziani).

Effetto pratico: standardizzazione (minimi) + selezione tramite accreditamento; maggiore tracciabilità amministrativa (autorizzate vs accreditate) e vincolo a requisiti strutturali/organizzativi/professionali.

Modelli assistenziali “a intensità” e moduli in RSA (2004 →)

- **DGR Toscana 402/2004:** documento cardine per l’organizzazione del sistema per la non autosufficienza e per i **moduli organizzativi** in RSA (logica di differenziazione per bisogni/intensità).
- **DGR 312/2017 – Modulo Bassa Intensità Assistenziale (BIA) in RSA:** formalizza un setting per anziani non autosufficienti con **bassa intensità**, centrato su mantenimento/recupero capacità residue e attivazione.
- **DGR 1596/2019** (allegati su “cure intermedie / residenzialità assistenziale intermedia” in RSA): segnala l’uso della RSA anche come nodo di continuità post-ospedaliera in setting dedicati.

Effetto pratico: la RSA in Toscana tende a (o meglio, DOVREBBE) funzionare come **contenitore modulare** (modulo base + moduli/setting specifici) dentro una logica di continuità assistenziale.



Prima criticità (amministrativa – gestionale)

- Il sistema socio-sanitario e sociale **non dispone di un sistema informativo organico** che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce.
- Ne deriva un **evidente rischio programmatico**



Seconda criticità (tecnico - professionale)

- **Mancanza di una direzione sanitaria:** la direzione della struttura è spesso di carattere non sanitario
- Infermieri presenti solo alcune ore al giorno o 12 h
- Assenza di personale medico dedicato in struttura (il referente di ogni paziente è ancora il MMG)
- Non obbligatoria la presenza/consulenza di specialista
- Organizzazione del lavoro inadeguata per la gestione di patologie in struttura, sia acute che croniche: scarsa (inesistente...) informatizzazione dei dati, difficoltà a definire profili assistenziali certi

Cosa possiamo affermare con relativa certezza

(nonostante i dati specifici e dettagliati sulla prevalenza delle singole patologie negli anziani ospiti di RSA in Italia *non siano sistematicamente pubblicati* dalle principali fonti statistiche ufficiali nazionali)

Gli ospiti delle RSA sono perlopiù **anziani ultrasettantenni con pluripatologie croniche e disabilità**.

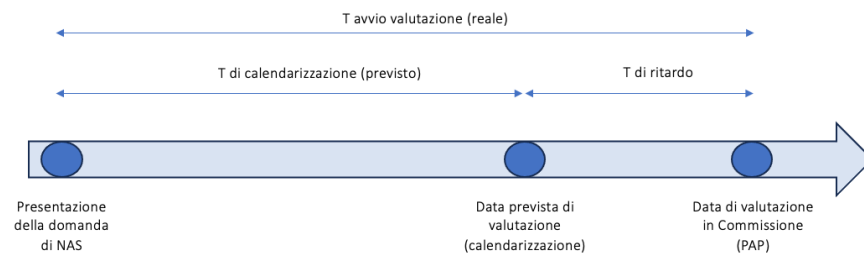
Alcune **condizioni cliniche molto frequenti** includono:

- Demenza e deterioramento cognitivo (alta prevalenza nei contesti di lungodegenza).
- Multimorbidità cronica (diverse malattie croniche coesistenti).
- Malattie cardiovascolari (comuni in popolazioni anziane e fragili)
- Diabete (frequente in popolazioni anziane con cronicità)
- Disabilità e fragilità funzionale (difficoltà nei movimenti, rischio di cadute, perdita di autonomia in ADL e incontinenza)
- Patologie respiratorie e sindromi geriatriche complesse (p. es. disfagia/polmoniti)
- **Infezioni correlate all'assistenza** (3-4% di prevalenza puntuale).

Possiamo parlare di *fragilità in RSA*?

