

Alcune informazioni utili in riferimento al Policy Brief - UNECE

UNECE (*United Nations Economic Commission for Europe*)

Il Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite ECOSOC (*Economic and Social Council*) è uno dei sei organi principali delle Nazioni Unite e la piattaforma centrale per il dialogo e la ricerca sullo sviluppo sostenibile e su diversi temi economici e sociali. Nel 1947, l'ECOSOC ha costituito l'UNECE - Commissione Economica Europea per le Nazioni Unite (*United Nations Economic Commission for Europe*) - una delle cinque commissioni regionali delle Nazioni Unite.

Il principale obiettivo della Commissione UNECE è la promozione dell'integrazione economica in Europa.

Per fare questo riunisce 56 Paesi tra Stati membri dell'Unione Europea, altri non-EU, la Comunità degli Stati Indipendenti (*Commonwealth of Independent States - CIS*) ed il Nord America.

In ogni caso, tutti gli Stati Membri delle Nazioni Unite hanno accesso all'UNECE e più di 70 organizzazioni professionali e non-governative sono coinvolte nelle sue attività.

In quanto piattaforma multilaterale, UNECE facilita una maggiore inclusione economica e la cooperazione tra gli Stati membri e promuove lo sviluppo sostenibile e la prosperità economica mediante attività di: dialogo politico, negoziazione di strumenti legali internazionali, sviluppo di norme e regolamenti, scambio e applicazione di buone prassi e di esperienze tecniche ed economiche e cooperazione tecnica con Paesi in fase di transizione economica.

La Commissione UNECE contribuisce al potenziamento dell'efficacia delle Nazioni Unite attraverso l'implementazione regionale dei risultati delle conferenze e summit globali e definisce norme, standard e convenzioni per facilitare la cooperazione internazionale all'interno e all'esterno della regione di competenza.

POLICY BRIEF

Il *Policy Brief* è un documento che sintetizza la conoscenza e la ricerca esistente rispetto ad una determinata politica (*policy*). Normalmente è redatto in un linguaggio accessibile anche alle persone interessate ma non esperte e risponde alle domande: - Qual è l'evidenza della ricerca rispetto a una data politica o pratica? Quali raccomandazioni seguono questa evidenza? - In alcuni casi il *Brief* può avere l'obiettivo di sostenere una specifica posizione, in altri casi propone solo una discussione mirata sulle alternative disponibili senza sostenerne una in particolare.

DOVE TROVARLO

<http://www.unece.org/population/ageing/policybriefs.html>

(originale in lingua inglese)



TRADUZIONE

Alcuni termini inglesi come "*empowerment*" e "*care*" non trovano in italiano lemmi perfettamente corrispondenti per cui per renderne il senso è necessario utilizzare un insieme di altri termini o dare spiegazioni più complete.

Il termine "*empowering*" in ambito sociale, si riferisce a qualcosa che dà potere, che rafforza e contribuisce all'autoconsapevolezza. In generale il verbo "*to empower*" si riferisce al conferire il potere a qualcuno di fare qualcosa, a mettere qualcuno nelle condizioni di fare qualcosa. "*Empowerment*" si riferisce al senso di legittimazione, di responsabilizzazione, di trasferimento di poteri e/o di delega.

Per questo motivo nel testo sono state utilizzate espressioni diverse per tradurre questo termine complesso e si è preferito lasciarlo tra parentesi in inglese per ulteriore chiarezza.

Il termine "*care*" può essere tradotto come cura, attenzione, supervisione, custodia, responsabilità, eccetera e può indicare il prendersi cura o l'occuparsi di qualcuno. In questo testo è stato tradotto essenzialmente come assistenza, in modo da differenziarlo dalla cura, intesa in italiano come premura oppure come un intervento tendenzialmente di tipo medico.

In alcuni casi è stato necessario aggiungere una spiegazione di fenomeni non perfettamente traducibili in italiano (ad. Esempio "*ageing in place*"): in questi casi l'aggiunta al testo originale è in corsivo.

I principali riferimenti del testo (come la Dichiarazione Ministeriale di Vienna del 2012 e la Bibliografia) sono stati mantenuti in inglese.

(Traduzione a cura della cooperativa SAD.)

Policy brief

Strategie innovative e a sostegno dell'autoconsapevolezza e dell'autodeterminazione (*empowering*) nell'assistenza agli anziani

UNECE Policy Brief on Ageing No. 15
February 2015

2002 Regional Implementation Strategy of MIPAA, Commitment 7: To strive to ensure quality of life at all ages and maintain independent living including health and well-being.

2012 Vienna Ministerial Declaration – Ensuring a society for all ages: Promoting quality of life and active ageing. In fostering the implementation of MIPAA/RIS in its third implementation cycle (2013-2017), UNECE member States “are committed to raising awareness about and enhancing the potential of older persons for the benefit of our societies and to increasing their quality of life by enabling their personal fulfilment in later years, as well as their participation in social and economic development.” (goal III: Dignity, health and independence in older age).

Contenuti

Le sfide del contesto attuale	1
Le strategie proposte.....	1
I risultati attesi.....	1
Introduzione	2
Da assistenza passiva ad assistenza attiva.....	5
Dall'assistenza istituzionale ai servizi domiciliari e l'integrazione nella comunità locale	12
Nuove forme di cooperazione tra i servizi di assistenza pubblici ed altri settori: la comunità, il settore non-profit ed il privato.....	13
Conclusioni e raccomandazioni	16
Bibliografia.....	18
Checklist.....	20

Le sfide del contesto attuale

Il numero di persone anziane sta aumentando, rappresentando una quota sempre maggiore della popolazione, e, contemporaneamente, sta crescendo anche la diversità all'interno di questo gruppo sociale.

La varietà di stili di vita e di capacità fisiche, mentali e sociali tra le persone anziane porta, di conseguenza, ad una molteplicità di richieste rispetto all'assistenza.

Anche le dinamiche sociali ed istituzionali - come il cambiamento dei modelli familiari, di alloggio e di cura - hanno un impatto su questi bisogni. Molte persone anziane vivono da sole senza alcun supporto nelle vicinanze, molte altre preferiscono continuare a vivere in maniera indipendente piuttosto di essere ricoverate in apposite strutture.

Le difficoltà nell'assicurare assistenza adeguata ad un prezzo che queste persone possono permettersi sono molteplici.

In aree remote e rurali, la situazione è spesso problematica a causa dell'esodo della popolazione in età lavorativa che avviene in molti Paesi e dei costi elevati delle prestazioni di assistenza. Le persone più povere devono affrontare ostacoli di natura economica per accedere ad un livello di assistenza adeguato. Gli attuali sforzi nel taglio dei costi in vari Paesi dell'UNECE portano ad una riorganizzazione delle prestazioni di assistenza e dei relativi finanziamenti, in modo da renderle più efficienti, sostenibili e strutturate per il futuro.

Le strategie proposte

I nuovi sistemi di assistenza devono essere sviluppati in modo da rispondere ad una domanda in continua evoluzione.

Lo sviluppo di moderne politiche di assistenza, l'estensione di servizi di natura domiciliare e la promozione ed integrazione dell'assistenza all'interno delle comunità locali, rappresentano metodi efficaci di reagire ai cambiamenti sociali e di rispondere al desiderio di molte persone anziane di vivere in maniera indipendente.

Un cambiamento di paradigma, da assistenza vissuta passivamente ad assistenza sviluppata attivamente, dà alle persone anziane maggiore influenza e potere e questo assicura che i loro bisogni e desideri si riflettano in maniera più significativa nei servizi assistenziali. La cooperazione tra i servizi di assistenza pubblici ed il settore privato crea nuovi modelli di finanziamento e promuove il trasferimento di conoscenza tra pubblico e privato, spostando il focus commerciale sul target delle persone anziane.

L'uso di nuove tecnologie nell'assistenza facilita il miglioramento della qualità, della varietà e dell'efficienza dei servizi.

I risultati attesi

L'inclusione di nuove strategie in grado di rafforzare l'utenza (*empowering*) nel settore dell'assistenza in risposta ai cambiamenti sociali, permette di ampliare ed aumentare la gamma dei servizi assistenziali e di migliorarne la qualità, l'efficienza e l'orientamento verso il target della popolazione anziana.

L'obiettivo è quello di aiutare le persone anziane a mantenersi attive anche durante la fase di invecchiamento, di migliorare la qualità della loro vita ed il loro livello di benessere generale, fornendo servizi di assistenza personalizzati in base ai loro bisogni.

Con esempi di Buone Prassi da:

Austria, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Irlanda, Italia, Malta, Polonia, Svezia.

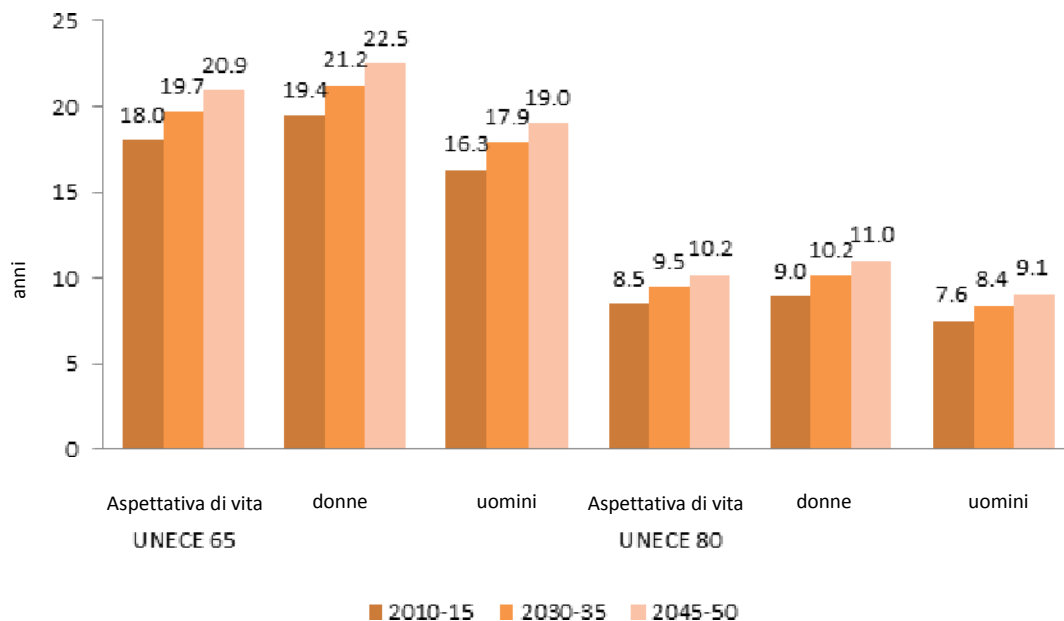
Introduzione

Cambiamenti demografici

L'invecchiamento della popolazione è una tendenza significativa in tutti i Paesi dell'UNECE. La Divisione Popolazione delle Nazioni Unite (*United Nations Population Division*) prospetta che nella regione UNECE la quota di popolazione over 65 aumenterà dal 15% nel 2013 fino al 20% nel 2030 e al 24% nel 2050 mentre la quota di persone di 80 anni o più raddoppierà abbondantemente dal 3,9 % del 2013 al 8,3% del 2050.¹

Oltre al basso indice di fertilità, un altro importante fattore alla base di questa tendenza è l'aumentare della longevità. Nella regione UNECE si prevede che gli uomini che oggi hanno 65 anni vivranno in media altri 16,3 anni, mentre per le donne della stessa età la media sale a 19,5 anni. All'età di 80 anni, l'aspettativa di vita media arriva a 7,5 anni per gli uomini e 9 anni per le donne.² Considerando questi calcoli sull'aspettativa di vita dal punto di vista delle possibili condizioni di salute, si prevede che, in media, gli uomini di 65 anni trascorreranno più della metà della loro aspettativa di vita in salute, al contrario delle donne.³ Per questo motivo l'età cronologica non può essere considerata un determinante automatico di dipendenza, fragilità e bisogno di assistenza.

