



Cambiamenti di rotta nei servizi di cura

Fabrizio Giunco

Direttore Dipartimento Cronicità, Fondazione don Carlo Gnocchi ONLUS

23 giugno 2022



**Fondazione
Don Carlo Gnocchi
Onlus**

Regione Emilia-Romagna



Percorso di ascolto verso il nuovo PSSR della Regione Emilia Romagna
Politiche e servizi per la popolazione anziana: quali prospettive future
8° incontro tematico, sala XX maggio 2012, Bologna, 23 giugno 2022

Italia. Distribuzione attesa decessi per età (x 100.000 nati)(ISTAT, 2019)

La **durata normale (modale) della vita** sta aumentando in tutti i paesi ad economia avanzata. Oggi è del tutto normale morire intorno ai 90 anni. Questa durata rende più evidente la necessità di **superare il tradizionale approccio orientato verso le malattie più frequenti nella vecchiaia**, per farsi invece carico delle conseguenze più dirette (fragilità e condizioni età correlate) dell'**invecchiamento biologico**.

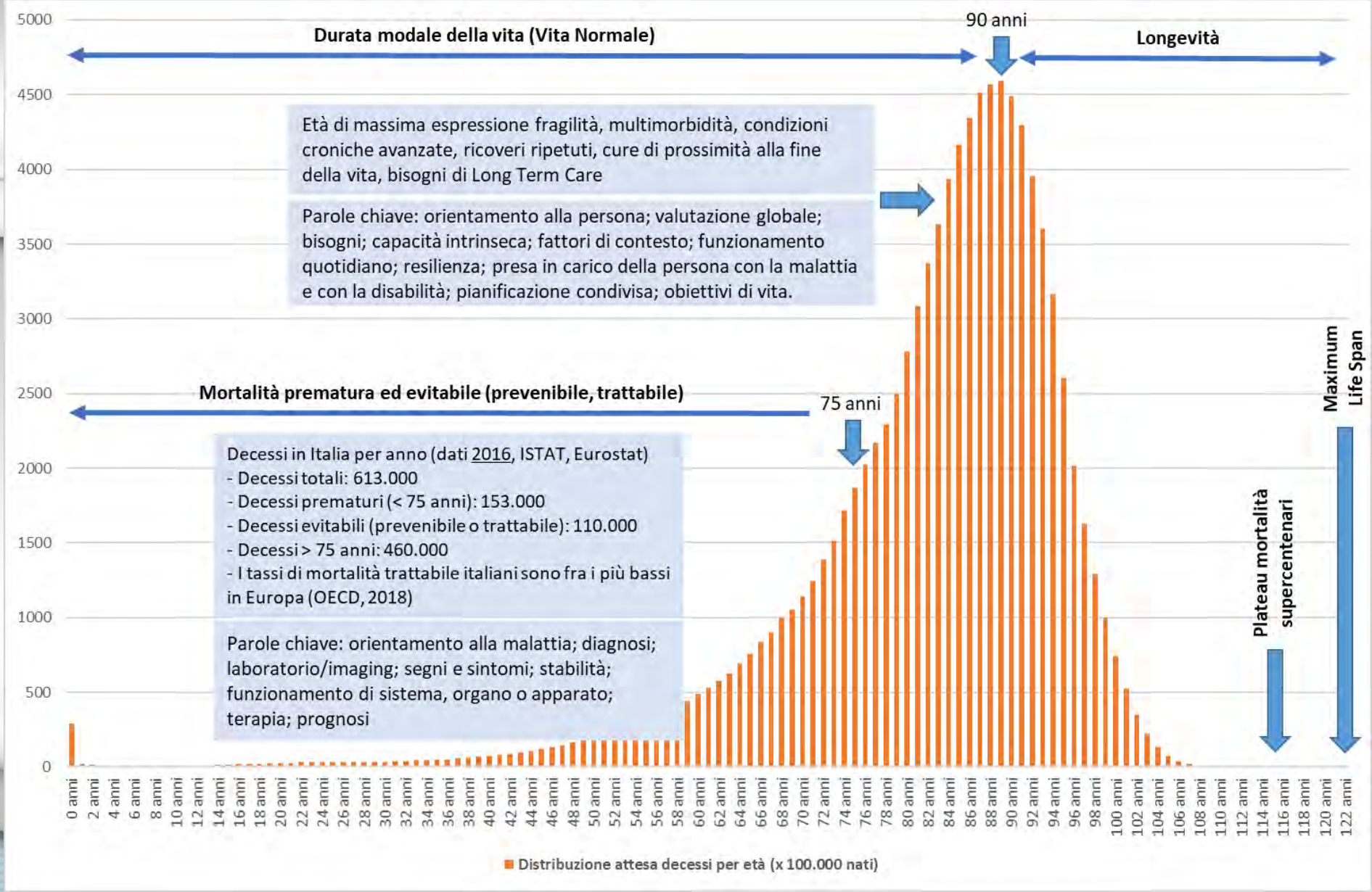
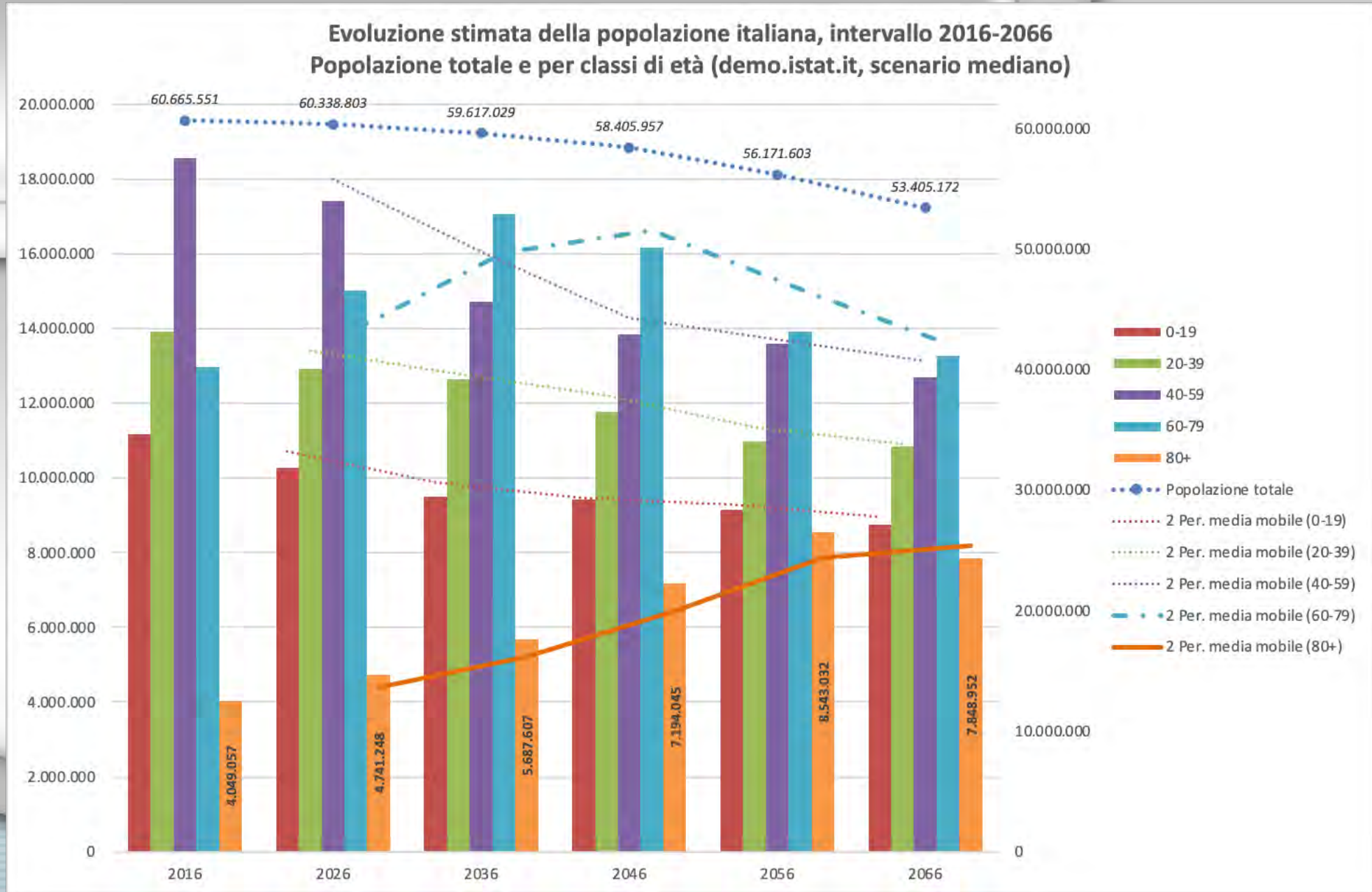


Figure 1. The Hallmarks of Aging
The scheme enumerates the nine hallmarks described in this Review: genomic instability, telomere attrition, epigenetic alterations, loss of proteostasis, deregulated nutrient sensing, mitochondrial dysfunction, cellular senescence, stem cell exhaustion, and altered intercellular communication.

Le popolazioni di riferimento per i servizi socio-sanitarie e sociali sono destinate ad aumentare per la semplice evoluzione demografica.