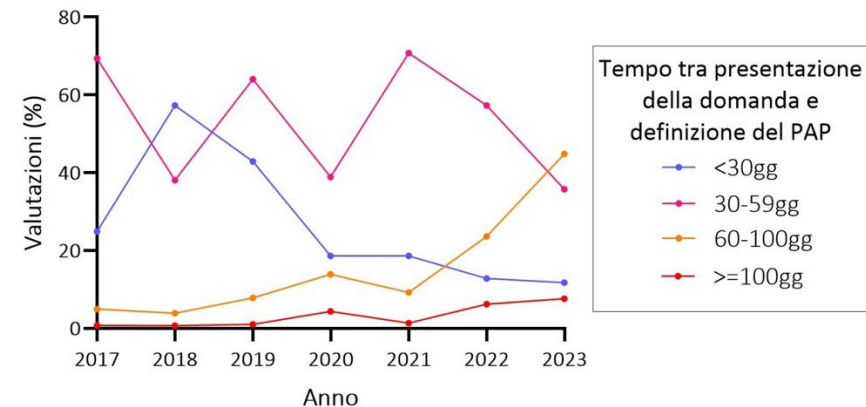
Inquadramento della fragilità nelle diverse misure:

- Fenotipico biologico
- Accumulo di deficit
- Multidimensionale biopsicosociale
- Clinico-giudicativo
- Algoritmico-amministrativo
- Confronto critico metodologico



durata media di permanenza in RSA in Italia (fonti non istituzionali e descrittive): **tra circa 6 e 9 mesi**

Studi comparativi europei su **decessi entro un anno dall'ammissione** = **32–63%**



E' troppo tardi! Chi arriva qui è *ben oltre qualunque fragilità*, calcolata in qualunque modo (FI, CSF>5,...)

Possibile ripensare l'RSA come elemento di un percorso, piuttosto che non come un *quasi – Hospice*?

Dobbiamo necessariamente identificare un **equilibrio efficace tra dare una risposta la più tempestiva possibile ai bisogni e l'accuratezza della presa in carico** e delle valutazioni multidimensionali.

Questo si scontra con la **limitata interoperabilità con piattaforme istituzionali** esterne, che rende complesso il processo di integrazione totale dei servizi socio-sanitari.

Mancano informazioni essenziali ai fini programmatori: NON ESISTE UN TASSO UFFICIALE DI MORTALITA' IN RSA, né in Italia né in Toscana; le fonti statistiche ufficiali italiane (ISTAT, Ministero della Salute, banche dati SSN) non pubblicano un indicatore standardizzato di turnover o rotazione degli ospiti delle RSA

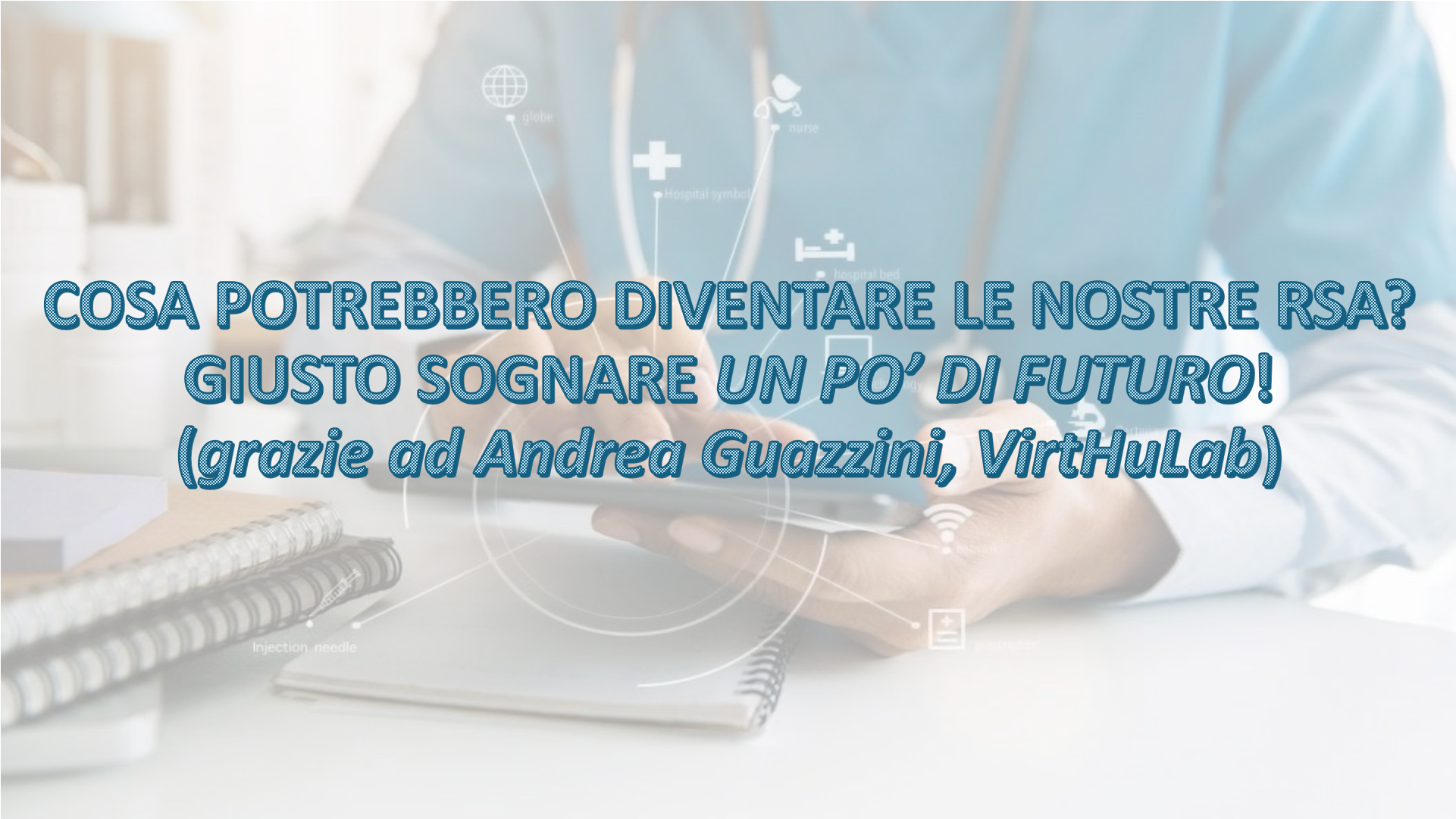
Di cosa abbiamo bisogno:

- Creare un **quadro giuridico e istituzionale di supporto**: definire chiaramente i ruoli tra i diversi livelli di governo, promuovere la collaborazione tra gli stakeholder e valorizzare team multidisciplinari qualificati.
- **Promuovere l'azione comunitaria**: riconoscere il ruolo della società civile e degli attori privati nell'erogazione di innovazione sociale e nel rafforzamento del supporto basato sulla comunità.
- Garantire una **valutazione tempestiva e solida** dell'implementazione dell'assistenza integrata attraverso la raccolta e l'analisi sistematica di indicatori sia di processo sia di esito.
- **Incoraggiare l'uso di tecnologie sanitarie costo-efficaci**: implementare ausili, telemedicina e soluzioni digitali per sostenere l'autonomia, la continuità assistenziale e l'invecchiamento in buona salute.
- **Rafforzare competenze, abilità e conoscenze della forza lavoro** per un'assistenza integrata efficace e centrata sulla persona.

In un quadro di alta complessità assistenziale e assenza di riscontri programmatori: GIROT (Gruppo di Intervento Rapido Ospedale– Territorio) in RSA !

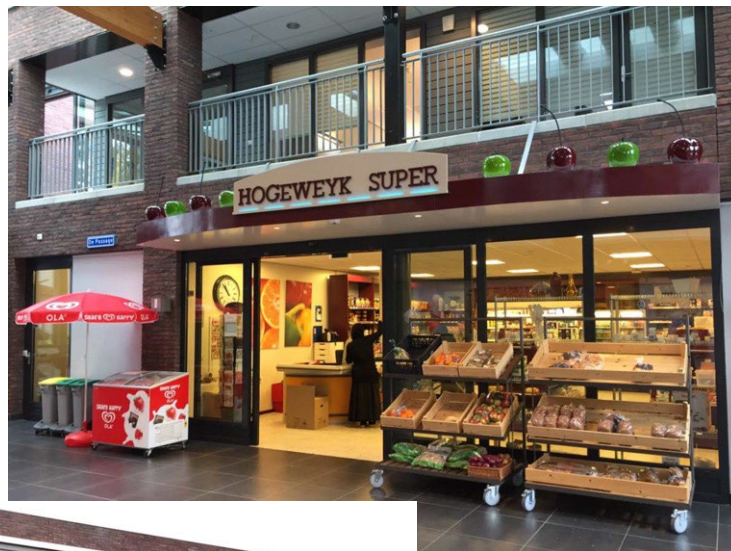
- Equipe multiprofessionale che prende in carico la persona con complessità clinica-assistenziale direttamente in struttura, in stretta collaborazione con AFT/MMG, ed utilizza la diagnostica ed i sistemi di cura dell'Ospedale in modo diretto.
- Garanzia di continuità ospedale–territorio
- Gestione precoce di instabilità cliniche acute o sub-acute
- **“ospedale fuori dall'ospedale”**: approccio proattivo (intervento di sistema, *integrated care*); gestione dell'urgenza; revisione terapeutica; ottimizzazione polifarmacoterapia; prevenzione riacutizzazioni
- Risultati già dimostrati da letteratura:
 - Riduzione accessi al PS
 - Riduzione ricoveri ospedalieri
 - Riduzione trasferimenti inappropriati
 - Maggiore soddisfazione di familiari e operatori
 - Miglior gestione delle cure palliative in RSA