Tabella 1
Aspettativa di vita all'età di 65 anni e di 80 anni nella regione UNECE



Fonte: Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (UNDESA), *Profiles of Ageing 2013*

L'aspettativa di vita oltre l'età di 65 anni è maggiore per le donne rispetto agli uomini e per questo le donne costituiscono la maggioranza delle persone anziane. Considerato che i bisogni di assistenza si differenziano in base all'età, al genere, al background socio economico ed alle abilità fisiche, questo *Policy Brief* suggerisce che le politiche dovrebbero essere centrate sulle persone e sui loro bisogni individuali.

Gli importanti flussi di migrazione di popolazione in età lavorativa in molti Paesi UNECE, da zone rurali ad aree urbane e da economie emergenti verso l'Europa Occidentale o la Federazione Russa, rappresentano un altro importante fattore demografico che influisce sull'invecchiamento. Nei Paesi di origine dei migranti, un numero significativo di anziani e di bambini sono spesso lasciati in famiglie in cui "manca una generazione", essendo formate per lo più da nonni e nipoti, e in cui la mancanza del supporto di altri familiari può determinare un'insufficiente disponibilità di assistenza. Nei Paesi che li accolgono, invece, i migranti che invecchiano accrescono l'eterogeneità della popolazione anziana che richiede assistenza.

¹ Dati del Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (UNDESA) (2013): *Profiles of Ageing 2013*, own calculations.

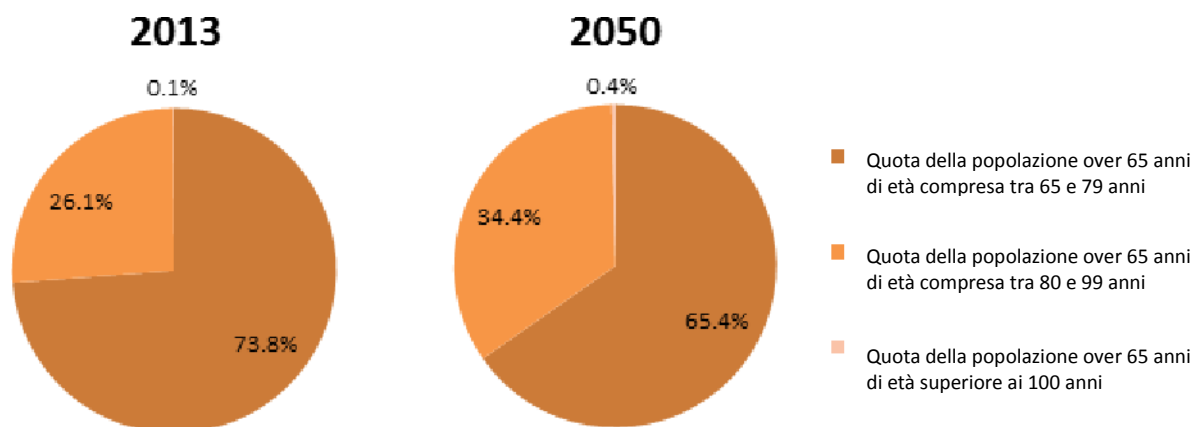
² L'aspettativa di vita cambia in modo considerevole nella regione UNECE, variando dagli 11 anni per gli uomini di 65 anni in Kazakistan ai 19 anni in Islanda, e dai 15 anni per le donne di 65 anni in Moldova ai 23 anni in Francia. *Ibid.*

³ Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite (UNECE) (2012): *Synthesis Report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the UNECE Region*.

I “nuovi anziani”

L'età anziana rappresenta un importante periodo di allungamento della vita in cui i bisogni, le abilità e le risorse differiscono sia da persona a persona, sia nel corso dell'esistenza di un individuo. Per valutare la diversità dei bisogni di assistenza, è necessario considerare non solo la struttura di età dell'attuale e della futura popolazione anziana ma anche una serie di caratteristiche socioeconomiche come l'educazione, i campi occupazionali prevalenti, il reddito eccetera.

Tabella 2
Struttura di età della popolazione over 65 nella regione UNECE



Fonte: Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (UNDESA), *Profiles of Ageing 2013*, own calculations

A grandi linee, in riferimento alla popolazione che ad oggi ha 65 anni o più:

- tre quarti di questo gruppo ha un'età compresa tra 65 e 79 anni (di cui il 40% costituito da persone nate dopo la Seconda Guerra Mondiale);
- un quarto di questo gruppo è attualmente costituito da anziani che hanno 80 anni o più (*older old*) ma si prevede aumenterà fino ad arrivare a più di un terzo entro il 2050;
- si stima che la quota di centenari presente in questo gruppo quadruplicherà entro il 2050⁴

Il veloce aumento nel gruppo dei “grandi anziani” (*oldest old*) potrebbe portare alla crescente domanda di servizi di assistenza, considerato che le probabilità di patologie croniche e bisogno di assistenza aumentano con l'avanzare dell'età. Tuttavia, il cambiamento demografico non avviene in isolamento: sviluppi in campo sociale, medico, culturale e politico possono influenzare i bisogni di assistenza e devono essere presi in considerazione nello sviluppo di nuove strategie di cura.

La ricerca mostra che, in generale, le generazioni nate dopo la Seconda Guerra Mondiale, stanno affrontando l'invecchiamento con risorse molto migliori rispetto a qualsiasi generazione precedente. Questo gruppo, definito dei “nuovi anziani” (*new old*) vive in condizioni di salute migliori ed è normalmente più attivo ed indipendente delle precedenti generazioni di anziani. Molte più persone sono abituate a prendere decisioni, ad essere coinvolte attivamente nella famiglia, nella comunità e nella vita sociale e desiderano continuare anche in età avanzata: per questo richiedono servizi di assistenza che consentano loro di farlo.

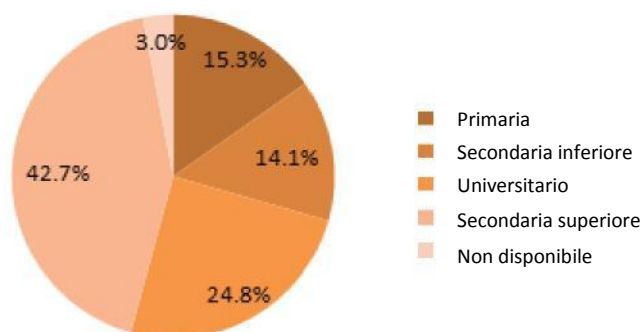
In media, le persone anziane oggi hanno un livello di educazione maggiore rispetto alle precedenti generazioni⁵ e sono più esperte nell'uso della tecnologia. Nella regione dell'UNECE, la proporzione di persone di età compresa tra 55 e 74 anni che usa un computer ed internet è aumentata notevolmente negli ultimi 10 anni, anche se a livelli molto diversi nei vari Paesi.⁶

⁴ Dati del Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (UNDESA), (UNDESA) (2013): *Profiles of Ageing 2013*, own calculations.

⁵ Ad esempio, nel 1950 una persona di 15 anni o più riceveva 7 anni di educazione formale in Europa Occidentale, 4.7 anni nell'Europa dell'Est e 9.6 anni in Nord America e Australia. Nel 1980, la media degli anni di educazione formale per le persone di 15 anni o più aumentò in queste regioni rispettivamente fino a 10.1, 8.1 e 11.8 anni. OECD (2014): *How was life? Global well-being since 1820*, p. 96, table 5.4.

⁶ L'utilizzo del computer varia attualmente dal 9% delle persone tra 55 e 74 anni in Turchia a 91% in Islanda. La percentuale di persone tra i 55 e 74 anni che utilizza internet settimanalmente è ancora la più bassa in Turchia con l'8% e la più alta in Islanda con l'85%. Le differenze regionali e nazionali nell'accesso e nell'utilizzo delle tecnologie informatiche e della comunicazione (ICT) sono significative, ma la tendenza all'aumento delle ICT è la stessa (UNECE Statistical Database, 2013).

Tabella 3
Livello di istruzione della popolazione over 50 nella regione UNECE
2012 (o ultimo dati disponibili)



Fonte: UNECE Statistical Database, da fonti nazionali ufficiali

L'assistenza oggi e le sfide future

L'aumento del bisogno di assistenza non è proporzionale alla crescita del numero o della quota di persone anziane. Lo stile di vita salutare e attivo di molte persone anziane contribuisce a mantenerle in buone condizioni di salute e, con il giusto supporto, consente loro di vivere in maniera indipendente per un periodo molto più lungo di quello delle generazioni precedenti.

L'ambito dell'assistenza comprende una serie di servizi volti a promuovere, monitorare e ristabilire la salute ed il benessere. Comunemente si divide in **assistenza sanitaria** e **assistenza sociale**, anche se è molto difficile effettuare una netta differenziazione tra le due. Generalmente, l'assistenza sanitaria riguarda servizi medici forniti da professionisti del settore, mentre quella sociale consiste in interventi individualizzati, volti ad aumentare il benessere delle persone a cui sono rivolti ed erogati dalle autorità locali, dal settore privato e da assistenti informali. Nonostante una certa mentalità di chiusura e diffidenza, che può essere predominante tra i fornitori di servizi, tra l'assistenza sanitaria e sociale esistono vari legami ed intersezioni: per questo la cooperazione e l'integrazione dovrebbero essere promosse nell'interesse degli utenti.

L'assistenza può essere fornita attraverso canali formali o informali, sebbene la demarcazione tra questi stia diventando sempre più sfumata.

Per assistenza formale si intendono servizi a pagamento forniti da professionisti formati, qualificati e certificati. I servizi sono controllati dallo stato o da altre organizzazioni e i caregivers sono generalmente protetti dal diritto del lavoro (inclusi i diritti sociali) e sono soggetti a regolamentazioni, come ad esempio un numero fisso di ore lavorative.