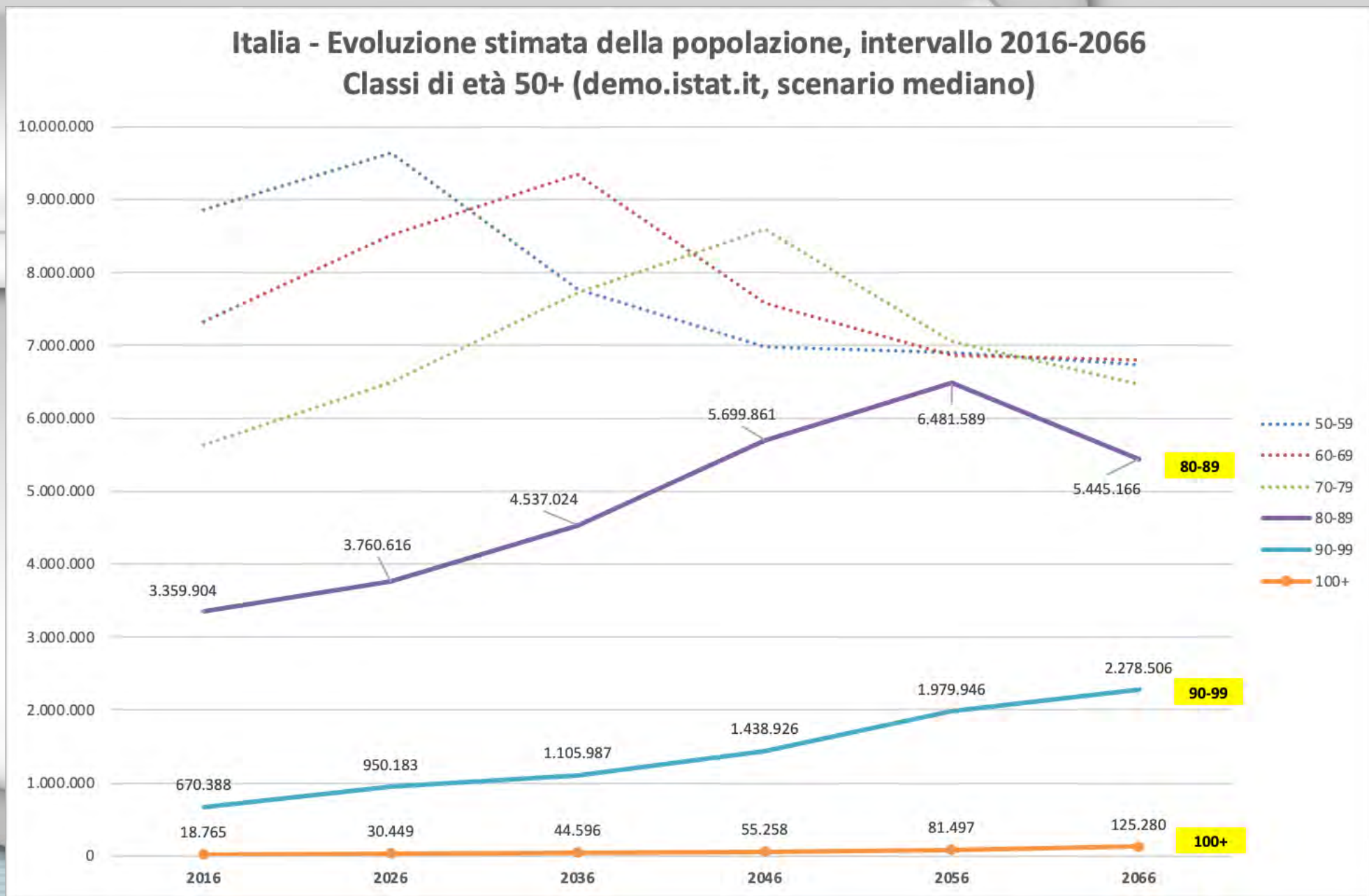
Parallelamente, si modificherà in senso negativo la struttura familiare. Le reti familiari sono già oggi più deboli. Aumenteranno in modo consistente gli anziani privi di una rete familiare o con reti familiari meno efficaci.

La stessa evoluzione condiziona la tenuta delle reti professionali



Non stanno aumentando genericamente gli ultra65enni. Stanno radicalmente modificandosi sia la struttura di salute (per l'ISTAT gli 80enni di oggi sono simili ai 70enni del 2001) che la composizione per età della popolazione anziana.

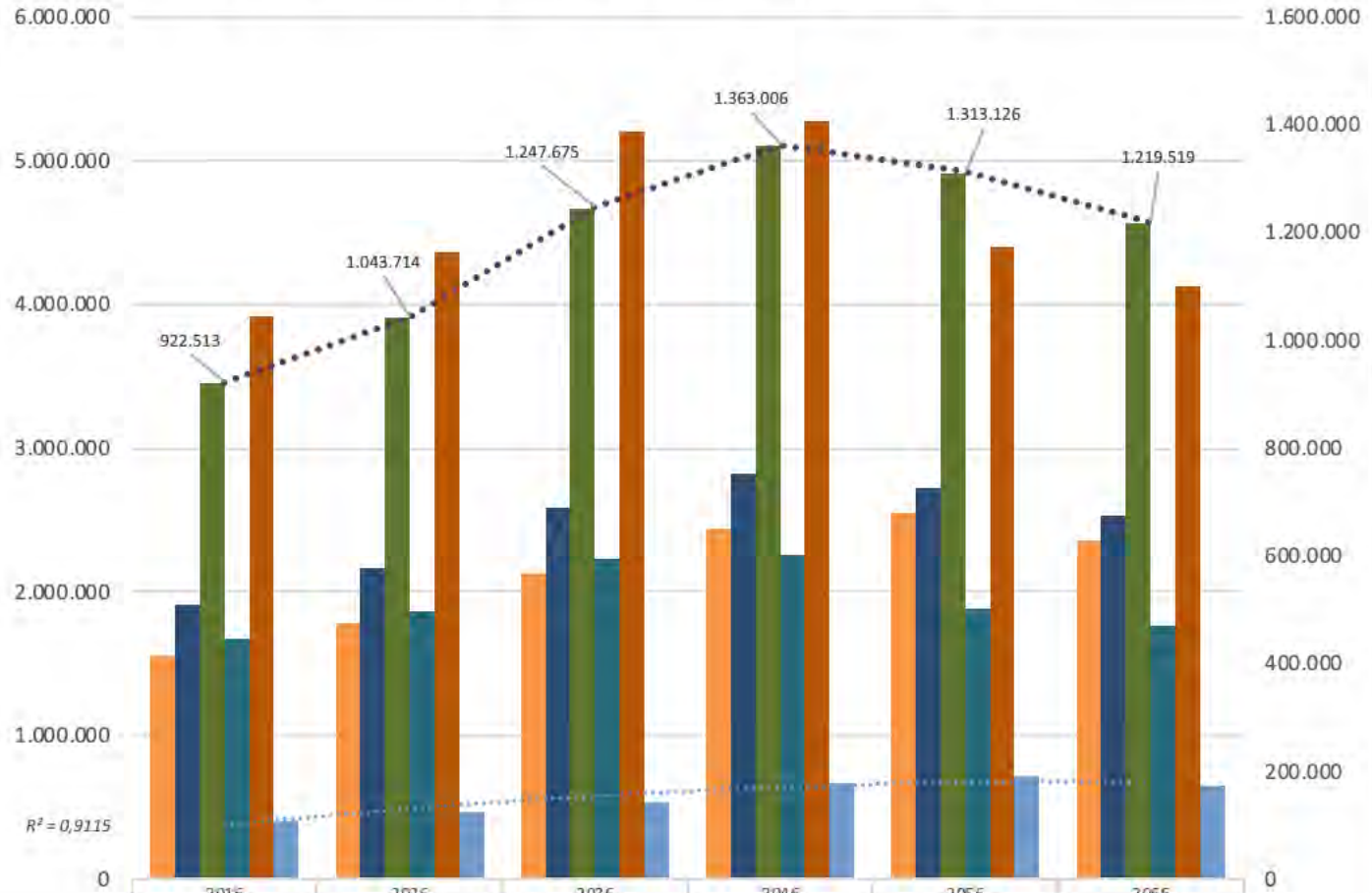
I cambiamenti saranno soprattutto interni alla stessa struttura per età delle popolazioni più anziane. L'aumento più consistente riguarderà infatti le classi di età più avanzate. Le persone in età 80-89 sono destinate a raddoppiare, quelle in età 90-99 a triplicare, gli ultracentenari potrebbero aumentare di 5 volte.



L'aumento della popolazione anziana determinerà un effetto di trascinarsi sulla numerosità assoluta di tutti i sottogruppi che esprimono bisogni, sia globali che differenziati:

- Mild Cognitive Impairment (MCI);
- Demenza;
- Fragilità;
- Pre-fragilità;
- Limitazioni della autonomie;
- Totale dipendenza;
- Vulnerabilità sociale.

Italia - Evoluzione stimata della popolazione 65+ con limitazioni delle autonomie, demenza e fragilità. Intervallo 2016-2066 (demo.istat.it, scenario mediano; prevalenza secondo Istat 2021b e OLTC 2022)



	2016	2026	2036	2046	2056	2066
Demenza (ISS, 2020)	1.555.467	1.779.053	2.129.092	2.443.582	2.547.629	2.355.810
MCI (Limongi, 2017)	1.911.875	2.163.060	2.585.761	2.824.780	2.721.407	2.527.410
Non autosufficienti (Istat, 2021; OLTC, 2022)	3.451.827	3.905.334	4.668.506	5.100.048	4.913.410	4.563.156
Fragilità (Advantage, 2020)	1.677.725	1.869.308	2.231.034	2.260.739	1.887.801	1.768.544
Pre-fragilità (Share, 2020)	3.914.693	4.361.718	5.205.747	5.275.058	4.404.869	4.126.602
Grave vulnerabilità sociale con problemi di salute (solo 75+; ISTAT, 2022)	402.888	465.760	537.654	671.708	717.661	650.078
..... Totale dipendenza (servizi alla persona, ausili)(ISTAT, 2019)	922.513	1.043.714	1.247.675	1.363.006	1.313.126	1.219.519

R² = 0,9115

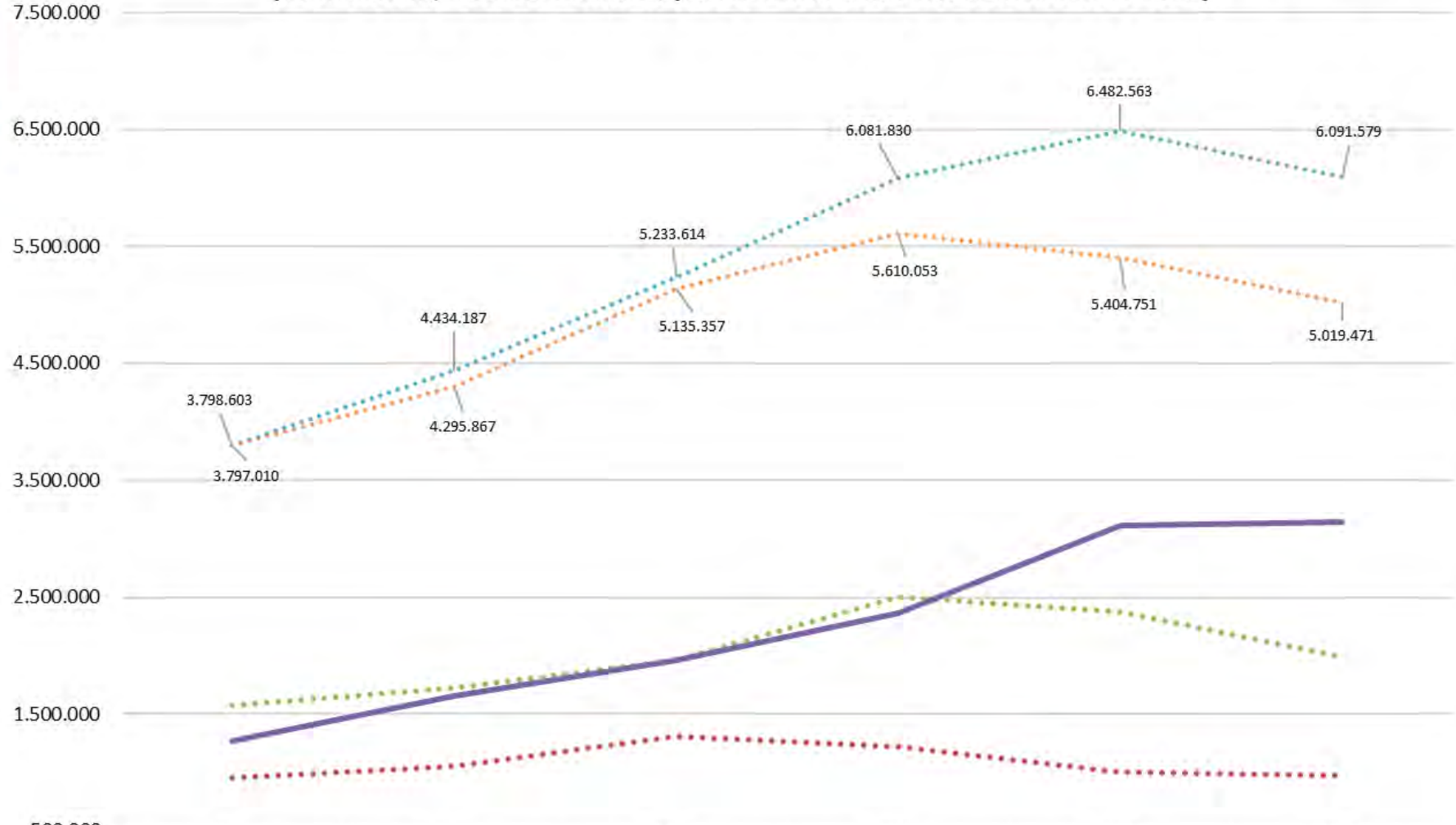
I cambiamenti della composizione per età della popolazione anziana potranno modificare la stima della consistenza di molte aree di bisogno.