Dal mio pdv (OHL...): strumento di mediazione comunicativa tra livelli assistenziali; modello di empowerment decisionale condiviso in RSA; intervento che modifica la percezione di sicurezza clinica degli operatori



COSA POTREBBERO DIVENTARE LE NOSTRE RSA?
GIUSTO SOGNARE UN PO' DI FUTURO!
(grazie ad Andrea Guazzini, VirtHuLab)

<https://www.dementiavillage.com/>



Survey on Energy Efficiency

Recent Developments

Workshop Prague 2011
Seminars and Events
Benchmark Tool

News Corner

Latest News
International Press Room
Newsletter

The Project

Overview
Information
Publications
Campaigns and Results

Participants

Partners
Nursing Homes

Additional Information

Useful Links
Media Pack
Archive

search...

Username

Password

Remember Me ☐

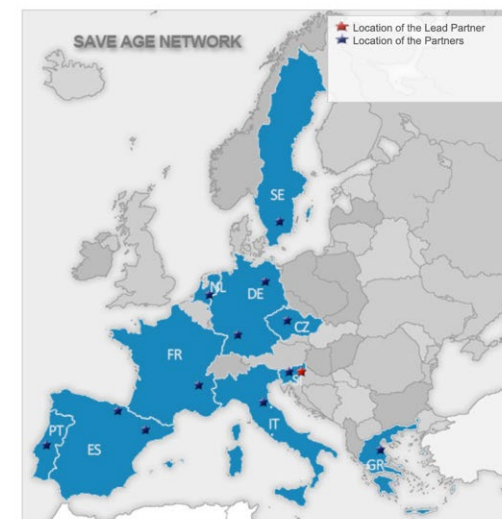
Login

[Forgot your password?](#)

[Forgot your username?](#)

Home

Welcome to SAVE AGE: A Project on Energy and Cost Reduction in Care Homes for the Elderly



The SAVE AGE project is the first European initiative, addressing energy efficiency issues in nursing homes as an important potential for decreasing energy consumption and costs.

Besides technical improvements and changes in behaviour it is also important to raise awareness and enhance the employees' knowledge of energy related facts. Analyses in 100 care homes in 10 European countries resulted in recommendations for residents, managers, and employees in nursing homes, showing them how to improve the comfort of the elderly while saving energy and reducing operational costs.

Reducing Energy Costs in European Care Homes

Please join the energy-conscious community of Residential Care Homes for Elderly People and commit to the [Memorandum of Understanding](#)!
Send the signed memorandums via e-mail to contact@saveage.eu or postal mail to the following address:

Skupnost socialnih zavodov Slovenije (SSZS)
Letališka cesta 3 c
1000 Ljubljana
Slovenia



Best Practices

Overview

Details

Solar Energy combined with Heat Pumps

Winning Heat From Diapers

Zero Emission Building

Control of Laundry Rooms

Managing Building's Energy

Hot Water Production

Energy-efficient Fluorescent Lighting

LEDs Replace Fluorescent Lamps

Up to 50% Energy Saving

Energy Management System

<http://saveage.eu/>

Non più un “contenitore”, ma una **PROTESI DI BENESSERE!**

Rsa come ambiente
stimolante

Mantenere competenze
residue

Recuperare autonomia e
benessere



“Connecting people”