D'altra parte, si definisce assistenza informale quella fornita dalla famiglia, dagli amici o dai vicini di casa che hanno scarsa o nulla esperienza di assistenza professionale. Il lavoro è generalmente non pagato (anche se gli assistenti informali possono ricevere contributi finanziari), non c'è accordo contrattuale o riconoscimento formale di diritti sociali e non viene applicata la normativa del lavoro.

Le proporzioni di assistenza formale ed informale e le proporzioni di quella istituzionale o domiciliare sono variabili all'interno della regione UNECE.

In Europa, gli schemi di fornitura assistenziale differiscono in base alle aree geografiche. Nell'Europa settentrionale, i servizi assistenziali sono forniti per la maggior parte dal settore pubblico e sono caratterizzati da una larga parte di assistenza formale e da un basso coinvolgimento familiare nell'accompagnamento quotidiano. Nell'Europa Meridionale e dell'Est la famiglia è il principale fornitore di servizi di assistenza. Nell'Europa Centrale, la responsabilità dell'assistenza è distribuita in modo più equo tra la famiglia e le istituzioni pubbliche.

Molti Paesi in cui i servizi assistenziali finanziati dal settore pubblico hanno dominato nel passato, attualmente si focalizzano sempre di più sull'assistenza informale e promuovono la responsabilità della famiglia e della comunità.

Viceversa, i Paesi in cui la maggioranza dei compiti di assistenza sono svolti in maniera informale, possono implementare politiche per cercare di rafforzare il settore pubblico migliorando la qualità e l'accessibilità dei servizi. L'organizzazione, la regolazione e la fornitura di assistenza

vengono sempre più decentralizzate, affidando maggiori responsabilità alle autorità regionali e locali.⁷ Si registrano inoltre un importante allontanamento dall'assistenza di tipo residenziale ed una crescente attenzione su servizi di assistenza di tipo ambulatoriale, domiciliare e legata alla comunità, in particolare nei Paesi dell'Unione Europea.⁸

Tra gli altri fattori, un aspetto che sta forzando questi sviluppi è la carenza di personale. Condizioni lavorative spesso non allettanti e bassi salari hanno portato a problemi di reclutamento del personale, specialmente tra i più giovani: l'età media degli occupati professionali è alta e sta aumentando più velocemente rispetto ad altri settori. Rispondere a carenze di organico assumendo migranti è una pratica comune in molti Paesi dell'UNECE, che porta implicazioni sia per i Paesi di origine sia per quelli di destinazione.⁹

Il futuro presenterà ulteriori sfide relative alle risorse umane ed ai finanziamenti dei servizi di assistenza, sia dal punto di vista pubblico sia da quello individuale, visto che molti anziani e famiglie fanno già fatica a trovare servizi ad un costo che si possono permettere. La qualità dell'assistenza e l'aggiustamento della portata dei servizi in modo da rispondere alle richieste di un gruppo altamente eterogeneo, richiede attenzione.

Prevedere le sfide future rappresenta un passo verso lo sviluppo di nuove strategie di assistenza, ma è ugualmente importante prendere in considerazione gli obiettivi e le risorse di tutti gli *stakeholders* coinvolti ed assicurarsi che le strategie in questione corrispondano ai diversi requisiti richiesti. Le strategie di assistenza che mirano a coinvolgere (*empower*) le persone anziane e a garantirne la dignità, debbono promuovere un attivo coinvolgimento dell'utente nella definizione e nella fornitura dei servizi, in modo da migliorarne la qualità e da aumentare la soddisfazione dell'utente stesso.

Da assistenza passiva ad assistenza attiva

Sfortunatamente oggi troppe disposizioni nel settore assistenziale sono prese senza consultare le persone su cui poi queste ricadono. Escludere le persone anziane dal processo decisionale le costringe in un ruolo passivo e nega loro l'influenza ed il potere che meritano: il risultato è che gli anziani si sentono sottovalutati e che i servizi di assistenza non sono predisposti sui loro bisogni come potrebbero essere.

Per **assistenza attiva** si intende un approccio nuovo che riconosce agli utenti un ruolo attivo nei servizi ed il relativo potere di decidere per loro stessi. Gli anziani dovrebbero godere degli stessi diritti di tutti gli altri individui e, come le persone di tutte le età, avere il diritto di vivere in maniera indipendente e di fare le proprie scelte, specialmente in ambito assistenziale. Il concetto di assistenza attiva afferma che gli utenti dovrebbero essere coinvolti sia nelle decisioni relative all'assistenza, sia nell'organizzazione e nell'offerta dei servizi stessi. Seguendo questo approccio basato sui diritti, gli utenti sono messi nelle condizioni (*empowered*) di fare delle scelte libere, di vivere in maniera indipendente e di avere accesso ad un adeguato sostegno sanitario. Il focus sulle risorse delle persone anziane e sulle modalità con cui queste possono essere impiegate e promosse nel settore dell'assistenza, aiuta a creare strategie innovative e responsabilizzanti (*empowering*) che utilizzano il potenziale offerto dai "nuovi anziani". Il cambiamento da assistenza passiva ad attiva rappresenta il passaggio da un'ottica di assistenza *per* le persone ad una di assistenza *con* le persone. Gli utenti possono contribuire attivamente e cooperare con altri attori nei servizi di assistenza. L'obiettivo è di includere e di dare voce (*empower*) sia agli utenti, sia agli altri *stakeholders* coinvolti nella creazione e nella gestione di strategie e servizi di assistenza.

L'influenza ed il potere dell'utente attivo

Un pilastro del paradigma di **assistenza attiva** è l'inclusione delle idee ed opinioni degli utenti nella definizione e nel processo di erogazione dei servizi di assistenza. Questo può essere ottenuto in vari modi, in base al contesto. Il "Consiglio dei Residenti" (*Residents' Board*) di Malta, rappresenta un modo di formalizzare l'influenza delle persone anziane rispetto ad argomenti che toccano il contesto in cui vivono.

⁷ Verbeek-Oudijk, D. et al. (2014): *Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*. The Hague, Netherlands.

⁸ UNFPA (2012): *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*, p.114.

⁹ See: Buchan J. and Perfilieva G. (2006): *Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications*. WHO. See also Policy Brief 7: "Towards community long-term care", available from http://www.unece.org/pau/age/policy_briefs/welcome.html.

Malta – Consigli dei Residenti (*Residents' Board*) in strutture di assistenza a lungo termine e in Centri Diurni per anziani

Questo progetto ha l'obiettivo di dare agli anziani un ruolo più attivo includendoli nel processo decisionale delle loro strutture assistenziali. Vari comitati sono stati stabiliti sia nelle strutture residenziali sia in tutti i Centri Diurni di Malta. I membri dei Consigli si riuniscono mensilmente ed i loro suggerimenti sono trasmessi al funzionario in carica, che è obbligato a prenderli in considerazione. Il progetto incrementa la partecipazione sociale delle persone anziane, assicura che la loro voce venga ascoltata e che i loro bisogni e le loro opinioni siano presi in considerazione nella definizione dei servizi assistenziali.

Fonte: informazioni fornite dal Ministero per la Famiglia e la Solidarietà Sociale di Malta.

Un altro approccio volto alla partecipazione è stato seguito in Norvegia e nel Regno Unito. Il Piano Norvegese sulla Demenza 2020 (*Norwegian Dementia Plan 2020*) raccoglie ed include le opinioni dei diversi *stakeholders*, relativamente alla definizione e all'erogazione dell'assistenza alla demenza, nelle fasi di formulazione di indirizzi politici (*policymaking*).

Una ricerca sul campo è stata messa in atto in tutto il Paese per raccogliere il *feedback* delle persone affette da demenza, delle loro famiglie, dei volontari e degli operatori su come migliorare l'assistenza alla demenza e su come creare una comunità più strutturata ed accogliente nei confronti della demenza.¹⁰ Per garantire agli utenti l'influenza ed il potere che meritano, è importante ottenere il sostegno ed il coinvolgimento degli altri attori del settore assistenziale, come gli operatori professionali, i *caregivers* informali, i rappresentanti dei lavoratori dell'assistenza sanitaria e sociale, le comunità, i leader politici e gli enti regolatori.

Il coinvolgimento attivo dei cittadini nell'erogazione di servizi pubblici, inclusi quelli assistenziali, può essere descritto come co-creazione e co-produzione. Questo coinvolgimento può avvenire in alcune o tutte queste tre forme: cittadini come co-promotori, come co-designers, e come co-implementatori dei servizi pubblici. In ogni caso, i cittadini sono *partner* di altri attori e contribuiscono con le loro risorse alla definizione o alla messa in atto dell'assistenza, spostando l'equilibrio del potere, la responsabilità e le risorse *dai* professionisti *agli* individui.¹¹

Svezia – Legge “ Il sistema di scelta nel settore pubblico” (The ‘System of Choice in the Public Sector’ Act).

Questa legge è entrata in vigore il 1 gennaio 2009 con l'obiettivo di dare potere (*empowering*) agli utenti dei servizi assistenziali permettendo loro di scegliere il *provider* di servizi di cui hanno bisogno.

In questa riforma, il Comune è il responsabile di tutti i servizi, indipendentemente da chi li fornisce. L'autorità pubblica rappresenta anche l'autorità contrattuale e determina anticipatamente il prezzo dei servizi, in modo che la competizione tra i *provider* si basi unicamente sulla qualità e non sul prezzo. Le persone che non vogliono scegliere non sono obbligate a farlo e, in questi casi, sono previste alternative predefinite.

Entro l'aprile del 2014 più del 60% delle 290 municipalità locali svedesi ha introdotto o deciso di introdurre sistemi di libera scelta in una o più aree di servizi, soprattutto in quella dell'aiuto domiciliare. Uno studio ha mostrato che i *provider* sono nettamente aumentati e che più del 70% di questi offre servizi con caratteristiche particolari. Le più comuni sono legate a specifiche capacità relative al linguaggio, ma altri esempi includono specifica esperienza nei campi della demenza senile, dell'Alzheimer o dei servizi per persone lesbiche, gay, bisessuali e trans gender (LGBT).

I sondaggi indicano che gli utenti sono soddisfatti ed apprezzano la possibilità di scelta. Nel 2013, un sondaggio nazionale ha mostrato che, nonostante la grande maggioranza degli anziani fosse soddisfatta delle proprie condizioni di salute, quelli che avevano scelto il loro *provider* di servizi domiciliari erano più soddisfatti rispetto a quelli che non avevano fatto una scelta.

La riforma promuove l'influenza dell'utente attivo, responsabilizzando e mettendo in condizione di agire (*empowering*) gli utenti dei servizi assistenziali. Le persone a cui è data l'opportunità di scegliere, spesso dichiarano che questo consente loro di mantenere la responsabilità sulla propria vita e di vivere in modo indipendente.