Le previsioni cambiano se proporzionate alla prevalenza per classi di età, piuttosto che al dato globale di prevalenza sul totale degli ultra65enni.

Prevalenza delle limitazioni funzionali per classi di età 65+ (stima 2019, Istat 2021b, OLTC 2022)

65-74	14,6%
75-84	32,5%
85+	63,8%
Totale	28,4%

Italia - Evoluzione stimata della popolazione 65+ con limitazioni delle autonomie. Intervallo 2016-2066 (demo.istat.it, scenario mediano; prevalenza secondo Istat 2021b e OLTC 2022)



	2016	2026	2036	2046	2056	2066
65-74	955.007	1.055.880	1.309.541	1.221.848	1.002.591	971.766
75-84	1.571.065	1.721.789	1.962.340	2.495.725	2.367.933	1.983.060
85+	1.272.531	1.656.519	1.961.733	2.364.257	3.112.039	3.136.753
Proiezione prevalenza per classe di età	3.798.603	4.434.187	5.233.614	6.081.830	6.482.563	6.091.579
Proiezione stima ISTAT su dati 65+	3.797.010	4.295.867	5.135.357	5.610.053	5.404.751	5.019.471

65-74 75-84 85+ Proiezione prevalenza per classe di età Proiezione stima ISTAT su dati 65+



**LA VECCHIAIA, PROGETTO DI VITA,
IDENTITÀ E PERSONALIZZAZIONE**

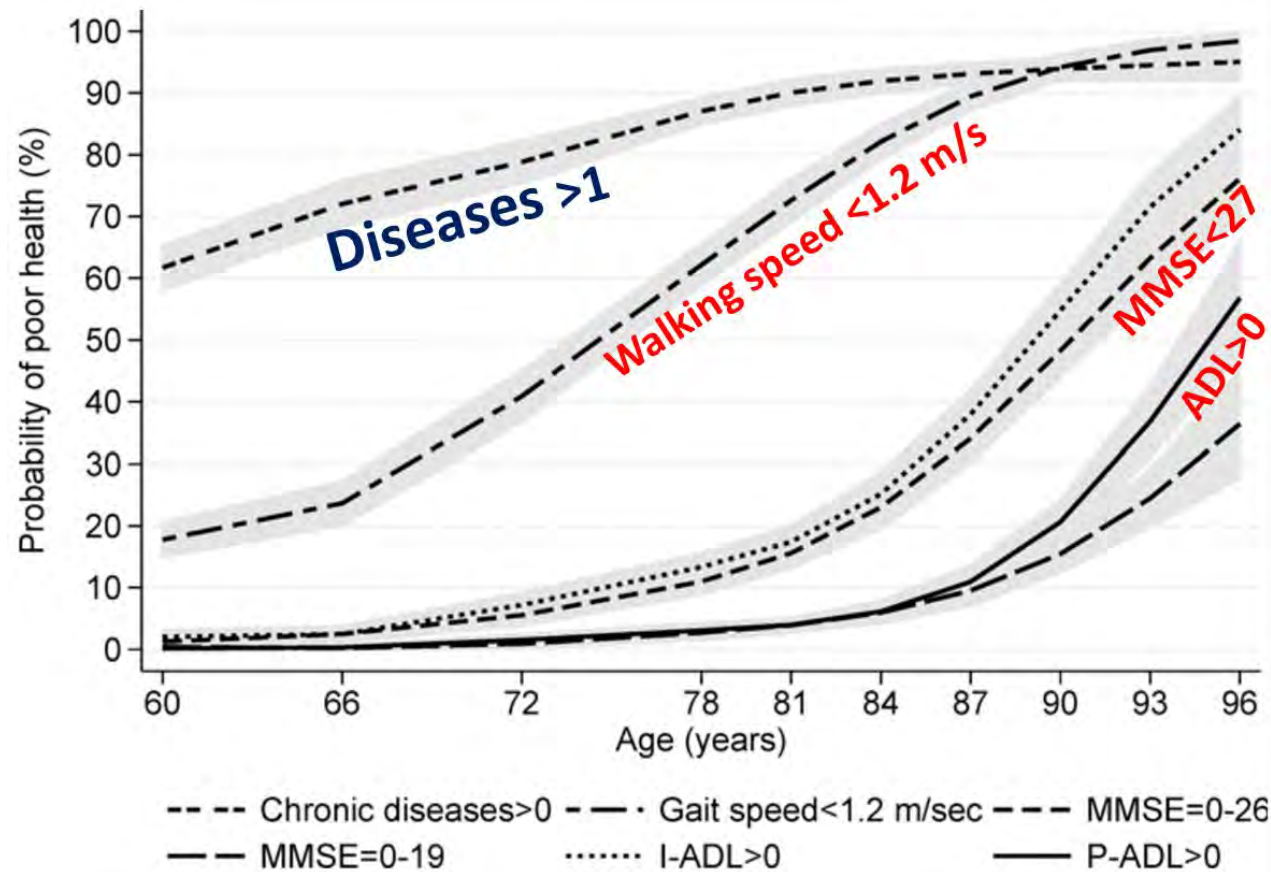
Dalla standardizzazione alla personalizzazione.

La vecchiaia è un processo dinamico. Integra transizioni, priorità e variabili modificabili.

Persone e famiglie sembrano aver bisogno di **accompagnatori esperti**: punto di riferimento, fonte di informazioni di buona qualità, professionisti della coprogettazione, **facilitatori del problem solving quotidiano**.

Viene apprezzata la capacità di privilegiare il punto di vista personale, rispondere a domande specifiche, valorizzare le risorse autonome, comprendere le difficoltà specifiche, non assumere il completo controllo della situazione.





Autoorganizzazione Utilizzo dei servizi Dipendenza dai servizi



Vita indipendente

Vita assistita

Dipendenza

AADL



IADL



BADL



EoL



Autonomia

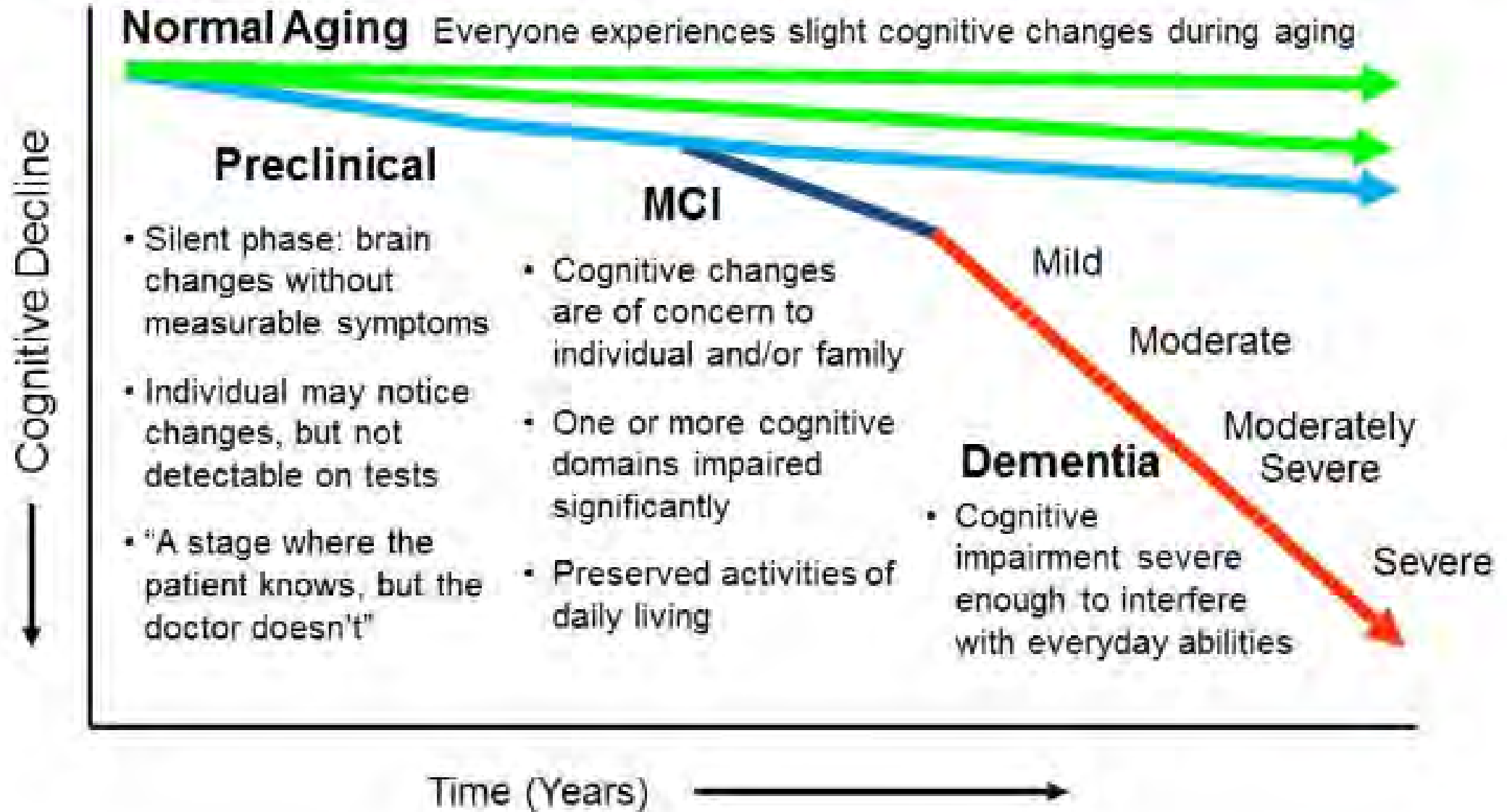
Dipendenza

Vulnerabilità

Fragilità

Disabilità

Cognitive decline in the elderly



Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



Function	Balance	Mobility	Incontinence

Clinical Frailty Scale, vers. 1.2.