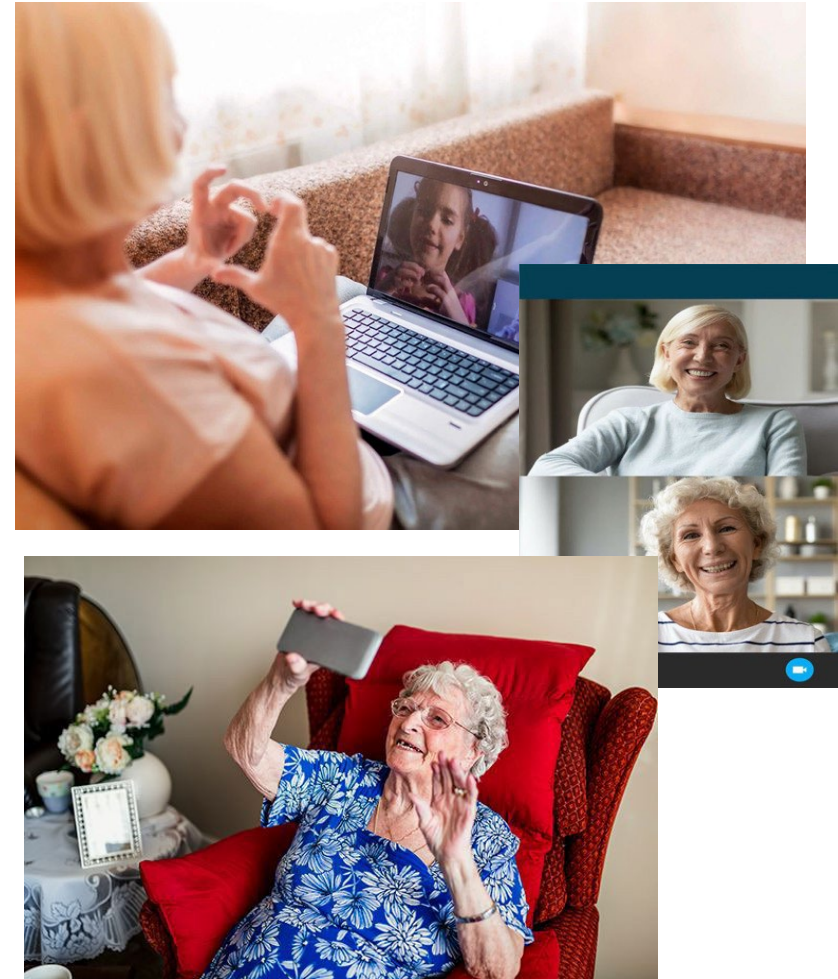
Modalità sincrone e asincrone

Maggiore percezione di supporto e di capitale sociale

(Berkman & Glass, 2000; Brown et al., 2011; Forsman et al., 2013)

Aumento di solidarietà, senso di appartenenza,
well-being, mantenimento funzionamento sociale

(Roffey, 2013; Sargent et al., 2002;)



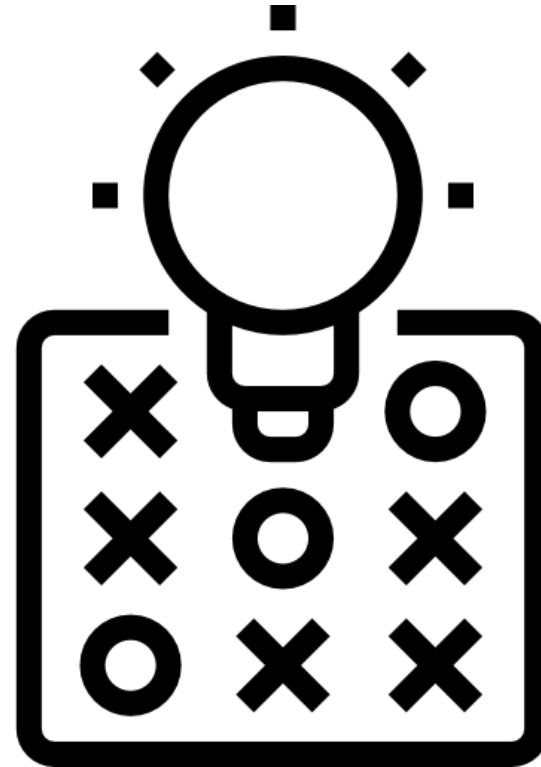
Gamificazione

Engagement
(Pedroli et al., 2018)

Healthcare literacy
(Kim & Xie, 2015)

Readiness to change
(West, 2012; Scott & Wolfe, 2003; Guo et al., 2017)

Incremento di compliance, autoefficacia,
benessere
(Connelly et al., 2006; Mattila et al., 2010; Thiebes et al., 2014)