Assicurando la competizione tra i *provider* sulla base della qualità invece che sul prezzo promuove il miglioramento della qualità dell'assistenza. Oggi ci sono più di 600 fornitori privati che offrono aiuto domiciliare, dei quali il 72% sono piccole e nuove imprese formate a livello locale. La gamma di servizi è cresciuta, e questo ha permesso di andare incontro ancora di più ai bisogni specifici delle persone anziane.

Fonte: Informazioni fornite dal Ministero della Salute e degli Affari Sociali

¹⁰ Information provided by the Norwegian Ministry of Health and Care Services.

¹¹ Freire, K. and Sangiorgi, D. (2010). *Service design and Healthcare innovation: from consumption, to co-production to co-creation*, p.3.

Dall'assistenza infermieristica, alla riabilitazione e alla rete sociale

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS – WHO) definisce la salute come “lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o di infermità”¹². Questo concetto suggerisce a sua volta una definizione di assistenza in cui il diritto alla salute è centrale. I servizi assistenziali non possono limitarsi ad interventi infermieristici ma dovrebbero quindi supportare il mantenimento e la riabilitazione dello stato di salute in tutte queste aree, includendo il benessere fisico, mentale e sociale. Una particolare enfasi dovrebbe essere posta sulla promozione della salute, la prevenzione delle malattie e la riabilitazione fisica e mentale.

L'iniziativa canadese di “valutazione e ripristino” (*Assess and Restore, A&R*) si focalizza sul potenziale riabilitativo delle persone anziane e si pone l'obiettivo di ristabilire le loro capacità in un approccio integrato e coordinato che include tutti gli *stakeholders* interessati.

Canada – L'iniziativa “Valutazione e Ripristino” (*Assess and Restore - A&R*)

L'iniziativa è stata sviluppata nella provincia dell'Ontario con l'obiettivo di aiutare gli anziani affetti da condizioni complesse a riprendersi da malattie o incidenti e vivere a casa in maniera sicura. Il Ministero della Salute e dell'Assistenza a Lungo Termine (*Ministry of Health and Long Term Care*) ha incluso A&R nella sua strategia per il 2013/ 2014 e lo porta avanti mediante l'emissione di linee guida e finanziamenti mirati.

I 69 progetti pilota finanziati come A&R erano focalizzati sul ripristino delle abilità funzionali di anziani fragili e di altri adulti e sulla promozione dell'efficienza e dell'accesso agli interventi specialistici in tutta la provincia. Tutte queste azioni avevano l'obiettivo di evitare il ricovero ospedaliero agli anziani fragili, mettendoli in condizione di essere supportati nelle loro comunità.

Il finanziamento di A&R ha migliorato l'assistenza ai pazienti e la loro esperienza permettendo:

- servizi avanzati di riabilitazione clinica in programmi giornalieri in ospedale e in ambulatori
- servizi innovativi di riabilitazione a breve termine a domicilio
- assistenza coordinata tra provider di assistenza sanitaria geriatrica per pazienti individuali, inclusi fisioterapisti, terapisti occupazionali, professionisti della salute mentale e della medicina di base/generale
- strumenti volti ad individuare in anticipo le persone anziane a rischio e a determinare i servizi appropriati a loro beneficio

Si stima che l'iniziativa di finanziamento 2013-2014 abbia aiutato 6300 anziani in situazione di fragilità. Il programma A&R ha portato ad un numero di risultati positivi come la riduzione della durata dei ricoveri in fase acuta (e conseguentemente alla diminuzione dei costi dell'assistenza in questa fase), l'aumento della distanza che i pazienti percorrono camminando, il miglioramento delle loro funzioni generali, ed infine la riduzione del tasso di ALC in fase post-acuta (*in Canada il termine ALC “Alternate Level of Care” identifica i pazienti che non richiedono più il livello di trattamento o di assistenza che stanno ricevendo in quel momento*).

In Ontario vivono 1,9 milioni di anziani. Solo una piccola parte di essi (150.000 persone) risponde ai criteri clinici e funzionali di fragilità. Ogni anno, un quarto di questi anziani fragili (40.000 persone) fanno esperienza di una perdita improvvisa di mobilità o altre funzioni (ad esempio in seguito a malattia, incidenti o l'acutizzarsi di una malattia cronica) che possono essere recuperate mediante interventi puntuali ed appropriati. La perdita funzionale rappresenta il maggiore pericolo in termini di privazione dell'indipendenza, complicazioni mediche, oneri per i *caregivers*, ospedalizzazioni evitabili e ricoveri prematuri in strutture residenziali a lungo termine.

Per gli anziani fragili e a rischio, A&R rappresenta una risposta organizzata e pro-attiva, che offre loro un accesso tempestivo a servizi di valutazione, prevenzione e riabilitazione mirati, appropriati e soprattutto cruciali per minimizzare la frequenza e l'entità delle perdite funzionali. Le misure preventive e riabilitative di questa iniziativa consentono agli anziani di continuare ad invecchiare dove desiderano (*“ageing in place” viene comunemente definita e tradotta come la possibilità per una persona di vivere nel luogo che ha scelto – casa propria, nella sua comunità – in modo sicuro, indipendente e confortevole indipendentemente dall'età, dal reddito o dalle proprie capacità. Questo include la possibilità di avere a disposizione servizi e supporto nel corso del tempo, in base al cambiamento dei propri bisogni, per poter mantenere la stessa qualità di vita*).

Fonte: Informazioni fornite dal Ministero per la Salute e l'assistenza a lungo termine

L'ambito dell'assistenza deve essere abbastanza ampio da includere tutti gli aspetti della salute, incluso il benessere sociale. Molte persone anziane vivono da sole e si trovano ad affrontare il pericolo dell'isolamento sociale. Le strategie innovative per promuovere la partecipazione e le relazioni sociali migliorano la qualità della vita delle persone anziane e dovrebbero quindi essere parte integrante dei servizi assistenziali.

¹² Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p.100) and entered into force on 7 April 1948.

Finlandia ed Estonia – Il Canale VIRTU: servizi di assistenza virtuali agli anziani nelle Isole Baltiche ('Virtual Elderly Care Services on the Baltic Islands')

L'obiettivo di questo progetto è di prevenire l'isolamento sociale e di aumentare l'accesso a servizi professionali in aree remote e rurali mediante l'utilizzo di tecnologie informatiche e della comunicazione. Il progetto aiuta le persone anziane nell'area dell'arcipelago a vivere a casa propria, aumenta la loro interazione sociale, migliora la qualità della loro vita ed aumenta la loro sicurezza.

Il servizio, che utilizza un semplice dispositivo *touch-screen*, permette agli utilizzatori del canale VIRTU di interagire in trasmissioni audio e video simultaneamente con due o più persone. Il dispositivo richiede solo la connessione ad internet e i dati di accesso e permette agli utenti di partecipare a discussioni e dibattiti su vari argomenti (come salute, nutrizione e medicina) o a lezioni di ginnastica e canto. I programmi sono sviluppati insieme agli utenti sulla base dei loro interessi. Oltre alle trasmissioni programmate, il canale VIRTU permette di restare in contatto con gli altri utenti, (coetanei e operatori).

Fonte: Informazioni fornite dall'Università di Tallinn, Estonia

Attività fisiche, sociali e culturali

Per estendere l'ambito dell'assistenza è necessario allargare la gamma di servizi in modo da stimolare gli utenti socialmente, fisicamente e culturalmente e di supportarne la salute ed il benessere. I programmi di attività quotidiane sono spesso viste dai professionisti e dagli utenti come "l'anello mancante" nei servizi assistenziali. Queste attività sono cruciali nell'aggiungere significato alla vita degli utenti e fanno la differenza tra l'assistenza intesa come qualcosa che serve ad assicurare la sopravvivenza delle persone e l'assistenza che serve invece a potenziare il loro benessere.

Quando attività fisiche, sociali e culturali sono incluse nelle strategie assistenziali, la qualità della vita delle persone può essere migliorata in molti modi. Le attività fisiche aiutano a mantenere o ristabilire una condizione di buona salute e giocano un ruolo importante nell'assicurare l'indipendenza delle persone anziane. Le attività sociali e culturali contribuiscono al benessere generale migliorando la coesione sociale e l'inclusione degli anziani e dando loro il senso di essere apprezzati come membri della società. Alcune attività contribuiscono a mantenere o migliorare le capacità delle persone anziane (per esempio i gruppi per il potenziamento della memoria o legati alla musica) e possono essere usate in modo terapeutico per contrastare l'ansia e la depressione.

Varie attività possono aiutare le persone anziane a condurre una vita piena e ricca di senso, contribuire al miglioramento della loro autostima e delle loro capacità fisiche, mentali ed emozionali e permettere di mantenere uno stile di vita attivo ed indipendente.

Vivere in maniera indipendente

Permettere alle persone anziane di vivere in maniera indipendente è uno degli obiettivi della Dichiarazione Ministeriale di Vienna del 2012 : "Assicurare l'invecchiamento nel luogo prescelto (*ageing in place*), promuovendo servizi e supporto agli individui ed alle loro famiglie, per permettere alle persone anziane di continuare a vivere per tutto il tempo possibile nel loro ambiente e nella loro comunità. Questi servizi dovrebbero tenere in considerazione i particolari bisogni delle donne, in particolare quelle che vivono da sole".¹³

La maggioranza delle persone anziane desidera restare nel proprio ambiente e vivere in maniera indipendente il più a lungo possibile. Il compito dei servizi assistenziali è quindi di aiutarle a realizzare questo desiderio contribuendo alla creazione di un ambiente supportante.

I servizi assistenziali possono aiutare a mantenere o ristabilire le abilità fisiche necessarie per vivere in maniera indipendente. Il modello danese del progetto Fredericia è un buon esempio di servizi di assistenza impegnati a raggiungere questo obiettivo.

¹³ UNECE (2012): 2012 Vienna Ministerial Declaration, paragraph 10, III.(h).

Danimarca – Il modello Fredericia “Vivere per tutta la vita” (“Life Long Living”)

Questo progetto rappresenta un modello di interazione tra le persone anziane ed i servizi sociali della loro città e ha l’obiettivo di cambiare il modo in cui i cittadini anziani sono percepiti: non più pazienti passivi ma cittadini attivi che hanno delle risorse.

Agli anziani che richiedono assistenza personale o professionale viene offerto un programma di riabilitazione, di 6-8 settimane, in cui vengono formati per gestire in modo autonomo le mansioni assistenziali di cui hanno bisogno. I partecipanti imparano a gestire compiti semplici (come fare la spesa quotidiana, prendere le medicine, fare il bucato o pulizie leggere, cucinare ecc.)

Il modello prevede di mettere insieme vari professionisti e chiedere agli anziani: “che cosa vorreste essere ancora in grado di fare?” focalizzando l’attenzione sulla possibilità di recuperare le abilità in modo autonomo. Il servizio pubblico si occupa di un intervento mirato piuttosto che di una relazione a lungo termine con i cittadini. Una grande parte del modello è la co-produzione del piano di riabilitazione tra i professionisti e gli utenti.