- Canadian Study in Health & Aging, Revised 2008.
- Rockwood. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.



La **vulnerabilità sociale** è destinata a diventare un tema strategico e prioritario.

Va tenuto conto della **complessa relazione** fra l'aumento delle persone in età avanzata e la riduzione di quelle di età inferiore.

La **riduzione delle nascite** avrà alcune ricadute sostanziali:

- reti familiari più deboli;
- riduzione degli adulti disponibili per il lavoro di cura professionale e non professionale;
- riduzione dei giovani che potranno decidere di formarsi alle professioni sanitarie

Va anche tenuto presente che nei prossimi decenni arriveranno all'età anziana persone con una dotazione abitativa, patrimoniale e previdenziale inferiore a quella delle generazioni precedenti





LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI NELL'ANZIANO
VERSIONE ITALIANA DEL CAN ELDERLY

ASSESSMENT OF NEEDS IN ELDERLY
ITALIAN VERSION OF THE 'CAN ELDERLY'

Rabih Chattat, Carola Celeste

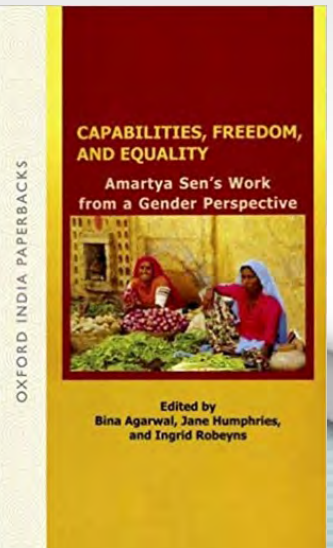
Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Introduzione

L'aumento dell'aspettativa degli ultimi 30 anni e le proiezioni demografiche per il futuro evidenziano un incremento significativo della popolazione degli anziani e in particolare di quelli con età superiore agli 85 anni. Questi dati sottolineano la necessità di un'adeguata ricognizione dei bisogni della popolazione di questa fascia di età al fine di poter proporre risposte adatte tenendo conto della multidimensionalità delle problematiche poste e della necessità di una allocazione mirata delle risorse e dei servizi disponibili. Maslow (1954) definisce il bisogno nei termini di carenza di un oggetto o meta desiderati e induce un comportamento teso al soddisfacimento di tale bisogno.

Successivamente Brewin e colleghi (Brewin *et al.*, 1987) vanno oltre la definizione di tipo universalistico proponendo per la definizione del bisogno l'opportunità del confronto tra lo stato di una determinata persona (abilità, capacità) con quelli che sono gli standard della popolazione di riferimento: il bisogno può essere quindi riferito alla carenza individuata, in una determinata area, rispetto alle abilità possedute dalla popolazione della stessa classe di età. In questa prospettiva l'accento rimane posto sul tema della carenza di abilità e/o capacità senza considerare eventuali compensazioni disponibili. Una definizione più articolata del concetto di bisogno è quella contenuta in un documento del parlamento inglese (Ruggeri *et al.*, 1999) che afferma che il bisogno è ciò di cui un individuo necessita per essere in grado di acquisire, mantenere o recuperare un accettabile livello di autonomia sociale e di qualità della vita. In questa ottica i bisogni possono essere distinti in: 1 - bisogni di cura intesi come tipi di azioni necessarie per il trattamento dei sintomi e delle conseguenze fun-

Ricerche di Psicologia, 1-2/2008



Amartya Sen spiega che lo **spazio delle capacità** è più appropriato per valutare il **benessere** - inteso come well-being, star bene - sia rispetto allo spazio dell'utilità che a quello dei beni primari. In particolare, **la qualità della vita** è valutata da Sen in relazione alla **capacità di conseguire funzionamenti di valore**. Il cuore della teoria delle capacità è che i **raggiungimenti sociali** dovrebbero avere come obiettivo l'espansione delle capacità degli individui e la **libertà di raggiungere funzionamenti di fare e di essere ritenuti importanti**.

Camberwell Assessment of Need for the Elderly Versione Abbreviata (CAN-Elderly-S)

Nome dell'utente _____ 0 = Nessun bisogno 1 = Bisogno soddisfatto
 Data di compilazione ___/___/___ Iniziali del valutatore _____ 9 = Sconosciuto 2 = Bisogno insoddisfatto

	Utenti	Famiglie	Operatori	Valutatori
1. Alloggio <i>La persona vive in un luogo appropriato?</i>				
2. Prendersi cura della casa <i>La persona è in grado di occuparsi della propria casa?</i>				
3. Cibo <i>La persona segue una adeguata alimentazione?</i>				
4. Cura personale <i>La persona è in grado di prendersi cura di se stessa?</i>				
5. Occuparsi di terzi <i>La persona si prende cura di qualcun altro? Riesce a gestire questo impegno?</i>				
6. Attività giornaliere <i>In che modo la persona occupa la sua giornata?</i>				
7. Memoria <i>La persona ha dei problemi di memoria?</i>				
8. Vista/Udito/Comunicazione <i>La persona presenta deficit di vista/udito/comunicazione?</i>				
9. Mobilità/Cadute <i>La persona presenta difficoltà nel muoversi dentro e fuori casa?</i>				
10. Continenza <i>La persona soffre di incontinenza?</i>				
11. Benessere fisico <i>La persona è in grado di occuparsi del proprio benessere fisico?</i>				
12. Farmaci <i>La persona ha dei problemi nel seguire le cure o nell'assumere i farmaci?</i>				
13. Sintomi psicotici <i>La persona spesso sente o vede cose che gli altri non vedono o sentono?</i>				
14. Disturbi psicologici <i>La persona ha dei problemi con l'umore o l'ansia?</i>				
15. Informazioni <i>La persona ha avuto chiare informazioni sulle proprie condizioni di salute?</i>				
16. Lesioni personali volontarie <i>La persona rappresenta un pericolo per se stessa?</i>				
17. Lesioni personali involontarie <i>La persona è soggetta ad incidenti?</i>				
18. Maltrattamento/Abbandono <i>La persona è a rischio di maltrattamento o di abbandono?</i>				
19. Comportamento <i>Il comportamento della persona rappresenta un problema per gli altri?</i>				
20. Alcool <i>La persona presenta problemi legati all'abuso di alcool?</i>				
21. Compagnia <i>La persona ha un'adeguata vita sociale?</i>				
22. Relazioni intime <i>La persona ha delle relazioni intime/emotive/fisiche?</i>				
23. Denaro/gestione <i>In che modo la persona gestisce il proprio denaro?</i>				
24. Indennità <i>La persona usufruisce di tutte le indennità a cui ha diritto?</i>				
A. Informazioni necessarie all'assistente <i>L'assistente ha ricevuto adeguate informazioni riguardo le condizioni della persona e i trattamenti?</i>				
B. Ansie psicologiche dell'assistente <i>L'assistente attualmente presenta disagi psicologici?</i>				
Bisogni soddisfatti: somma il numero di risposte 1 (non considerare A e B)				
Bisogni insoddisfatti: somma il numero di risposte 2 (non considerare A e B)				
Bisogni totali: somma il numero dei bisogni soddisfatti e non soddisfatti (non considerare A e B)				

Camberwell Assessment of Need for the Elderly. Versione Abbreviata (CAN-Elderly-S) (Valid. italiana a cura di Celeste e Chattat, 2008)

- 0 Nessun bisogno**
- 1 Bisogno soddisfatto**
- 2 Bisogno insoddisfatto**
- 9 Bisogno sconosciuto**

LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI NELL'ANZIANO
VERSIONE ITALIANA DEL CAN ELDERLY

ASSESSMENT OF NEEDS IN ELDERLY
ITALIAN VERSION OF THE 'CAN ELDERLY'

Rabih Chattat, Carola Celeste

Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna

Introduzione

L'aumento dell'aspettativa degli ultimi 30 anni e le proiezioni demografiche per il futuro evidenziano un incremento significativo della popolazione degli anziani e in particolare di quelli con età superiore agli 85 anni. Questi dati sottolineano la necessità di un'adeguata ricognizione dei bisogni della popolazione di questa fascia di età al fine di poter proporre risposte adatte tenendo conto della multidimensionalità delle problematiche poste e della necessità di una allocazione mirata delle risorse e dei servizi disponibili. Maslow (1954) definisce il bisogno nei termini di carenza di un oggetto o meta desiderati e induce un comportamento teso al soddisfacimento di tale bisogno.

Successivamente Brewin e colleghi (Brewin *et al.*, 1987) vanno oltre la definizione di tipo universalistico proponendo per la definizione del bisogno l'opportunità del confronto tra lo stato di una determinata persona (abilità, capacità) con quelli che sono gli standard della popolazione di riferimento: il bisogno può essere quindi riferito alla carenza individuata, in una determinata area, rispetto alle abilità possedute dalla popolazione della stessa classe di età. In questa prospettiva l'accento rimane posto sul tema della carenza di abilità e/o capacità senza considerare eventuali compensazioni disponibili. Una definizione più articolata del concetto di bisogno è quella contenuta in un documento del parlamento inglese (Ruggeri *et al.*, 1999) che afferma che il bisogno è ciò di cui un individuo necessita per essere in grado di acquisire, mantenere o recuperare un accettabile livello di autonomia sociale e di qualità della vita. In questa ottica i bisogni possono essere distinti in: 1 - bisogni di cura intesi come tipi di azioni necessarie per il trattamento dei sintomi e delle conseguenze fun-

Ricerche di Psicologia, 1-2/2008

Bisogno	Descrizione	Utente	Familiare	Operatore	Valutatore
Alloggio	La persona vive in un luogo appropriato?				
Prendersi cura della casa	La persona è in grado di occuparsi della propria casa?				
Cibo	La persona segue una adeguata alimentazione?				
Cura personale	La persona è in grado di prendersi cura di se stessa?				
Occuparsi di terzi	La persona si prende cura di qualcun altro? Riesce a gestire questo impegno?				
Attività giornaliere	In che modo la persona occupa la sua giornata?				
Memoria	La persona ha dei problemi di memoria?				
Vista/Udito/Comunicazione	La persona presenta deficit di vista/udito/comunicazione?				
Mobilità/Cadute	La persona presenta difficoltà nel muoversi dentro e fuori casa?				
Continenza	La persona soffre di incontinenza?				
Benessere fisico	La persona è in grado di occuparsi del proprio benessere fisico?				
Farmaci	La persona ha dei problemi nel seguire le cure o nell'assumere i farmaci?				
Sintomi psicotici	La persona spesso sente o vede cose che gli altri non vedono o sentono?				
Disturbi psicologici	La persona ha dei problemi con l'umore o l'ansia?				
Informazioni	La persona ha avuto chiare informazioni sulle proprie condizioni di salute?				
Lesioni personali volontarie	La persona rappresenta un pericolo per se stessa?				
Lesioni personali involontarie	La persona è soggetta ad incidenti?				
Maltrattamento/Abbandono	La persona è a rischio di maltrattamento o di abbandono?				
Comportamento	Il comportamento della persona rappresenta un problema per gli altri?				
Alcool	La persona presenta problemi legati all'abuso di alcool?				
Compagnia	La persona ha un'adeguata vita sociale				
Relazioni intime	La persona ha delle relazioni intime/emotive/fisiche?				
Denaro/gestione	In che modo la persona gestisce il proprio denaro?				
Indennità	La persona usufruisce di tutte le indennità a cui ha diritto?				
A. Informazioni necessarie all'assistente	L'assistente ha ricevuto adeguate informazioni riguardo le condizioni della persona e i trattamenti?				
B. Ansie psicologiche dell'assistente	L'assistente attualmente presenta disagi psicologici?				