Assessment

Raccolta informazioni continua da ogni attività proposta

Sviluppo di nuove dimensioni di misura non possibili senza ICT

Assessment adattivo, strutturale ed incrementale dell'intervento riabilitativo

Valutazione continua degli interventi e delle attività



Assessment

Raccolta informazioni continua da ogni attività proposta

Sviluppo di nuove dimensioni di misura non possibili senza ICT

Assessment adattivo, strutturale ed incrementale dell'intervento riabilitativo

Valutazione continua degli interventi e delle attività



Assessment

Raccolta informazioni continua da ogni attività proposta

Sviluppo di nuove dimensioni di misura non possibili senza ICT

Assessment adattivo, strutturale ed incrementale dell'intervento riabilitativo

Valutazione continua degli interventi e delle attività



andrea.guazzini@unifi.it

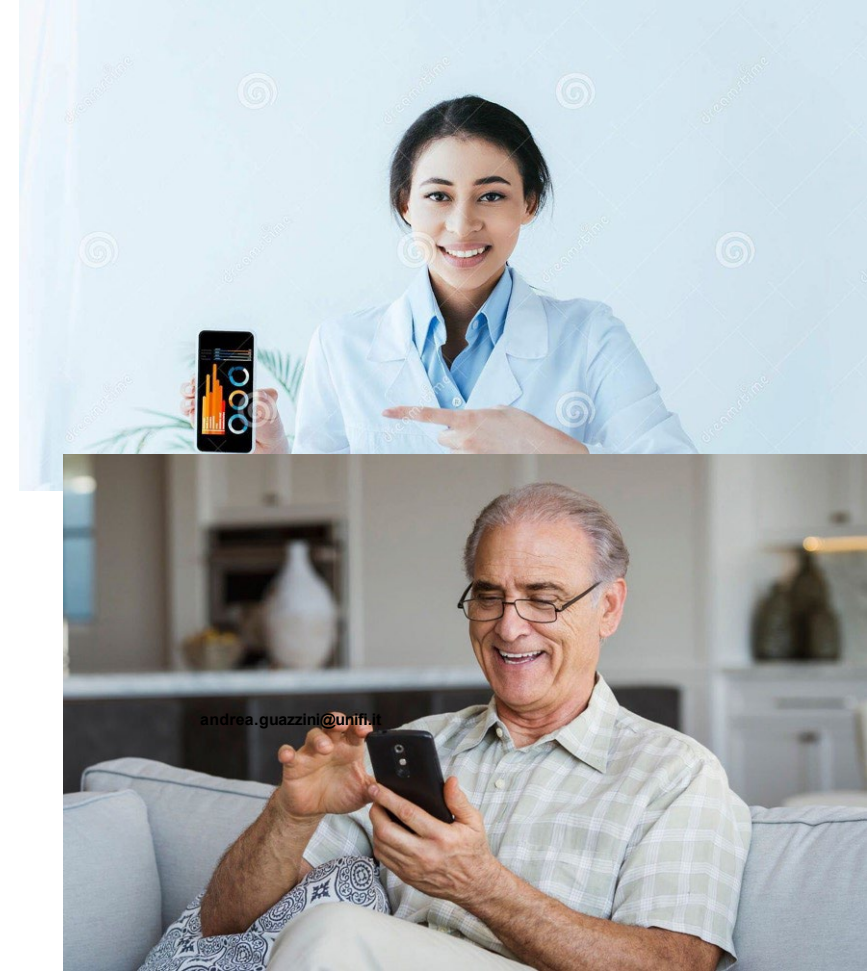
Assessment

Raccolta informazioni continua da ogni attività proposta

Sviluppo di nuove dimensioni di misura non possibili senza ICT

Assessment adattivo, strutturale ed incrementale dell'intervento riabilitativo

Valutazione continua degli interventi e delle attività

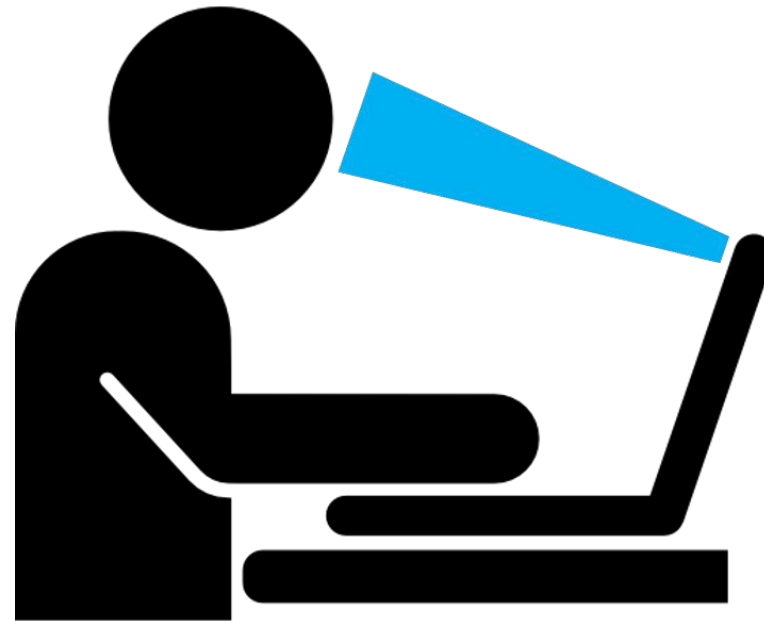


Sensoristica

Sensoristica avanzata permette rilevazioni precise e non invasive

Eye-tracking, espressioni facciali, umore, dolore ...