I risultati dell’iniziativa sono promettenti. Dopo l’intensivo programma di riabilitazione, il bisogno dei partecipanti di assistenza pratica e personale diminuisce in maniera considerevole e molti di loro diventano completamente autosufficienti. Il numero di servizi di assistenza richiesti in Fredericia è diminuito in modo significativo dall’introduzione dell’iniziativa e di conseguenza anche i costi. Il progetto ha dimostrato di accrescere la soddisfazione e la qualità della vita dei cittadini.

Il progetto “Life Long Living” ha ricevuto il premio dell’innovazione dall’associazione danese delle autorità locali nel 2010, il premio Europeo del Settore Pubblico (EPSA) per la Buone Prassi nel 2011 ed il premio per “l’Anno Europeo dell’Invecchiamento Attivo e la Solidarietà tra le Generazioni” nella categoria “ambienti a misura di anziano” (*European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations Award, category Age-Friendly Environments*) nel 2012.

Fonte: Informazioni fornite dall’istituto Nazionale per I Servizi Sociali, Danimarca

Il potenziamento tecnologico dell’assistenza attiva

Se le persone anziane sono fisicamente, cognitivamente o mentalmente debilitate, i servizi di assistenza possono fornire strumenti che aiutano gli utenti a mantenere il più alto grado possibile di indipendenza: i dispositivi tecnologici, in particolare, possono giocare un ruolo importante nel complementare l’assistenza personale fornita dai *caregivers* formali ed informali.

I progressi tecnologici hanno un impatto su tutti gli aspetti della vita e così possono dare forma anche al settore assistenziale, influenzando i servizi che sono offerti, a chi sono rivolti, e le modalità con cui sono organizzati e messi in pratica. Le tecnologie in uso nell’assistenza variano da strumenti molto semplici come i supporti all’udito (apparecchi acustici) dentiere, sedie a rotelle e siringhe, fino a dispositivi complessi come robot o archivi sanitari elettronici. Questi utensili non sono utilizzati solo nell’assistenza medica ed infermieristica ma anche in quella sociale per facilitare la vita quotidiana degli utenti (per esempio deambulatori, montascale, letti, materassi plantari). Le tecnologie possono completare il paradigma dell’assistenza attiva se sono applicate con l’obiettivo di aumentare l’autonomia (*empowering*) degli utenti.

Le tecnologie informatiche e della comunicazione (ICT) si sviluppano in maniera particolarmente rapida e hanno un immenso potenziale ancora da sviluppare per l’innovazione nel settore dell’assistenza. Proprio qui stanno diventando sempre più importanti perché possono essere utili in una serie di mansioni assistenziali, che toccano virtualmente in ogni aspetto della vita. Il contributo dell’ICT ai servizi di assistenza può variare dai dispositivi per il monitoraggio medico a strumenti di relazione sociale (*social networking*) volti ad aumentare l’interazione sociale e la qualità della vita delle persone anziane.

Un gran numero di anziani vive per conto proprio: molti di loro a volte si sentono soli ed isolati, altri vivono in una condizione di limitata mobilità fisica. Queste persone possono trarre beneficio dalle tecnologie che li aiutano a dialogare e comunicare con gli altri e che li coinvolgono nell’interazione sociale. Le ICT possono aiutare gli anziani a restare in contatto con la famiglia e gli amici e possono potenziare la loro sensazione di importanza, mediante gli strumenti di relazione sociale che fungono da connessione interattiva con il resto del mondo. Le tecnologie possono facilitare la vita quotidiana delle persone anziane attraverso una serie di servizi elettronici come il commercio, la gestione delle finanze personali o delle medicine. Con strumenti semplici come questi, gli utenti hanno il potere di fare delle scelte e di dare forma alle proprie vite.

Per **tele-assistenza** si intende una serie di servizi forniti da remoto, senza la presenza fisica dell'operatore, che migliorano la salute, la sicurezza e la tranquillità delle persone anziane e che possono contribuire ad interventi di prevenzione. Ad esempio, uno strumento piuttosto utilizzato attualmente, è un dispositivo con un pulsante di emergenza che può essere premuto in caso di bisogno. Alcuni nuovi sistemi di teleassistenza aiutano anche monitorare i movimenti dell'utente e spediscono un segnale di allarme ad un centro di controllo quando rilevano un'anomalia rispetto ai dati precedenti. Questo può dare un senso di sicurezza alle persone, perché sanno che possono sempre trovare aiuto in caso di bisogno, e ciò li incoraggia a continuare a vivere nelle loro case. Nonostante alcune persone percepiscano queste tecnologie come una intrusione nella loro privacy, generalmente sono però molto popolari perché sono facili da usare e rispondono al desiderio di molti anziani di restare indipendenti il più a lungo possibile. Seguendo l'approccio dell'assistenza attiva, l'utilizzo di queste tecnologie dovrebbe essere a discrezione dell'utente.

Polonia – Tele-assistenza a Gdynia – monitoraggio degli anziani nelle loro case

Nella città di Gdynia, il servizio di teleassistenza è fornito a tutti gli anziani che hanno diritto ai servizi assistenziali comunali e anche ad altre persone anziane della città. Il servizio si basa sull'utilizzo di un telefono o di un braccialetto con caratteristiche specifiche: ci sono tre pulsanti di diverso colore – rosso, verde e blu – ognuno dei quali permette all'utente di chiamare un servizio differente. Il pulsante rosso è utilizzato per chiamare il Centro di Allarme che opera 24 ore al giorno 7 giorni a settimana: alla ricezione di una chiamata da questo pulsante, gli operatori contattano direttamente l'anziano o la persona che lo assiste, la famiglia, i vicini o altri, che possono verificare il tipo di aiuto necessario. Se questo contatto non è possibile, il Centro di Allarme attiva un'ambulanza.

Ciò che rende speciale il sistema a Gdynia è la gamma di servizi a disposizione. Il pulsante verde connette a servizi di assistenza che includono conversazione, fornitura di informazioni o consulenze con un esperto (per esempio uno psicologo). Il pulsante blu connette a servizi extra che includono per esempio specialisti della riabilitazione o servizi legati alla pulizia o a piccole riparazioni. Il sistema è gestito da un'impresa privata ed è fornito gratuitamente agli utenti che hanno diritto ai servizi assistenziali municipali e ad un prezzo favorevole per gli altri residenti di Gdynia grazie ad un co-finanziamento delle autorità cittadine. Il costo è di circa 7€ al mese per utente e per alcuni servizi vengono messi in conto costi aggiuntivi, come per esempio i servizi di riabilitazione.

Al momento, circa 100 anziani a Gdynia sono forniti di teleassistenza come parte dei servizi municipali ed altri anziani lo utilizzano. Il sistema di teleassistenza era stato introdotto come risultato di una serie di consultazioni sociali chiamate "il dialogo di Gdynia sulla qualità dei servizi assistenziali" portato avanti nel 2010 e 2011. Circa 1000 stakeholders, anziani inclusi hanno preso parte a queste consultazioni ed il progetto di teleassistenza è stata la risposta diretta ai bisogni di sicurezza che erano stati espressi. Per questo motivo è anche un buon esempio di responsabilizzazione (*empowering*) dei residenti di Gdynia nella presa di decisione rispetto ai servizi di assistenza agli anziani.

Fonte: Informazioni fornite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali della Polonia e dal Centro Municipale per il Welfare di Gdynia

Per **tele-medicina** si intende la fornitura di assistenza medica da remoto. Normalmente concepita per persone malate, contribuisce a monitorare le loro condizioni mediche e a rilevare ogni peggioramento il prima possibile. I parametri biomedici selezionati dei pazienti sono misurati e trasmessi all'ospedale per il monitoraggio: in base alla natura dei parametri in questione, i dati possono essere monitorati automaticamente ed in modo costante o in alcuni casi con l'aiuto del paziente. Questi sistemi possono anche essere configurati in modo da far scattare un allarme se i parametri deviano significativamente dai valori attesi. Queste tecnologie riducono la pressione sul personale e sulle risorse ospedaliere visto che i parametri possono essere controllati a distanza. Inoltre, la telemedicina migliora la qualità dell'assistenza sanitaria perché i dati possono essere misurati di continuo permettendo di rilevare immediatamente ogni cambiamento, riducendo al minimo il tempo di reazione e consentendo possibilmente di salvare vite.

L'utilizzo delle tecnologie ICT nell'assistenza può presentare una situazione vantaggiosa (*win-win*) per tutti gli attori coinvolti: gli utenti, i *provider* e la società nel complesso. Benefici generali di *welfare* possono essere ottenuti grazie al risparmio nel settore dell'assistenza sanitaria, alla riduzione dei bisogni assistenziali degli anziani e mediante l'erogazione di contenuti e servizi importanti per gli anziani.

Esistono solo pochi esempi di cosa è già possibile ed in uso oggi ma la ricerca e lo sviluppo in questo campo sono ampi quindi ci si può attendere che in futuro saranno a disposizione molti più dispositivi tecnologici e soluzioni per i servizi di assistenza.

Repubblica Ceca – Monitoraggio mirato da remoto per pazienti affetti da patologie croniche

Questo progetto ha l'obiettivo di migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche (specialmente persone anziane affette da insufficienza cardiaca in seguito ad infarto del miocardio) e di rilevare il prima possibile il peggioramento dello stato di salute o situazioni di comorbidità in persone anziane affette da patologie croniche già diagnosticate.

Gli anziani con diagnosi di insufficienza cardiaca cronica, che hanno avuto un attacco di cuore o a cui è stato recentemente diagnosticato il diabete, sono monitorati usando un servizio di telemedicina che permette la misurazione di parametri biomedici selezionati da remoto, senza il bisogno di assistenza continua da parte del personale medico. In questo modo, eventuali comorbidità o peggioramenti delle condizioni dei pazienti possono essere rilevate e trattate nella fasi iniziali.

Il progetto include due attività distinte di tele-monitoraggio: la prima per pazienti anziani con insufficienza cardiaca avanzata e la seconda per la rilevazione di infarto miocardico acuto in pazienti anziani con diagnosi recente di diabete. Nel primo caso, la progressione dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca cronica, danno strutturale al miocardio e disfunzione ventricolare sinistra è monitorata usando servizi di telemedicina innovativi che permettono un controllo costante da remoto. Nel secondo caso, il trattamento dei pazienti affetti sia da infarto miocardico acuto sia da diagnosi recedente di diabete è monitorato nel lungo termine.

Il progetto ha avuto molto successo ed il numero di pazienti che hanno tratto beneficio dal monitoraggio da remoto sta crescendo rapidamente. Queste pratiche sono introdotte gradualmente e sono disponibili per il 15% della popolazione target nella regione di Olomouc, in alcuni ospedali della Repubblica Ceca e in altri Paesi.