Quindi ...

- **La vecchiaia è una normale età della vita**, lungo la quale si declinano dinamicamente aspetti di **riprogettazione esistenziale** e di **riorganizzazione familiare**. Include l'avvicinamento al **termine della vita** come limite naturale del progetto biologico umano.
- Lungo la vecchiaia sono più frequenti le tradizionali malattie croniche e i loro esiti disabilitanti, il cui decorso si intreccia con quelle di **altre e più informative variabili età-correlate** (fragilità, multimorbilità, vulnerabilità sociale, disabilità). Queste ultime tendono a confluire nelle età più avanzate in **condizioni croniche** di diversa complessità, fino al tempo del fine vita in senso stretto.
- Secondo il modello proposto da Gomez-Batiste, possono esser descritte **tre fasi di evoluzione delle condizioni croniche separate da due transizioni**, che è utile saper riconoscere e prevedere. Lungo questo decorso si declinano diversamente le priorità, i bisogni e gli orizzonti di proporzionalità e appropriatezza delle risposte di cura.
- In una visione etica e umanistica, non si tratta solo di identificare gli interventi (farmacologici e non) utili o necessari ma di **accompagnare eticamente progetti di vita**, progetti personalizzati e modelli di pianificazione anticipata **che includano l'approssimarsi al termine dell'esistenza**.
- **Sembra necessario adottare una visione globale delle dimensioni che condizionano la qualità di vita e delle cure nella vecchiaia, inclusiva degli aspetti esistenziali, spirituali, relazionali e di senso del percorso di vita, necessario fondamento degli interventi tecnici e specialistici.**



Nuove popolazioni, nuovi bisogni

- Dalla cultura della cura alla cura delle storie di vita: identità, storicità, sicurezza, appartenenza, autostima, autorealizzazione, benessere
- Le contaminazioni fra culture, metodi, servizi, risposte possibili. Dalla visione verticale alla visione orizzontale
- La multiculturalità: visione della vita, spiritualità e trascendenza, significato delle parole e dei gesti, sistemi di valore, cultura del morire, ritualità del corpo
- Includere il termine dell'esistenza nella normalità della vita. Morire per le malattie, morire con le malattie, morire perché il tempo della vita sta finendo.

**I BISOGNI DELLE FAMIGLIE, LA RETE-NON
RETE, LA RETE CHE NON VEDE**

Vita indipendente

Housing sociale life-resistant

Certificazioni life-resistant

Alloggi singoli pubblici-agevolati

Alloggi singoli privati-adattati

Alloggi accorpato mono-generazionali

Alloggi accorpato Inter-generazionali

Vita indipendente condivisa

Co-housing

Appartamenti in condivisione

Cantous

Abbeyfield

Vita indipendente protetta

Alloggi protetti

Appartamenti in rete

Abitazioni diffuse

Vita assistita

Servizi di prossimità e servizi accessori alla vita indipendente e assistita

Spesa a domicilio

Farmaci a domicilio

Pasti a domicilio

Trasporti assistiti

Bagno assistito

Cura della persona

Centri di ascolto

Volontariato di comunità

Animazione del tempo

Arricchimento delle relazioni

Vita di comunità

Governo della casa (COLF)

Assistente personale (Badante)

Assistente di comunità

Contratti Canguro

Assistenza diurna/notturna/integrativa

Addestramento care-giver

Sostituzione care-giver

Centro servizi di comunità e Web Services

Servizi di supporto amministrativo

Portineria sociale

Operatori di prossimità

Telesoccorso

Primo Intervento

Servizi di vita assistita

Comunità alloggio

Case Albergo/Hotel

Residenze comunitarie

Residenze sociali (R3)

Alzheimer Café

Meeting Point

Memory Care Unit

Dipendenza e Fine Vita

Servizi residenziali istituzionali e specialistici

Residenze socio-sanitarie (R2)

Residenze socio-sanitarie specializzate (R1)

Nuclei SLA (R1)

Nuclei SV (R1)

Hospice (R1)

Servizi di cure primarie e servizi domiciliari formalizzati

Medicina generale e Medicina in Rete

Continuità assistenziale

SEU/118

Assistenza domiciliare sociale (SAD)

Consultorio familiare geriatrico

ADI generale

ADI dedicata

ADI Cure Palliative

Servizi integrati e polifunzionali

Centri di aggregazione

Centri polifunzionali

Centri Diurni integrati

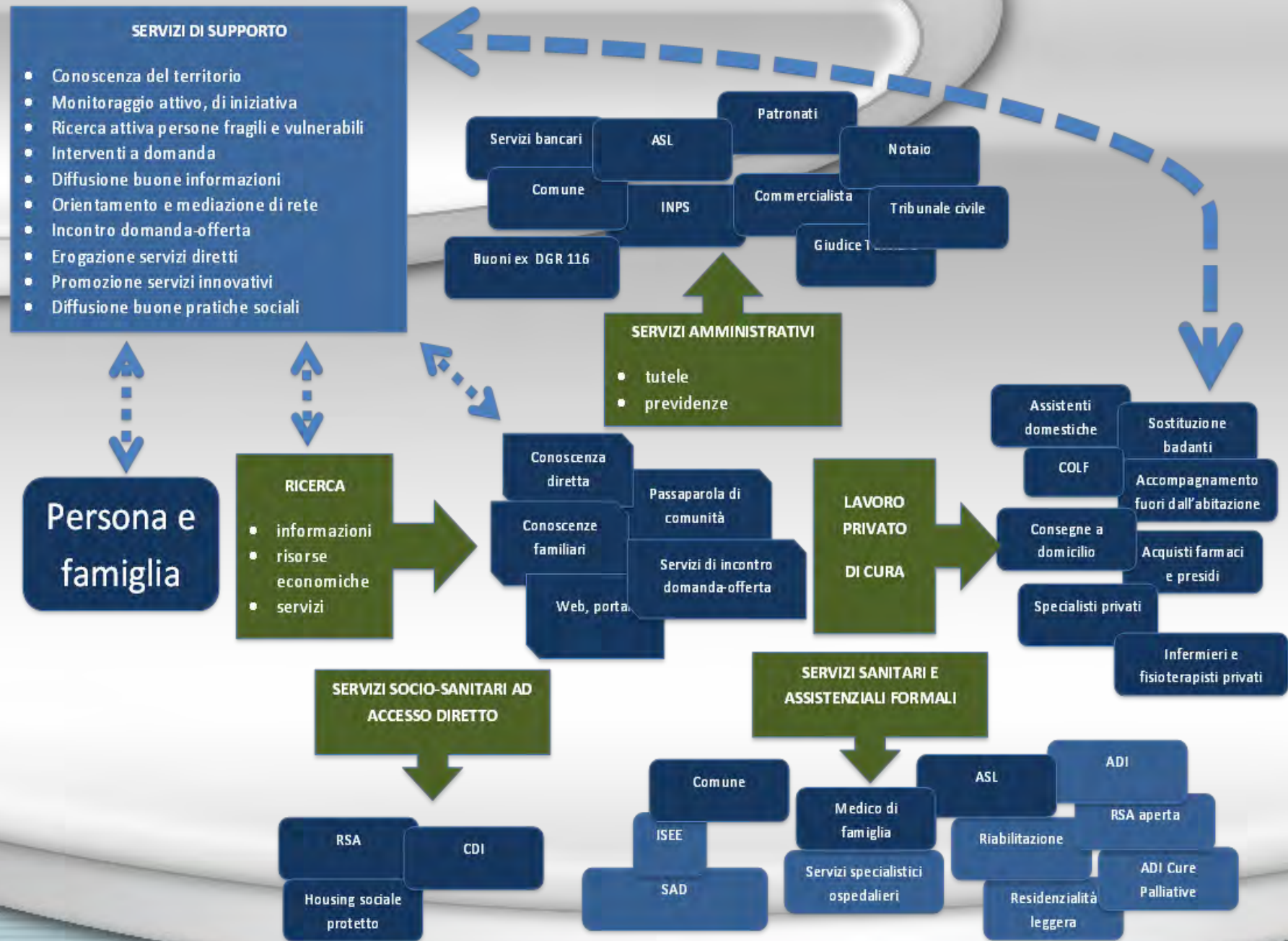
Centri diurni Alzheimer

Sistemi abitativi integrati

Progetto Digital Environment for Cognitive Inclusion (Horizon 2020)

Nel corso del progetto, durato tre anni, sono stati sperimentati i benefici di processi di presa in carico sostenuti da piattaforme tecnologiche e modelli di riabilitazione neuropsicologica, anche a distanza. E' stata l'occasione per organizzare **focus group** con famiglie di persone con demenza. E' stato chiesto di descrivere il percorso di cura e di problem-solving dal loro personale punto di osservazione.