Nuova frontiera per gli *early indicators*



Una stimolazione multimediata

Possibilità di stimolare molti sensi
contemporaneamente

Tatto, vista e udito tramite guanti, visori e
cuffie

Motricità tramite accelerometri e contapassi

Adattabile ad ampio spettro di situazioni



Riabilitazione cognitiva adattiva

Riabilitazione assistita e disegnata sulla
persona

Struttura adattiva e incrementale

Connessione tra fase
riabilitazione/supporto e assessment

Data gathering e data exploitment
efficiente e precisa

Utilizzo di web-app dedicate e/o
generaliste



New longitudinal approach (Cartelle cliniche elettroniche 2.0)

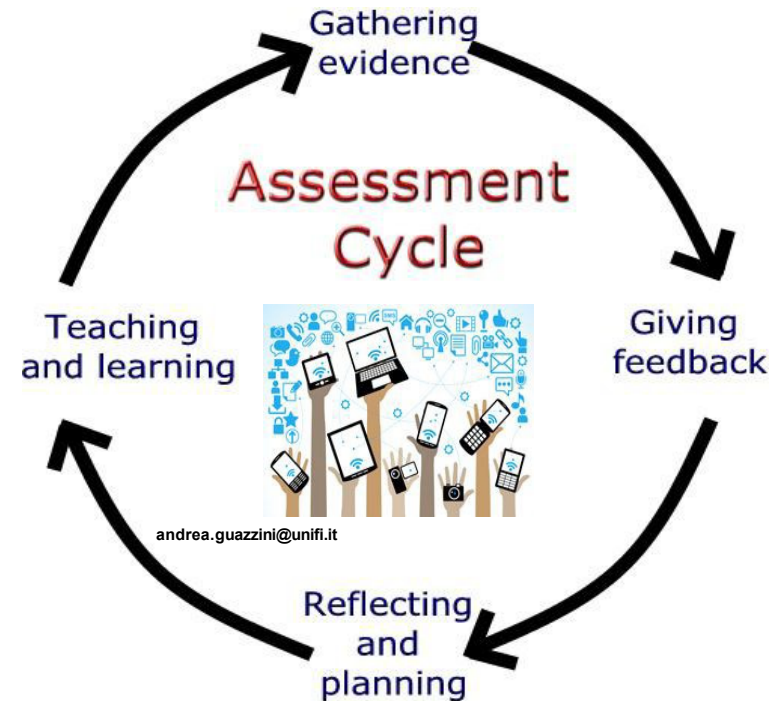
Raccolta informazioni continua da ogni attività proposta

Enorme risoluzione temporale e funzionale della scansione

Sviluppo di nuove dimensioni di misura non possibili senza ICT

Assessment adattivo, strutturale ed incrementale dell'intervento riabilitativo

Valutazione continua degli interventi e delle attività



New longitudinal approach (Cartelle cliniche elettroniche 2.0)