Fonte: Informazioni fornite dall'Ospedale Universitario di Olomouc

L'utilizzo della tecnologia nell'assistenza: sfide e limiti

Gli sviluppi in campo tecnologico, sociale e scientifico sono rapidi ed hanno un impatto su tutte le sfere della vita. Rimanere attaccati a sistemi o tecnologie esistenti a volte sembra più conveniente e una certa resistenza al progresso e al cambiamento si registra in molte aree, non ultima quella dell'assistenza. Non tutti possono accedere ed utilizzare facilmente le nuove tecnologie: né gli utenti né i professionisti dell'assistenza, specialmente nel settore informale. Le differenze socio economiche nell'accesso e nell'uso della tecnologia, definite come "divario digitale" (*digital divide*), limitano l'abilità ad accedere a prodotti o servizi digitali dei gruppi strutturalmente svantaggiati, come migranti o anziani, che hanno minori capacità in questo ambito. Gli sforzi a favore dell'inclusione sociale possono quindi contribuire ad assicurare che tutte le persone possano beneficiare dei prodotti ICT.

La comprensione delle nuove tecnologie da parte degli utilizzatori finali – operatori o utenti – è influenzata non solo dall'accesso ma anche dalla loro accettazione del dispositivo, dalla sua utilità e facilità di utilizzo. La scarsa comprensione ed utilizzo delle nuove tecnologie può dipendere da uno sviluppo di parte dei prodotti, basato sulla tecnologia ma non in linea con le abilità ed i bisogni degli utilizzatori finali. Nell'assistenza attiva, si potrebbero ottenere benefici per tutti coinvolgendo gli utenti in un'indagine su come e in quali situazioni la tecnologia potrebbe essere loro d'aiuto e ricercando forme di design più adatte agli utilizzatori finali. Per poter implementare con successo la tecnologia nel settore dell'assistenza, è essenziale conoscere tutti gli *stakeholder* coinvolti e le loro specifiche richieste.

E' necessario specificare che non tutto ciò che è possibile dal punto di vista tecnologico, si rivela voluto ed apprezzato dai potenziali utilizzatori, specialmente in un campo come quello dell'assistenza che tocca la vita privata delle persone: la paura che la tecnologia sia introdotta nei servizi solo con lo scopo di aumentare l'efficienza ed abbassare i costi rimpiazzando l'interazione umana, dovrebbe essere presa sul serio. Una comunicazione chiara ed aperta sui vantaggi e sulle possibili applicazioni della tecnologia nel settore dell'assistenza aiuterebbe ad aumentare l'accettazione dei nuovi dispositivi e di conseguenza a massimizzare il loro impatto positivo. L'effettiva utilità e non solo l'efficienza della risorsa, dovrebbe essere l'obiettivo principale del supporto tecnologico all'assistenza.

Dall'assistenza istituzionale ai servizi domiciliari e l'integrazione nella comunità locale

Per **assistenza istituzionale** si intendono servizi di assistenza personale ed infermieristica agli anziani erogati all'interno di strutture invece che nelle rispettive abitazioni. Queste istituzioni variano da centri residenziali per anziani caratterizzate da un basso livello di supervisione e supporto, a case di riposo ed *Hospice* in cui invece l'assistenza medica ed infermieristica sono intensive. Mentre nei Paesi in cui oggi prevale l'assistenza informale si fanno passi per rafforzare ed estendere la proposta di assistenza istituzionale, la tendenza principale nei Paesi dell'UNECE è di muoversi sempre più verso strutture aperte e flessibili e verso servizi di natura domiciliare.

L'**assistenza domiciliare** consiste, invece, sia di servizi infermieristici, sia di altri tipi di assistenza pratica e non medica a domicilio. Per rispondere al desiderio di molte persone anziane di continuare a vivere a casa il più a lungo possibile, i servizi debbono focalizzarsi sul potenziale che offre questo tipo di assistenza. La permanenza a casa e l'integrazione nella comunità locale contribuiscono al benessere generale e alla qualità della vita delle persone. Inoltre, questa possibilità include nuove risorse nell'assistenza perché la comunità locale può contribuire all'inclusione sociale e al benessere e può farsi carico dei compiti di assistenza più basilari.

L'assistenza domiciliare costa meno rispetto a quella istituzionale ed è più ricercata dagli utenti. In ogni caso, è necessario assicurare che questo tipo di servizio non si focalizzi solo su trattamenti medici ed infermieristici a scapito di altre azioni come gli interventi tempestivi, la prevenzione e la riabilitazione. È inoltre importante assicurare che l'assistenza domiciliare sia di alta qualità e raggiunga tutte le persone in stato di bisogno.

Austria - erogazione gratuita di assistenza medica domiciliare a Vienna

Varie istituzioni della sicurezza pubblica e sociale e servizi privati di assistenza si sono riunite in questa iniziativa per fornire assistenza domiciliare gratuita agli utenti. I servizi di assistenza sono erogati da infermiere qualificate ed includono la somministrazione di farmaci, terapie ed iniezioni e la medicazione delle ferite. L'obiettivo di questo progetto è di evitare, o almeno di accorciare, il ricovero ospedaliero fornendo assistenza medica domiciliare quando possibile e quindi contribuire al miglioramento della qualità della vita degli anziani mettendoli in condizione di poter restare a casa. La richiesta per questo servizio aumenta annualmente e nel 2013 quasi 7000 persone sono state assistite a domicilio.

Sources: Informazioni fornite da FSW – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH.

La qualità riveste un'importanza fondamentale nell'organizzazione e nell'erogazione dell'assistenza ed i fattori cruciali che la determinano sono: la qualifica del personale, il rapporto tra il numero degli operatori e quello agli utenti, la definizione e lo sviluppo dei servizi assistenziali. Per poter assicurare l'alta qualità dell'assistenza si dovrebbero sviluppare specifici standard di qualità, criteri per la valutazione dell'aderenza agli stessi ed un effettivo sistema di monitoraggio.¹⁴

Il supporto alla famiglia e la rete sociale

Attualmente, la principale forma di partecipazione dei cittadini nel settore dell'assistenza è la fornitura di **assistenza informale**, soprattutto a favore di familiari. Gli assistenti informali sono spesso messi in situazioni stressanti ed emotivamente difficili, specialmente quando si occupano di familiari o quando devono gestire diversi compiti continuando a lavorare nello stesso tempo. È quindi indispensabile non focalizzarsi solo sui diritti degli anziani ma anche su quelli degli assistenti informali, in particolare il diritto al riposo, allo svago e ad un numero ragionevole di ore di lavoro. Nella Dichiarazione Ministeriale di Vienna del 2012, l'obiettivo di supportare i familiari assistenti era stato definito come "riconoscere e supportare gli assistenti familiari, che sono soprattutto donne, nel raggiungimento dei loro impegnativi compiti, includendo disposizioni per la conciliazione tra lavoro e doveri familiari e misure di protezione sociale". La famiglia o la rete sociale che forniscono assistenza, sono supportate in maniera migliore attraverso i piani di assistenza che perseguono un approccio integrato e che combinano diverse linee politiche.

¹⁴ For further details, see Policy Brief 7: "Towards community long-term care", available from http://www.unece.org/pau/age/policy_briefs/welcome.html.

¹⁵ UNECE (2012): 2012 Vienna Ministerial Declaration, paragraph 10, III.(m).

Gli assistenti informali possono beneficiare di misure di supporto offerte dai servizi pubblici come una remunerazione economica, il diritto legale di congedarsi dal lavoro, accordi di lavoro flessibili e altri tipi di sostegno come supporto psicologico (*counselling*), formazione o possibilità di momenti di tregua (*respite care*). Alcuni Paesi UNECE prevedono periodi di aspettativa per gli assistenti, anche se spesso con condizioni restrittive e non pagate. In Belgio è possibile congedarsi a spese dell'ente pubblico per il periodo più lungo (massimo di 12 mesi) mentre le retribuzioni più alte sono erogate nei Paesi Scandinavi (100% del salario in Norvegia e 80% in Svezia). La durata dell'aspettativa non pagata varia da Paese a Paese: il Belgio, la Francia, la Spagna e l'Ungheria permettono di assentarsi per un anno o più; l'Austria e la Germania per sei mesi, mentre i permessi negli altri Paesi sono relativamente brevi: fino a tre mesi negli Stati Uniti e fino a due mesi per assistere familiari gravemente malati in Canada. Tenendo conto della natura episodica delle malattie e delle condizioni di salute o dei cambiamenti nella disponibilità di assistenza formale, è consigliabile rafforzare il supporto agli assistenti informali mediante opzioni di aspettativa ed accordi di lavoro flessibili in tutta la regione. Per alcuni assistenti informali nelle fasi avanzate della loro carriera, il congedo di cura potrebbe diventare un'opzione di pre-pensionamento.¹⁶

Le cosiddette attività di sollievo o di tregua (*respite care*) e percorsi di formazione o *counselling* si sono dimostrati ulteriori metodi efficaci di supporto agli assistenti informali.¹⁷ Molti assistenti familiari sono sottoposti ad una grande pressione e a volte si sentono schiacciati dal peso delle grandi richieste e dei carichi emozionali che si trovano ad affrontare e dalla loro mancanza di esperienza. Spesso, non sono esperti della malattia o del deficit della persona di cui si stanno prendendo cura e accetterebbero volentieri informazioni ed una formazione di base da parte di professionisti dell'assistenza e della salute.

Nuove forme di cooperazione tra servizi di assistenza pubblici ed altri settori: la comunità, il terzo settore ed il privato

Il lavoro di rete, l'assistenza di comunità e le *partnership* di co-produzione e collaborazione tra pubblico e privato sono diventate cruciali nella definizione delle politiche in varie aree. In quest'ottica di collaborazione, non è un singolo attore ad avere la responsabilità dell'innovazione, dello sviluppo e un ruolo di guida.

Le entità di assistenza pubbliche, le comunità, le organizzazioni non-profit e le imprese hanno diversi approcci e stili di lavoro, diverse priorità e differenti risorse ed aree di influenza: per questo, metterle insieme può creare un effetto di sinergia e stimolare nuovi concetti ed idee. L'obiettivo della cooperazione dovrebbe essere quello di utilizzare i vantaggi e le specifiche risorse di ogni portatore di interesse in modo da ottenere il miglior risultato possibile. L'unione delle forze e la condivisione delle risorse possono portare a migliori risultati in termini di accettazione da parte degli utenti, di efficienza, di copertura e qualità dei servizi: per questa ragione, si dovrebbero esplorare ed estendere diverse forme di cooperazione.