Le famiglie sembrano essersi adattate alla necessità di affrontare da soli e in autonomia la ricerca di informazioni, l'attivazione dei servizi accessori, le scelte di cura. **I servizi professionali sanitari e di LTC non sono descritti come interlocutori privilegiati.** Sono coinvolti per risolvere problemi contingenti, quando ritenuto opportuno o necessario. **Non sono percepiti come una rete efficace e ben collegata** ma come un insieme mal governato e mal orientato di prestazioni **da utilizzare quando e se ritenuto utile.**



I bisogni delle famiglie

- Riorganizzare l'esistenza, le relazioni, l'economia domestica: ripensare i ruoli familiari; conciliare vita, lavoro e esistenza. La ricerca della normalità o di una nuova **normalità**.
- Ottenere informazioni, accedere a risposte efficaci e sostenibili, progettare l'oggi e il futuro: il bisogno di **accompagnatori esperti**
- **Compensare i limiti del sistema e dei professionisti**: risposte parziali, risposte disorientate, separazioni, frammentazioni, complessità e barriere amministrative. **Le famiglie case-manager di sé stesse**
- **Progettare un'organizzazione**; da care-giver a datore di lavoro
- **Gestire e superare le fasi critiche**, sostenere la **fatica** e il rischio di **burn-out**
- **Mantenere il governo** della situazione e della propria esistenza, vedere riconosciute le proprie priorità



“... We are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease, 19th century models at the dawn of the 21st century ...” (Kane, 2005)

“ ... La diagnosi è un elemento necessario, ma quasi mai sufficiente per identificare i bisogni di cura e assistenza delle persone affette da patologie croniche e va necessariamente integrata con le informazioni di contesto biologico, funzionale e sociale necessarie a formulare un piano di cura .. ” (Guaita A, 2015)

“ ... Passare da una classificazione per “diagnosi” a una classificazione per “scale” non è un grande passo avanti, se non si supera il ruolo passivo di “registrazione del caso” per divenire anche revisori critici dei bisogni che si stanno valutando. Trascurare gli strumenti anche narrativi e clinici di interpretazione delle storie personali, infatti, non consente di mettere in discussione il percorso fra malattia e disabilità che la persona sta compiendo, per dargli eventualmente nuove chance di cura; obbliga ad accettarlo così come è non per curarlo, ma per “collocarlo” al meglio ...” (Guaita, 2015)

Tabella 1 - *Caratteristiche della diagnosi e della valutazione multidimensionale a confronto.*

Diagnosi	Valutazione multidimensionale
La diagnosi è “negativa” si basa su ciò che non funziona, sui danni	Valuta e rende evidente il positivo, anche ciò che funziona
La diagnosi è statica, non si modifica con le diverse fasi di gravità	Si modifica con il modificarsi della gravità della situazione
La diagnosi astrae dai contesti personali, biologici e sociali	Valorizza gli intrecci fra gli elementi di contesto biopsicosociale
La diagnosi è insufficiente per definire i bisogni di cura individuali	Fornisce gli elementi fondamentali per il piano di cura individuale

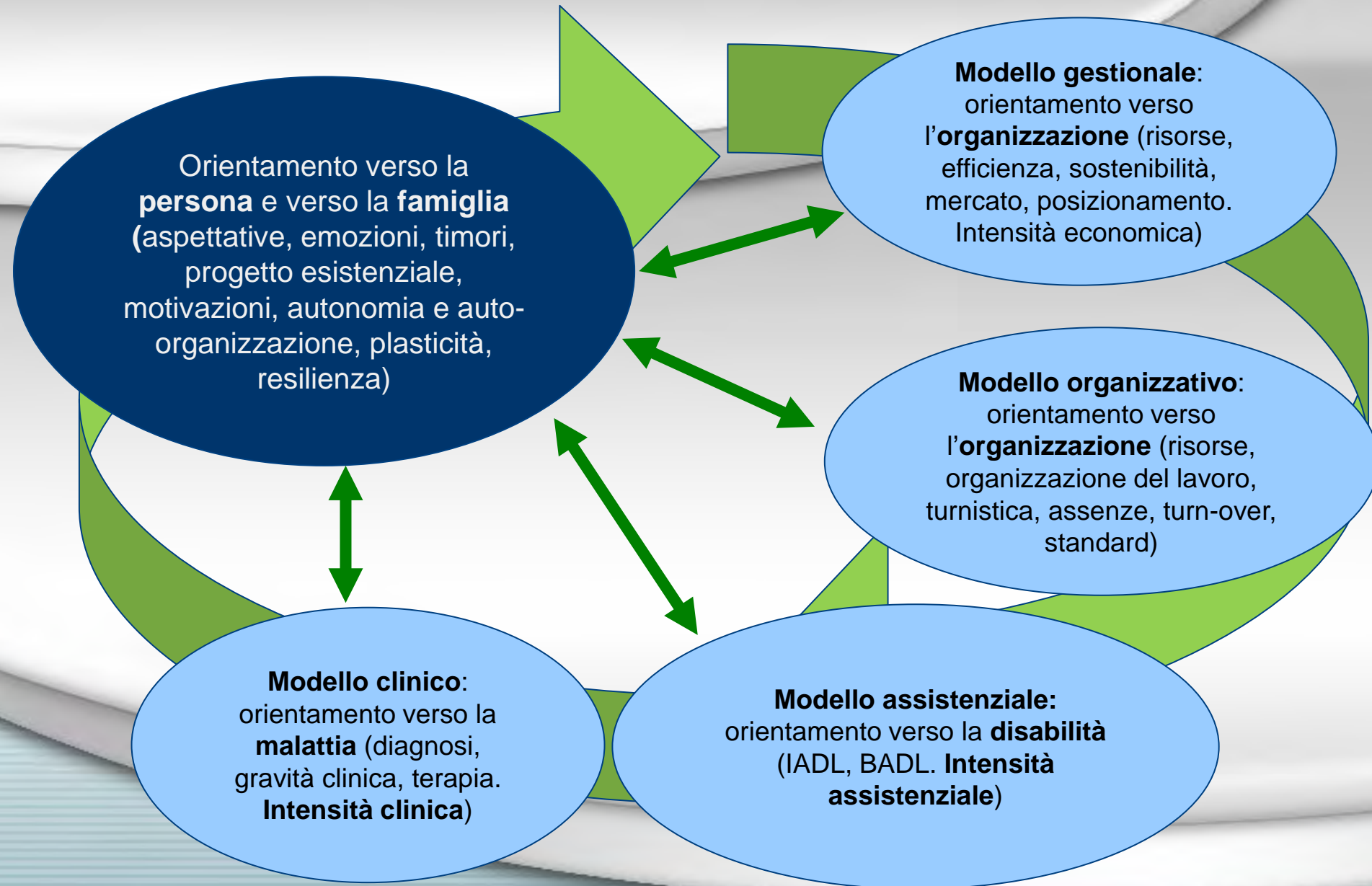
Tabella 2 - *Le Unità di Valutazione Geriatrica: caratteristiche di un servizio di “valutazione”.*

• mantenere la valenza clinica e valutativa rivolta alla persona, al malato e alla sua famiglia
• evitare ogni tentazione di diventare un servizio “autorizzativo”
• essere persone che aiutano altre persone
• non emettere sentenze, ma farsi carico del risultato
• non “classificare” il bisogno, ma aiutare a perseguire il miglior risultato possibile
• non diventare un servizio di “ <i>management</i> ” del caso al posto della famiglia, se presente, ma impostare una metodologia di “ <i>counseling</i> ” e di sostegno alle scelte

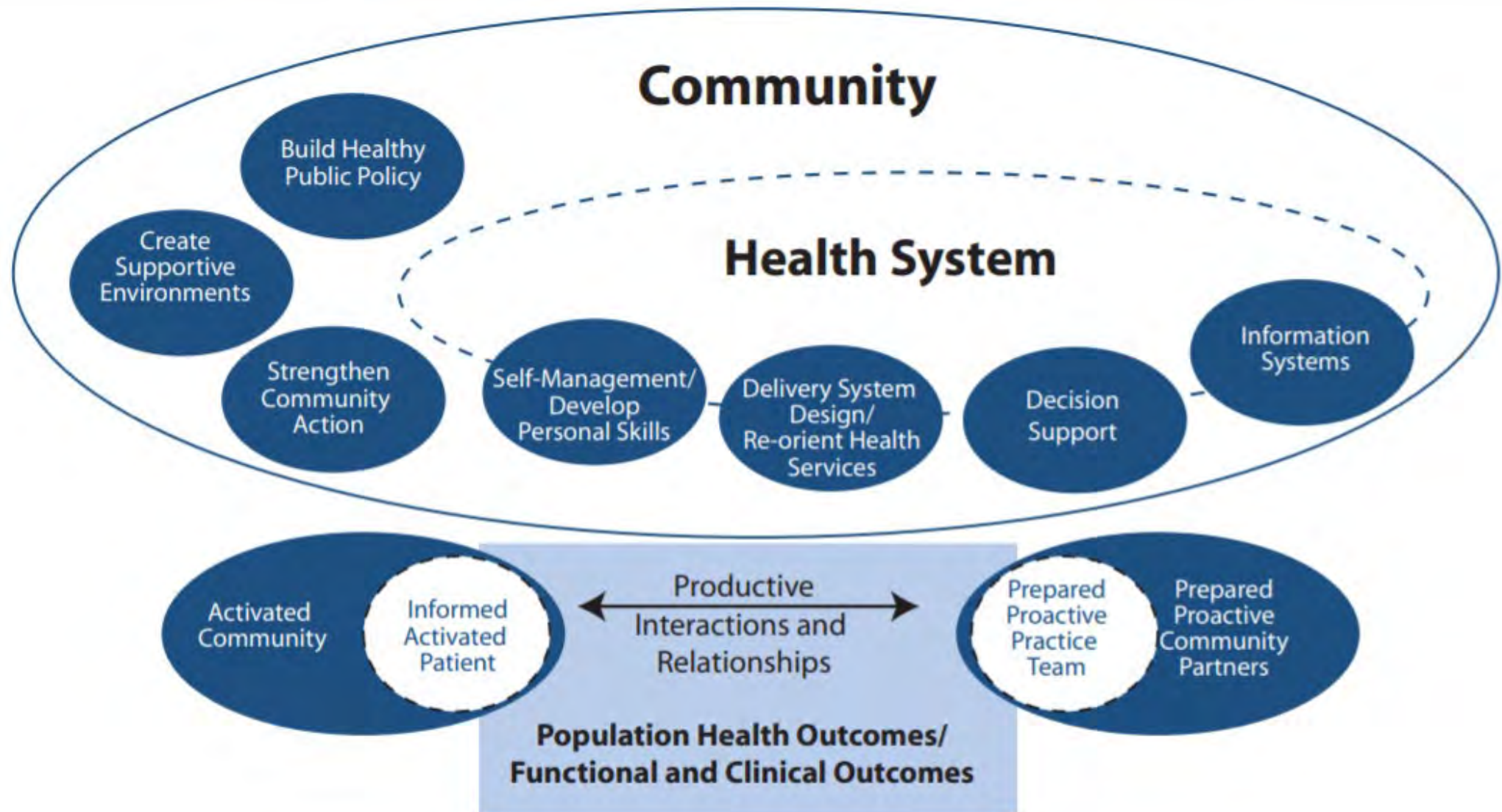
Quale VMD e per quale utilizzo?