Esperienza digitale e mobile

Big data, AI e apprendimento avanzato

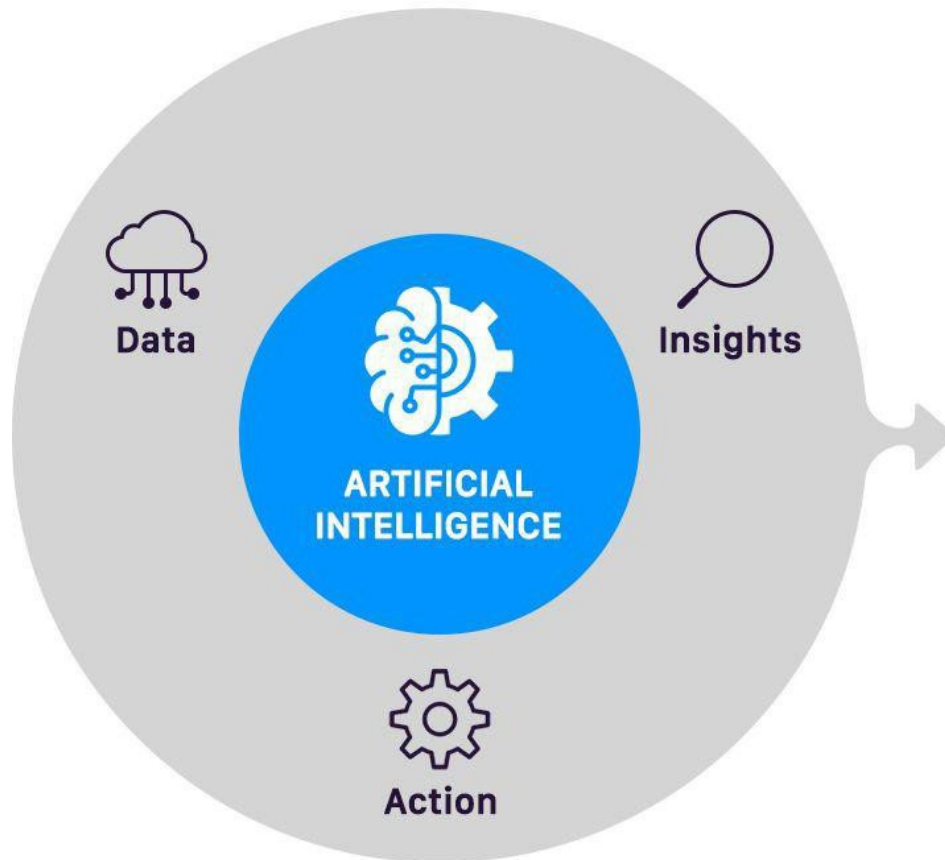
Cloud: efficienza operativa e risorse condivise

Database

Biometrics and adaptive healthcare



Artificial intelligence



Approccio adattivo e incrementale

Personalizzazione dei contenuti online

Possibilità di implementare processi già esistenti e consolidati

Sviluppo di un'assistenza
“account-based”, tailored sull'user

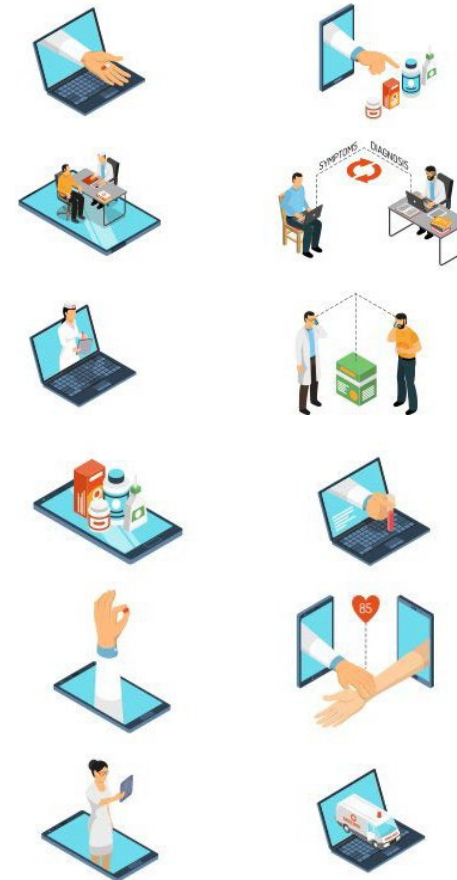
Un aiuto per gli operatori

Analisi dei processi

Valutazione delle non conformità

Contatto tra operatori

Istituzione e organizzazione di interventi e procedure



Sistema di Supporto Informativo (ISS)



Migliorare la compliance alle procedure terapeutiche (West, 2012)

Migliorare l'health literacy e la conoscenza sulle materie legate alla salute (Kim e Xie, 2015)

Migliorare il benessere dell'individuo (Connelly et al., 2006; Mattila et al., 2010)

Migliorare la percezione di autoefficacia (Connelly et al., 2006)



Policy maker portal



Dati anonimi e aggregati



Divisi per sezione



Possibilità di filtrare e scaricare i risultati



Back office

- > Aggiornamento e ampliamento costante
- > Monitoraggio e supervisione
- > In sinergia con ASL, Comuni, Società della Salute e con privati
- > Lista aggiornata delle risorse disponibili



...e tanto altro ancora!

E per il momento...
noi siamo ancora qua!



EH GIA'!

Grazie per la Vostra
pazienza...



[guglielmo.bonaccorsi@
unifi.it](mailto:guglielmo.bonaccorsi@unifi.it)