La cooperazione tra servizi di assistenza pubblici, famiglie e comunità

Le forme di assistenza formale ed informale non sono mutualmente esclusive, anzi, i migliori risultati sono spesso ottenuti quando le due sono usate in modo complementare. Per questo motivo sarebbe opportuno esplorare nuove forme di cooperazione tra i servizi di assistenza pubblici, la famiglia, il vicinato e le reti della comunità. Un esempio di questa cooperazione è l'approccio innovativo alla fornitura di assistenza per le cure palliative nei Paesi Bassi. In questo approccio, professionisti, *provider* pubblici e volontari formano una rete intorno ad un utente in cura palliativa e insieme garantiscono un servizio di assistenza sulle 24 ore, che permette alle persone di morire a casa nel loro ambiente familiare. Se un volontario ha meno disponibilità di tempo, aumenta l'intervento dei *provider* del *welfare* sociale o degli assistenti professionali. In questo sistema, l'utente e la sua famiglia, giocano un ruolo importante nella presa di decisioni ed i loro desideri e qualità della vita sono al cuore del progetto. L'impiego di volontari permette al *provider* dell'assistenza di supportare l'utente e la famiglia il più possibile. Fino ad ora i risultati sono molto promettenti, sono raggiunti a costi più bassi e la percezione della qualità della vita aumenta rispetto al periodo precedente al progetto.¹⁸

¹⁶ Colombo, F. et al. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, pp.122-127, Available from www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.

¹⁷ Pickard, L. (2004): The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People, Audit Commission PSSRU, University of Kent, London School of Economics and University of Manchester.

¹⁸ Source: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/interview-ActiVite-eeen-regelarm-zorgarrangement-voor-de-laatste-fase.html>.

Italia – Progetto di cohousing ‘Casa alla Vela’

La “Casa alla Vela” è un progetto di coabitazione multi generazionale che offre a persone anziane una soluzione abitativa condivisa. La casa è costituita da appartamenti con camere singole, servizi igienici e spazi comuni. Le persone anziane condividono tutti i costi: cibo (la cui preparazione è in carico alle assistenti), elettricità, acqua, affitto e stipendi delle assistenti presenti 24 ore al giorno, 7 giorni a settimana. Nello stesso edificio, un altro appartamento ospita un gruppo di studenti universitari specificamente selezionati che aiutano gli anziani vicini su base volontaria, incoraggiando la solidarietà intergenerazionale. Le relazioni sociali e comunitarie degli anziani sono mantenute e rinforzate dalle visite dei loro amici e parenti.

La cooperativa sociale SAD, che gestisce il progetto, supervisiona l’intera iniziativa ed è supportata da altre organizzazioni di volontariato. Attualmente la Casa alla Vela ospita 5 anziane signore e 6 studenti.

Questo contesto familiare rende il costo dell’assistenza e della vita maggiormente sostenibile per le persone anziane e potenzia la loro integrazione sociale creando le condizioni per relazioni intra ed extra generazionali. Mediante un servizio di assistenza domiciliare ed il coinvolgimento della comunità, le persone anziane sono messe in condizione (*empowered*) di vivere in maniera indipendente e possono evitare un ricovero in casa di riposo.

Fonte: Informazioni fornite dal Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della Provincia Autonoma di Trento, Italia

Un metodo promettente per sviluppare strategie di assistenza nuove ed innovative è l’approccio dal basso (*bottom up*) in cui diversi attori del settore pubblico, privato o del terzo settore si uniscono in progetti ed iniziative locali, che l’assistenza pubblica sostiene mediante aiuti finanziari, attività di coordinamento e opportunità di cooperazione o lavoro di rete. Molteplici iniziative locali assicurano una diversità di approcci, concetti ed idee e creano opportunità di apprendimento. Inoltre, un’erogazione di servizi decentralizzata e più vicina ai riceventi porta spesso a soluzioni di assistenza più appropriati.

Germania – gruppi (Alliances) locali per persone affette da demenza

Questo progetto si focalizza sulla condivisione e la messa in rete delle risorse di cittadini, associazioni, imprese, istituzioni educative, politici e governi locali, nel tentativo di migliorare le condizioni di vita delle persone affette da demenza e delle loro famiglie sul lungo periodo.

Negli ultimi anni, un gran numero di misure, attività di ricerca, progetti pilota, raccomandazioni e testi di legge sono stati dedicati alla gestione ed al superamento dei problemi correlati alla demenza. La missione dei gruppi (*Alliances*) per persone affette da demenza è di raggruppare tutte queste iniziative, di coordinarle e di unire le forze per poterle sviluppare ulteriormente, sensibilizzando anche l’opinione pubblica su questo tema. Di conseguenza, non si tratta solo di implementare un progetto a breve durata ma cambiare la consapevolezza della società nel lungo termine con un movimento che arrivi a tutta la popolazione. I gruppi locali devono essere creati e supportati in modo che siano in grado di aiutare e restare al fianco alle famiglie colpite dalla demenza. Il Governo Federale Tedesco desidera aiutare lo sviluppo e il finanziamento di 500 gruppi locali per persone con demenza in tutta la nazione. L’aspetto importante è che tutti gli attori – famiglie, assistenti professionali e, non ultimi, i volontari – si muovano secondo gli accordi, assumendosi la propria quota di responsabilità. Mano a mano che questi gruppo prenderanno forma, una sorta di guida sulla demenza verrà progressivamente sviluppata in una piattaforma dedicata alla comunicazione, alle certificazioni e al supporto.

Attualmente esistono più di 300 iniziative locali: oltre 150 di queste sono state selezionate recentemente o sono iniziate nel settembre del 2014. I gruppi includono un’ampia gamma di progetti che coinvolgono abitazioni multi generazionali, associazioni, organizzazioni, parrocchie, ospedali, imprese, istituzioni culturali e comuni.

Fonte: informazioni fornite dal Ministero per la Famiglia, i Cittadini anziani, le Donne e la Gioventù, Germania

Il nuovo mercato degli anziani

Le imprese commerciali private si concentrano sempre di più sugli anziani come target per i loro prodotti e servizi. Si prevede che il potere di spesa globale delle persone over 60 raggiungerà i 15 trilioni di dollari (USD) entro il 2020¹⁹; quindi questa fascia d'età rappresenta una quota importante del potere d'acquisto totale. Le spese delle persone over 50 costituiscono il 60% del totale delle spese negli Stati Uniti ed il 50% nel Regno Unito.²⁰ Durante la crisi economica, il reddito e la spesa delle persone anziane si sono rivelati più forti di quelli della popolazione in età lavorativa, rendendoli una fonte più affidabile e stabile di domanda per le imprese. Le imprese private sono ancora lontane dallo sfruttare il pieno potenziale del mercato degli anziani ma lo stanno gradualmente scoprendo, mano a mano che propongono sempre più prodotti e servizi adatti ai loro bisogni. Il crescente interesse nei confronti delle persone anziane porta alla creazione di un maggior numero di beni e servizi commerciali che possono essere impiegati nei nuovi sistemi di assistenza. Sempre più *provider* privati stanno entrando nel mercato e la competizione nel settore dei servizi assistenziali può incoraggiare l'efficienza e la qualità. Come descritto in precedenza, vari dispositivi sviluppati e diffusi commercialmente stanno migliorando i servizi di assistenza: questi includono deambulatori, montascale, strumenti di teleassistenza e telemedicina ed una varietà di altre soluzioni tecnologiche che supportano e rendono possibile una vita indipendente.

Considerato che le decisioni imprenditoriali sono generalmente guidate dal principio di massimizzazione del profitto, si dovrebbero offrire degli incentivi alle imprese private per stimolare l'impegno nella ricerca, nello sviluppo o nella distribuzione di beni e servizi legati all'assistenza. In alcuni casi, il potere d'acquisto delle persone anziane potrebbe rappresentare un incentivo sufficiente, ma, in altri, il settore pubblico dovrebbe intervenire con incentivi come sussidi o opportunità di cooperazione tra pubblico e privato. Il settore pubblico dovrebbe anche utilizzare strutture legali per assicurare l'accesso equo al mercato a tutti gli attori, per proteggere la libertà degli utenti di scegliere il proprio fornitore e per incanalare i *provider* di assistenza verso una competizione basata sulla qualità.

Collaborazioni tra settore pubblico e privato

In molti ambiti del settore pubblico, le *partnership* tra il settore pubblico e quello private stanno aumentando perché offrono la possibilità di incorporare capitali privati, conoscenze, esperienza e abilità operative nel processo di contrattazione pubblica.

Considerate come un modello alternativo di finanziamento per la realizzazione di progetti, queste *partnership* possono essere utili al fine di ridurre gli sforzi economici delle istituzioni pubbliche ed aumentare la gamma dei servizi offerti. In modo ancora più importante possono migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi pubblici in quanto entrambe le parti condividono le loro risorse e beneficiano delle rispettive qualità: ad esempio le imprese private hanno spesso una conoscenza specifica ed esperienza. Nel settore assistenziale, esempi di cooperazione tra pubblico e privato includono vari progetti dalla ricerca e sviluppo a progetti di ingegneria civile a servizi di assistenza al miglioramento tecnologico.

¹⁹ Bank of America & Merrill Lynch (2014), *The Silver Dollar – Longevity Revolution: Growing the Silver Dollar in Europe*.

²⁰ Financial Times (2014), 20 October, p.5.

Irlanda – Il Centro TRIL

Il Centro TRIL è frutto di un partenariato tra l'autorità per lo sviluppo industriale irlandese (*Irish Industrial Development Authority, IDA*), Intel Corporation e varie università irlandesi e funziona come una raccolta coordinata di progetti di ricerca. Gli sforzi di ricerca e sviluppo hanno l'obiettivo di identificare soluzioni tecnologiche a supporto della vita indipendente per le persone anziane e si focalizzano su tre aree: il miglioramento della salute e della partecipazione sociale degli anziani, la rilevazione e la prevenzione della cadute nelle abitazioni ed il sostegno alle persone che perdono la memoria in modo che possano mantenere la loro indipendenza. A questo proposito sono stati seguiti diversi approcci ed è stata intrapresa una ricerca etnografica ed antropologica per imparare di più sui bisogni degli anziani e capire come migliorare la qualità della loro vita osservandoli nel quotidiano. I modelli clinici permettono l'identificazione di indicatori di comportamento che possono essere correlati a specifiche condizioni; i risultati vengono quindi implementati su una piattaforma di elaborazione grazie ad un supporto ingegneristico.

Attualmente si stanno testando una serie di iniziative, tra cui quella definita “costruire la prontezza” (*Engineering Alertness*): un progetto che offre formazione a domicilio per aiutare gli anziani a migliorare i loro riflessi utilizzando ciò che viene definito “*bio-feedback*” (il controllo volontario di funzioni fisiologiche normalmente involontarie mediante un monitoraggio con sensori elettronici). Si pensa che aumentare periodicamente lo stato di vigilanza aiuti a migliorare alcune funzioni cognitive, come la memoria, l'attenzione e la velocità di calcolo.