- *Gate-keeping* negativo, per limitare l'accesso ad alcune risorse
- *Gate-keeping* positivo, per orientare la persona giusta, al servizio giusto, nel momento giusto
- Rilevazione oggettiva del funzionamento e dei bisogni, per garantire il diritto delle persone a ricevere cure di qualità e intensità appropriate
- Fonte di dati epidemiologici sistematici di qualità adeguata a favorire la stratificazione dei bisogni, la programmazione e il governo del sistema, la stima degli esiti degli interventi e degli investimenti.
- **Strumento di screening sistematico nelle popolazioni di età più avanzata (80+), secondo logiche proattive e di iniziativa di identificazione tempestiva dei bisogni**
- **Valutazione oggettiva delle dimensioni che condizionano benessere e qualità di vita, con una particolare attenzione ai bisogni soddisfatti e insoddisfatti**
- Strumento di follow up sistematico delle condizioni croniche, **anticipando e governando in modo proattivo le fasi di transizione e di avvicinamento al termine dell'esistenza.**

Modelli di riferimento nel lavoro di cura



Expanded Chronic Care Model



MODELLI POSSIBILI. LA DANIMARCA



- *«L'abitare è la prima ed essenziale forma di servizio»*
- *«E' più efficace e efficiente spostare i servizi che le persone»*
- *«Le persone devono poter ricevere la stessa qualità e quantità di servizi indipendentemente dal luogo in cui devono essere garantiti, ma solo in relazione alle loro necessità»*



- Il sistema di welfare è fortemente **decentralizzato** e sotto la sostanziale responsabilità delle 98 municipalità.
- Il Governo centrale ha un ruolo ridotto; definisce i principi generali, promuove accordi sulla regolazione generale o avvia linee di finanziamento specifiche per le politiche locali. Le politiche nazionali e legislative sono definite attraverso la consultazione con i principali stakeholders, fra cui le Regioni e le Municipalità.
- Le 5 Regioni amministrative governano e regolano i servizi sanitari
- **Il sistema di Housing sociale e di LTC è governato, organizzato e regolato dalle Municipalità**, responsabili dell'erogazione e della qualità dei servizi territoriali, fra cui prevenzione primaria delle malattie, servizi per anziani e servizi per le dipendenze; definiscono anche i criteri di eleggibilità a ricevere servizi, acquistano servizi dagli erogatori privati e mantengono la responsabilità per le attività riabilitative di comunità.
- Le Municipalità hanno una notevole autonomia, anche nella definizione dei modelli di valutazione e dei percorsi di presa in carico. Questa impostazione determina una notevole variabilità nelle applicazioni locali; come sottolinea la Commissione europea, questo porta a *“98 versioni municipali del sistema Danese di LTC”* (European Commission, 2018)

Un sistema flessibile e modulare

1. Gli obiettivi del sistema di welfare danese sono orientati sia a migliorare la qualità di vita delle persone che esprimono bisogni di cure e di assistenza che a rafforzare la loro **capacità di prendersi cura autonomamente delle proprie necessità**, attraverso una specifica attenzione a prevenzione, informazione ed **empowerment** dei cittadini (European Commission, 2018).
2. Il modello esprime una **visione molto integrata dell'offerta di cura**. La casa, la rete di sostegno naturale della persona e le nuove soluzioni abitative a diverso grado di protezione sociale rappresentano la **piattaforma abitativa** (*Habitat Pad*), fondamento di una efficace ed efficiente azione dei servizi di supporto domiciliare (Predazzi, 2014).
3. In ugual modo, **il sistema valorizza i benefici dell'integrazione delle soluzioni abitative con le altre forme di supporto alla persona** (operative ed economiche), secondo una **visione sistemica** che privilegia le risposte ai bisogni, la continuità di cura lungo l'intero arco della vecchiaia e una **visione di insieme** piuttosto che l'attenzione alla sola offerta

Case-management

Visite preventive

Reablement

Supporto al caregiving

Aiuto domestico

Servizi alla persona

Adattamento degli ambienti e ausili

Servizi sanitari

Housing sociale

Social housing for the elderly

Social care homes

Care Homes

Social care homes

Sheltered housing

Nursing homes

Sussidi e interventi economici (indipendenti dal luogo)

- La **priorità assegnata alla casa come luogo naturale della cura** garantisce la tutela dei diritti fondamentali delle persone, rispetta i desideri di tutti e riconsegna la vecchiaia alla normalità dell'esistenza.
- Gli anziani danesi possono contare su un **ampio ventaglio di servizi**, facilmente accessibili e in grado di sostenere nel tempo la progressiva riprogettazione esistenziale e organizzativa cui sono chiamati – insieme alle proprie famiglie – lungo lo sviluppo della vecchiaia. **Le riposte non sono concentrate sui problemi di malattia e disabilità ma, prima di tutto, sulla qualità di vita e sulla qualità dell'abitare.**
- La **normativa danese rappresenta un esempio di interazione trasversale fra ministeri e competenze istituzionali diverse: casa, lavoro, ambiente, trasporti, organizzazione urbana, cultura, economia e servizi.** Per la Commissione europea, il sistema danese resta ancora “il più universale e inclusivo sistema al mondo” (European Commission, 2018).

- Il cambiamento avviato negli anni '80 ha portato a una drastica riduzione delle tradizionali NH. **Questo obiettivo non è stato attuato attraverso l'aumento dei servizi domiciliari**, che raggiungevano già un numero elevato di anziani e la cui offerta è rimasta sostanzialmente stabile negli anni successivi, fino ai decisi tagli degli ultimi dieci anni. **Piuttosto, l'offerta residenziale istituzionale è stata sostituita dall'immissione sul mercato di migliaia di soluzioni di Housing sociale, diffuse, flessibili e proporzionate alle esigenze degli anziani.**
- In altre parole, il centro della riforma danese non è stato il potenziamento dei servizi domiciliari, **quanto il sostanziale ripensamento di quella abitativa e l'efficace integrazione di questa con l'intera offerta sociale e sanitaria.**

Il sistema di Housing sociale

- In Danimarca, l'**Housing sociale comprende tutte le soluzioni abitative sostenute da investimenti economici o normativi pubblici o di interesse pubblico**, indirizzate ad arricchire l'offerta del mercato immobiliare privato verso cittadini che potrebbero avere difficoltà a trovare una casa adatta per **motivi economici** (costo di acquisto, affitti elevati), oppure per la **presenza di bisogni specifici** : solitudine, disagio sociale, limitazioni nelle autonomie, malattie.
- Il sistema di Housing sociale rappresenta più del 20% dell'intera offerta abitativa, un vero e proprio "terzo settore" nel mercato della casa. L'offerta è prevalentemente pubblica o non profit. **Le organizzazioni non profit, sono interpretate come di interesse pubblico**; nel 2020 erano circa 760 e controllavano 541.500 unità abitative
- Le riforme hanno promosso una elevata capacità di autofinanziamento del settore. Oggi, il 91% del capitale per i progetti di Housing sociale deriva da mutui ipotecari, il 7% dalle municipalità e il 2% dagli affitti degli inquilini. Il Governo interviene come **garante per i mutui bancari** contratti per un importo superiore al 65% del costo iniziale dell'investimento. Fornisce anche sussidi economici alle organizzazioni non profit, **partecipando al costo degli interessi sui mutui**; le stesse organizzazioni sono **esentate dalle tasse sui ricavi e dalla tassazione sui beni immobili**. Le Municipalità, garantiscono **supporto economico agli inquilini** con entrate economiche ridotte.
- Le autorità locali garantiscono capitali, garanzie e sussidi alle organizzazioni che operano nel sistema. Approvano l'entità degli affitti, amministrano i sussidi economici per gli affitti e hanno un ruolo chiave nel monitoraggio e nella regolazione delle associazioni. **Hanno la responsabilità del fatto che ogni residente abbia un'abitazione adeguata alle sue esigenze.**
- Gli **affitti sono cost-based e non legati al reddito**, per favorire il recupero degli investimenti iniziali (OECD, 2020). L'accesso alle diverse forme di Housing sociale **non prevede limiti di reddito**; oppure sono previsti, ma solo in alcune Municipalità, limiti di reddito molto elevati. Questo, per **favorire un normale mix sociale fra i residenti**

Tabella 6.9 – Danimarca. Utenti 65+ dei servizi di LTC domiciliari (2010-2018)

Utenti per tipo di LTC	2010	2015	2018
Popolazione 65+	927.368	1.070.063	1.132.006
Popolazione 75+	391.116	435.605	233.559
CURE DOMICILIARI			
Donne 65+ in assistenza domiciliare (n.)	286.461	237.789	233.599
Uomini 65+ in assistenza domiciliare (n.)	152.012	135.851	140.532
Totale 65+ in assistenza domiciliare (n.)	438.473	373.640	374.132
% popolazione 65+	47,3%	34,9%	33,1%
Donne 65+ – Media ore di assistenza domiciliare	3,0	3,2	3,0
Uomini 65+ – Media ore di assistenza domiciliare	3,4	3,6	3,3
Totale 65+ – Media ore di assistenza domiciliare	3,1	3,3	3,1
VISITE PREVENTIVE			
Donne 75+ che hanno ricevuto una visita preventiva	NA	57.145	57.166
Uomini 75+ che hanno ricevuto una visita preventiva	NA	37.977	37.626
Totale 75+ che hanno ricevuto una visita preventiva	NA	95.122	94.792
% popolazione 75+	NA	21,8%	19,6%
PASTI A DOMICILIO			
Totale 65+ che hanno ricevuto pasti a domicilio	46.546	39.491	37.048
% popolazione 65+	5,0%	3,7%	3,3%
NA: Non Applicabile			

Fonte: (WHO, 2019) (Statistic Denmark, 2019).

Tabella 6.7 – L'evoluzione del sistema residenziale danese e dell'Housing sociale fra il 1996 e il 2010

Anno	Nursing Homes	Sheltered Housing	Social dwellings for the elderly and social care homes	Totale
1996	36.444	5.122	22.791	64.357
2001	27.635	3.973	37.899	69.507
2009	9.436	1.824	67.703	78.963
2010	8.761	1.804	71.494	82.059

Fonte: (The Danish Ministry of Housing, Urban and Rural Affairs, 2014).

Tabella 6.8 - Danimarca. Utenti 65+ dei servizi residenziali e abitativi di LTC (2010-2018)

Utenti per tipo di LTC	2010	2015	2018
Popolazione 65+	927.368	1.070.063	1.132.006
CURE RESIDENZIALI			
Nursing homes	7.845	4928	3349
Protected dwellings	1454	823	673
Nursing dwellings destinate principalmente a 65+	32.228	35.825	38.846
Housing generale per anziani	27.517	25.925	24.846
Nursing homes o residenze private	436	624	859
Totale 65+ accolti in strutture residenziali	69.480	67.495	65.573
% popolazione 65+	7,5	6,3	5,8
I dati sono quelli relativi alle popolazioni 65+ presenti nelle diverse forme residenziali			

Fonte: Statistic Denmark, 2019.

- In Danimarca, **il numero di anziani istituzionalizzati e il carico di lavoro gestito direttamente dai familiari sono fra i più bassi in Europa**, mentre poco meno di 1 milione di ultra 60enni sceglie di continuare a vivere nella propria dimora naturale, **potendo contare sugli stessi servizi garantiti ai residenti delle strutture a diverso orientamento o specializzazione** (The Danish Ministry of Housing, 2014).
- La **scelta di cambiare casa** per usufruire di una delle forme residenziali più recenti, quindi, è oggi condizionata essenzialmente da motivi personali come, ad esempio, la necessità di una maggiore **socializzazione** o di una **migliore qualità abitativa**. Oppure, è collegata al desiderio di utilizzare i servizi delle nuove **soluzioni di vita assistita**, che mantengono una configurazione abitativa più gradita e meno intrusiva dei tradizionali modelli istituzionali.
- Questo cambiamento si riflette anche nell'evoluzione della comunicazione sociale. Gli slogan che accompagnavano le prime riforme danesi erano basati sul tema: *“Vivere a casa il più a lungo possibile”*. Dopo le riforme degli anni '90, il tema è diventato *“Move in the right time”* (*“Spostati nel momento giusto”*) (Welling, 2004), sottolineando il **ruolo attivo delle persone nella scelta della casa più funzionale alla progettazione della propria vecchiaia**.