Il co-finanziamento e la co-produzione di prodotti e servizi basati sulle tecnologie informatiche e della comunicazione, uniti alla ricerca e allo sviluppo in questo settore, possono contribuire all'uso dell'ICT nell'assistenza, rendendo più disponibile e diffusa nell'assistenza anche la tecnologia costosa. Le partnership tra pubblico e privato sono usate estensivamente nella costruzione e nella gestione di strutture come ospedali e case di riposo. Per esempio, il programma europeo AAL (*Ambient Assisted Living*) finanzia e promuove la collaborazione tra pubblico e privato nelle aree della ricerca e dello sviluppo tecnologico legate all'assistenza. In particolar modo promuove lo sviluppo di prodotti, servizi e sistemi ICT innovativi che possono essere utilizzati a casa o nella comunità e finanzia progetti internazionali che coinvolgono piccole e medie imprese, istituti di ricerca ed organizzazioni di utenti.²¹

L'unione delle forze nella collaborazione pubblico-privato può offrire grandi opportunità al settore dell'assistenza, ma in ogni caso, i benefici di queste partnership dipendono fortemente dal contesto. Per questo motivo le decisioni devono essere prese su base individuale, tenendo conto di tutte le peculiarità del progetto in questione e considerando gli alti costi di coordinamento e la maggiore complessità che una partnership tra pubblico e privato può comportare.

Conclusioni e raccomandazioni

Richieste diversificate ed in continua evoluzione hanno portato i decisori politici ad aprirsi verso un cambiamento strutturale e strategico nel settore assistenziale. In questo *Policy Brief* è stata presentata una panoramica di alcune strategie innovative e volte a rafforzare l'autoconsapevolezza e l'autodeterminazione degli utenti (*empowering*) in questo ambito.

È stato inoltre dimostrato quanto sia importante includere l'utente in tutti gli stadi del processo di assistenza e cambiare il modo in cui le persone anziane sono percepite, spostandosi dall'idea di riceventi passivi a quella di utenti attivi che hanno a disposizione delle risorse.

Questo ragionamento implica che i servizi assistenziali dovrebbero essere portati avanti con la cooperazione reciproca tra *provider* e utenti. La cooperazione rappresenta un principio guida in molte nuove strategie di assistenza. Invece di lavorare in compartimenti stagni, tutti gli *stakeholders* dovrebbero essere incoraggiati a condividere le loro risorse e a lavorare insieme per offrire servizi di qualità vicini all'utente finale e personalizzati sui suoi bisogni.

Questo approccio comprende anche la cooperazione tra le istituzioni pubbliche, la famiglia e la rete sociale (che spesso forniscono assistenza informale), la comunità, la società civile e le imprese commerciali.

²¹Source: <http://www.aal-europe.eu/>

La cooperazione e l'inclusione dovrebbero essere ampliate anche all'interno delle istituzioni pubbliche. I *provider* di assistenza sanitaria e assistenza sociale hanno bisogno di lavorare fianco a fianco per occuparsi di tutte le persone che necessitano assistenza. Se si considera che l'eterogeneità interna ai gruppi di utenti è spesso maggiore di quella tra gruppi diversi, la demarcazione tra l'assistenza agli anziani e quella rivolta ad altri gruppi, ad esempio alle persone diversamente abili, dovrebbe essere ridotta al minimo. Al contrario, servizi diversificati e organizzazioni flessibili dovrebbero servire a soddisfare i bisogni individuali, sfruttando le sinergie per l'organizzazione ed erogazione dei servizi.

In ogni caso possibile ed il più a lungo possibile, i servizi assistenziali dovrebbero avere lo scopo di supportare la vita indipendente, rispettando il desiderio della maggioranza delle persone anziane. In questo senso la tecnologia può essere utile per facilitare l'assistenza, migliorare la qualità della vita e migliorare l'autonomia degli anziani. I principi guida per l'utilizzo della tecnologia nell'assistenza dovrebbero essere la fruibilità e l'utilità.

Il contesto istituzionale dell'assistenza dovrebbe essere aperto e reattivo alle richieste in evoluzione dell'utenza. La tendenza generale di passaggio da forme di assistenza istituzionale ad altre di tipo domiciliare sta diventando sempre più evidente e dovrebbe essere accompagnata dalla disposizione pubblica di soluzioni maggiormente flessibili, come l'espansione dei servizi ambulatoriali, domiciliari e comunitari. Tuttavia, il passaggio all'assistenza domiciliare non è necessariamente la strategia migliore in ogni contesto nazionale. Specialmente nei Paesi in cui prevale l'assistenza di tipo informale, potrebbe essere vantaggioso espandere forme di assistenza di tipo istituzionale e residenziale, in modo da assicurare la disponibilità di opzioni diversificate per le persone in stato di bisogno.

Queste raccomandazioni ed esempi suggeriscono possibili modi di migliorare le politiche assistenziali negli stati membri dell'UNECE, integrando strategie innovative e responsabilizzanti (*empowering*) nei diversi contesti assistenziali. Tuttavia, la natura di questo potenziale cambia in base a caratteristiche nazionali, regionali e locali, agli approcci di governance generale, ai bisogni individuali e alle aspettative dei cittadini: le strategie debbono quindi essere adattate ad ogni specifica situazione. Il trasferimento di conoscenze e la sua traduzione ai contesti locali sarà un compito importante tra i prossimi passi che dovranno essere compiuti dai governi.

Bibliografia

Boyle, D., & Harris, M. (2009): The Challenge of Co-Production, London: NESTA.

Available from <http://www.neweconomics.org/publications/entry/the-challenge-of-co-production>

Colombo, F. et al. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Available from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en

Freire, K. and Sangiorgi, D. (2010). Service design and Healthcare innovation: from consumption, to co-production to co-creation, Nordic Service Design Conference, Linköping, Sweden.

Available from http://www.academia.edu/628119/SERVICE_DESIGN_and_HEALTHCARE_INNOVATION_from_consumption_to_coproduction_and_co-creation

Murray, R., Burns, C., Vanstone, C., & Winhall, J. (2006). RED Report 01: Open Health. London: Design Council

Available from http://www.cihm.leeds.ac.uk/document_downloads/REDREPORT01OpenHealth.pdf Norwegian

Ministry of Health and Care Services (2012/13): Future Care, Meld.St.29 (2012-2013), Report to the Storting (White Paper) Chapter 1-3

Available from <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/documents/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013-3.html>

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2011): Innovation in the Care Services, Official Norwegian Reports NOU 2011: 11, Chapter 1,2 and 3

Available from http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/documents/nouer/2011/nou-2011-11-2.html?regi_oss=1

OECD/European Commission (2013): A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing

Available from <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10292&langId=en>

OECD (2014): How was life? Global wellbeing since 1820

Available from http://www.oecd-ilibrary.org/economics/how-was-life/global-well-being-since-1820_9789264214262-5-en

Pickard, L. (2004): The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People, Audit Commission PSSRU, University of Kent, London School of Economics and University of Manchester.

Available from www.pssru.ac.uk/pdf/dp2014.pdf

Sixsmith, A. & Gutman, G. (Eds.) (2013): Technologies for Active Aging, Springer

United Nations (2002), Madrid International Plan of Action on Ageing, Report of the Second World Assembly on

Ageing, Madrid, 8-12 April 2002, A/CONF.197/9, Available from <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/mica2002/documents/Madrid2002Report.pdf>

UNECE - United Nations Economic Commission for Europe (2012): Synthesis Report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the UNECE Region, Second Review and Appraisal of the Regional Implementation Strategy of the Madrid Plan of Action on Ageing (MIPAA/RIS)

Available from http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Vienna/Documents/Synthesis_report_19-11-12.pdf

UNECE - United Nations Economic and Social Council (2012), ECE/AC.30/2012/3, Ensuring a society for all ages: Promoting quality of life and active ageing, 2012 Vienna Ministerial Declaration, Economic Commission for Europe,

Working Group on Ageing, Ministerial Conference on Ageing, Vienna, 19 and 20 September 2012, Available from http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Vienna/Documents/ECE.AC.30-2012-3.E.pdf

UNFPA – United Nations Population Fund (2012): Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge

Available from <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>

Verbeek-Oudijk, D. et al. (2014): Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries. The Hague, Netherlands.

Available from http://www.scp.nl/english/Publications/Publications_by_year/Publications_2014/Who_cares_in_Europe

Vienna NGO Committee on Ageing (2014): RECOMMENDATIONS formulated by the Vienna NGO Committee on Ageing on the basis of its deliberations during the event organized to mark the 2014 International Day of Older Persons on “Social Innovation Solutions and Technology for Active and Healthy Ageing” concerning the PRODUCTION AND USABILITY OF NEW TECHNOLOGIES

Available from [http://www.siforage.eu/eotools_files/files/NGO%20Committee%20Ageing_Recommendations_26.09.2014\(final\).pdf](http://www.siforage.eu/eotools_files/files/NGO%20Committee%20Ageing_Recommendations_26.09.2014(final).pdf)

WHO - World Health Organization (2006): Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications.

Available from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/102402/E88366.pdf

WHO - World Health Organization (2002): Active Ageing. A Policy Framework, WHO/NMH/NPH/02.8

Available from http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

Checklist: Strategie innovative e a sostegno dell'autoconsapevolezza e dell'autodeterminazione (*empowering*) nell'assistenza agli anziani

Aree Principali	Aree di Implementazione	Elementi Chiave
Design di servizi assistenziali	Influenza dell'utente	<ul style="list-style-type: none"> • Co-costruzione di servizi assistenziali • Co-definizione • Co-fornitura
	Gamma dell'assistenza	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione • Riabilitazione • Assistenza a Lungo Termine • Cure Palliative
Erogazione di servizi assistenziali	Qualità della vita e benessere	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione sociale • Attività fisiche, sociali e culturali • Vita indipendente
	Tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca e sviluppo • Fruibilità e orientamento al gruppo target
Organizzazione dell'assistenza	Assistenza Formale	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza istituzionale flessibile/istituzioni aperte • Assistenza ambulatoriale • Servizi infermieristici domiciliari • Assistenza domiciliare pratica • Assistenza basata sulla comunità
	Assistenza Informale	<ul style="list-style-type: none"> • Soluzioni lavorative flessibili • Opzioni di tregua • Supporto finanziario • Formazione e counselling
	Possibilità di scelta	<ul style="list-style-type: none"> • Contesto legale • Varietà di fornitori • Strumenti di scelta
	Valutazione della Qualità	<ul style="list-style-type: none"> • Standard e criteri di qualità • Monitoraggio
Potenziale per la cooperazione	Cooperazione con la comunità	<ul style="list-style-type: none"> • Co-creazione e co-produzione
	Cooperazione con il terzo settore (non-profit) o con il settore privato	<ul style="list-style-type: none"> • Mercato dell'assistenza commerciale
		<ul style="list-style-type: none"> • Partnership pubblico-privato