- **L'esperienza del lavoro di cura da parte di conviventi, familiari e altri caregiver informali è meno onerosa** che nel resto d'Europa, grazie ai molti interventi di supporto e sollievo e alla specifica tutela della riconciliazione vita-lavoro
- La sensibilità sociale e i legami di comunità sono elevati. Svolgono il ruolo di caregiver non retribuiti il 7% dei danesi in età lavorativa e il 18% di quelli in età 65+.
- Il 16% della popolazione (20% donne, 13% uomini) garantisce sostegno per almeno una volta alla settimana a parenti, amici o vicini e più del 40% della popolazione danese svolge attività di volontariato;
- Anche in Danimarca i **familiari degli anziani con demenza**, però, sostengono responsabilità onerose e dedicano una media di sei ore al giorno al supporto ai propri congiunti.

- Anche l'offerta danese **fatica a seguire l'evoluzione demografica**. Le persone accolte nelle forme di assistenza abitativa o residenziale si stanno riducendo in numero assoluto e in percentuale sul totale degli anziani 65+ (dal 7,5% del 2010 al 5,8% del 2018). Parallela la riduzione del numero di anziani seguiti dai servizi domiciliari, scesi nello stesso intervallo dal 47,3% al 33,1%.
- I nuovi scenari demografici propongono la **complessità e numerosità delle situazioni di maggiore dipendenza fisica e cognitiva**. L'età media all'ingresso nei servizi di Housing sociale è cresciuta da 83 a 85 anni e le persone con **demenza** rappresentano ormai la metà dei residenti dei servizi residenziali per anziani. Anche il livello di compromissione delle autonomie nelle funzioni primarie della vita quotidiana dei residenti è elevato e aumenterà nel tempo.
- Il modello centrato sulla valorizzazione delle autonomie viene oggi provocato dai bisogni della **non autosufficienza**, quella più concreta, che anticipa di 8-10 anni l'approssimarsi del termine naturale dell'esistenza e che può oltrepassare la tenuta fisica delle reti familiari e di servizio.

- **L'invecchiamento della popolazione sta facendo emergere nuove preoccupazioni per i cittadini e i decisori politici.** Il tema della **sostenibilità economica** di un sistema di welfare così esteso è strategico. I governi degli ultimi dieci anni hanno già dovuto procedere a tagli incrementali delle risorse trasferite ai Comuni, a interventi di razionalizzazione e contenimento dei servizi e al ridimensionamento delle politiche di sviluppo.
- Gli operatori dei servizi e le organizzazioni segnalano la **difficoltà di rispondere ai bisogni di queste popolazioni e manifestano preoccupazioni per la capacità futura del sistema di garantire risposte adeguate per quantità e qualità.** Segnalano anche la necessità di garantire più tempo alla cura della persona alleggerendo gli oneri di tipo burocratico-amministrativo.
- La **Danish Alzheimer Association** chiede un'**evoluzione del sistema residenziale** rispetto ai bisogni delle persone con demenza. Molti anziani non sono in grado di vivere autonomamente nei propri spazi personali o di utilizzare al meglio le attività sociali mentre le soluzioni implementate da Comuni e operatori sembrano ancora poco efficaci.



**Patto per un
nuovo welfare
sulla non
autosufficienza**

Anziani non autosufficienti: le proposte del Patto per un Sistema Nazionale di Assistenza

29 aprile 2022

Impianto generale

- Lo SNA comprende *l'insieme di tutte le misure a titolarità pubblica* dedicate all'assistenza degli anziani (età 65+) non autosufficienti (interventi sanitari, sociali e INPS)
- Il funzionamento dello SNA si basa *sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta degli interventi, che mantengono le titolarità istituzionali attualmente esistenti* (statali, regionali o comunali)
- Il sistema garantisce risposte unitarie e integrate
- Proposte innovative per il welfare italiano ma assolutamente in linea con il dibattito culturale e le applicazioni europee degli ultimi decenni

I PASSI DEL PERCORSO, L'ACCESSO UNICO

PUA (Punto Unico di Accesso)	<ul style="list-style-type: none">• Fornisce informazioni, orientamento e supporto amministrativo
VNB (Valutazione Nazionale di Base)	<ul style="list-style-type: none">• Valuta l'anziano con uno strumento adeguato• Stabilisce l'accesso allo SNA• Definisce le prestazioni nazionali da ricevere
UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)	<p>(le viene trasmessa la VNB)</p> <ul style="list-style-type: none">• Definisce gli interventi locali da ricevere• Attiva il Progetto assistenziale integrato (Pai)

UN PERCORSO UNITARIO E SEMPLIFICATO

Tutela e trasparenza dei diritti	Una sola valutazione - oggettiva e multidimensionale - per accedere all'intero sistema
Semplificazione del percorso	Da cinque-sei a due valutazioni
Continuità del percorso	Due livelli di valutazione collegati

I livelli essenziali

- La riforma deve indicare *l'insieme degli interventi a titolarità pubblica rivolti agli anziani non autosufficienti in Italia*
- *Lo SNA si fonda sul finanziamento pubblico dei livelli essenziali*
- *Lo SNA prevede interventi integrati. Comprende i livelli essenziali sociali (LEP) e sanitari (LEA), che vengono definiti ed erogati contestualmente*

Oltre le dicotomie

Tra Stato ed Enti locali

- *Lo Stato indica pochi elementi qualificanti di ogni intervento previsto nella filiera, nel rispetto dell'autonomia di Regioni e Comuni. Questi pochi elementi qualificanti sono i LEA e i LEP*

Tra realtà attuale e riforma

- *Non si tratta di rifare l'intero sistema, bensì di rafforzarne gli elementi più deboli ed integrarne le diverse parti*

La filiera dello SNA

- Servizi domiciliari
- Soluzioni abitative di servizio
- Servizi semiresidenziali
- Servizi residenziali
- Prestazione universale per la non autosufficienza
- (ulteriori) Interventi per le assistenti familiari
- Interventi a sostegno dei caregiver familiari
- Interventi per gli adulti con disabilità che invecchiano

Il riconoscimento del ruolo dell'abitare

- Le Soluzioni abitative di servizio costituiscono *l'insieme delle misure di supporto abitativo agli anziani*
- Vi rientrano *civili abitazioni* – individuali, in coabitazione, condominiali o collettive – *che garantiscono sicurezza e qualità della vita all'anziano*
- *Possono essere integrate da servizi* di supporto alla socialità e alla vita quotidiana, *da ausili tecnologici* e da tecnologie assistive
- Sono inserite a pieno titolo nella filiera degli interventi dello SNA

LE SOLUZIONI ABITATIVE DI SERVIZIO

1. Le "Soluzioni Abitative di Servizio" (SAdS) costituiscono l'insieme delle **misure di supporto abitativo** alle esigenze di anziani con limitazioni delle **autonomie** o in condizioni di **fragilità** o **vulnerabilità sociale**. Appartengono alla rete dei servizi sociali e sono inserite fra i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEP).
2. Le SAdS sono rappresentate da civili abitazioni, individuali, in coabitazione, condominiali o collettive che rispondono alla necessità di garantire sicurezza e qualità alla vita indipendente o alla vita assistita di persone con limitazioni delle autonomie e concomitanti condizioni di fragilità o vulnerabilità sociale.
3. Sono realizzate secondo principi di buona qualità costruttiva che le rendono adatte o adattabili alla vita di chi, in vecchiaia, si trovi nelle condizioni definite al punto precedente. Possono essere integrate da servizi accessori di supporto alla socialità e alla vita quotidiana, da servizi alla persona, da ausili tecnologici per la vita sicura, da tecnologie assistive e da facilitazioni al lavoro privato di cura.
4. Vengono stabiliti i criteri strutturali e organizzativi in base ai quali una forma di civile abitazione individuale - in coabitazione, condominiale o di edilizia pubblica o convenzionata - può essere considerata compatibile con il modello delle SAdS.
5. Sono previste forme di autorizzazione o accreditamento sociale per le organizzazioni idonee a coordinare le SAdS e a erogare i relativi servizi accessori, definendo contestualmente i necessari requisiti di solidità organizzativa, formazione ed esperienza.
6. Viene definito il modello di integrazione delle SAdS nella rete del welfare locale. In presenza di specifici bisogni, le persone che vivono in una SAdS mantengono il diritto a ricevere il supporto dei servizi domiciliari sociali, sociosanitari e sanitari territoriali.
7. Si prevede un Piano nazionale di durata pluriennale per la qualificazione abitativa, ambientale e dell'organizzazione urbana e per la realizzazione di contesti di vita inclusivi e amichevoli per la vecchiaia e per la compromissione cognitiva. Il Piano:
 - a) definisce criteri di buona qualità costruttiva, volti a certificare le soluzioni abitative e i modelli di organizzazione urbana come "adatti o adattabili" alla vita in vecchiaia, age-friendly o dementia-friendly;
 - b) promuove la diffusione di modelli di housing sociale di servizio e di programmi di riqualificazione dei sistemi di edilizia pubblica o convenzionata che adottino il modello e i principi delle SAdS;
 - c) prevede incentivi economici per l'adeguamento delle abitazioni alle necessità della vecchiaia e per la diffusione di ausili tecnologici alla vita domestica sicura;
 - d) favorisce soluzioni di offerta immobiliare tutelata e di mobilità abitativa, supportate da agenzie consortili gestite da enti o associazioni non profit con la partecipazione dei Comuni con funzioni di controllo.

La nuova domiciliarità

Assicurare l'unitarietà della risposta

- Interventi integrati tra sanità e sociale, elaborazione del progetto assistenziale integrato (Pai) e individuazione del case manager

Offrire un appropriato mix di prestazioni

- Innanzitutto, servizi medico-infermieristico-riabilitativi, sostegno all'anziano nelle attività fondamentali della vita quotidiana, affiancamento a caregiver familiari e assistenti familiari

Fornire assistenza per il tempo necessario

- Durata della presa in carico adeguata rispetto ai bisogni degli anziani e opportuna intensità degli interventi

Le altre persone che beneficiano dello SNA

I caregiver familiari

- Anche *le loro condizioni vengono valutate*: tale valutazione contribuisce al Pai. Sono previsti *interventi specifici* destinati ai caregiver familiari, al fianco di tutele previdenziali e misure per la conciliazione. Soprattutto, *l'attenzione alle loro esigenze attraversa l'intero disegno dello SNA*

Le assistenti familiari

- Il ruolo di assistenti familiari regolari e qualificate è sostenuto attraverso la *prestazione universale*, agevolazioni fiscali per chi la non la riceve, un *profilo professionale nazionale* e il relativo iter formativo e modalità per facilitare l'incontro tra domanda e offerta