STATI GENERALI WELFARE 2016
BENE COMUNE

ANZIANI_8 APRILE
IL SOSTEGNO AGLI ANZIANI
E ALLE LORO FAMIGLIE

Comune di Lecco

Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci
LECCO

Le necessità dei più anziani

Fra normalità, vulnerabilità, fragilità e disabilità

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

Fabrizio Giunco
Direzione sanitaria, Presidio Nord 1
Istituto Palazzolo
Via Don Luigi Palazzolo, 21 Milano

Abitareleggero

OECD INSIGHTS

EDITED BY PATRICK LOVE

AGEING: DEBATE THE ISSUES

Please cite this publication as:
OECD (2015), *Ageing: Debate the Issues*, OECD Insights, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264242654-en

OECD

Table of contents

Introduction 7

Ageing in numbers 13

The new demography of death 15
by Dr George W. Leeson

The future of development is ageing 21
by Ken Bluestone

Senescence in the City 25
by Patrick Love

Health systems are still not prepared for an ageing population 29
by Francesca Colombo

When you are old and grey and full of sleep 33
by Patrick Love

Using big data in the fight against dementia 37
by Elettra Ronchi

Smarter, greener, healthier and more productive: The new old 43
by Tobias Vogt and Fanny Kluge

Work longer for a healthy economy and a happy home 49
by Patrick Love

Ageing and pensions 53
by Pablo Antolín-Nicolás

How can capital markets serve pension systems in the European Union? 59
by Markus Schuller

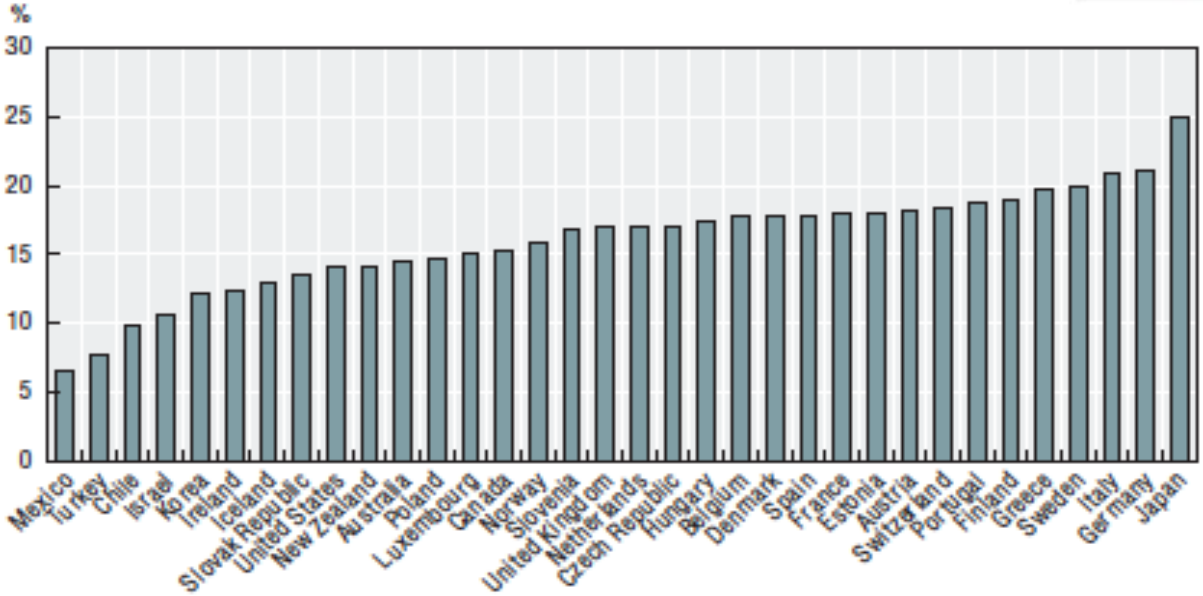
No old person left behind? 65
by Monika Queisser

How's life in old age? 69
by Justin Dupre-Harbord

Please cite this publication as:
OECD (2015), *Ageing: Debate the Issues*, OECD Insights, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264242654-en

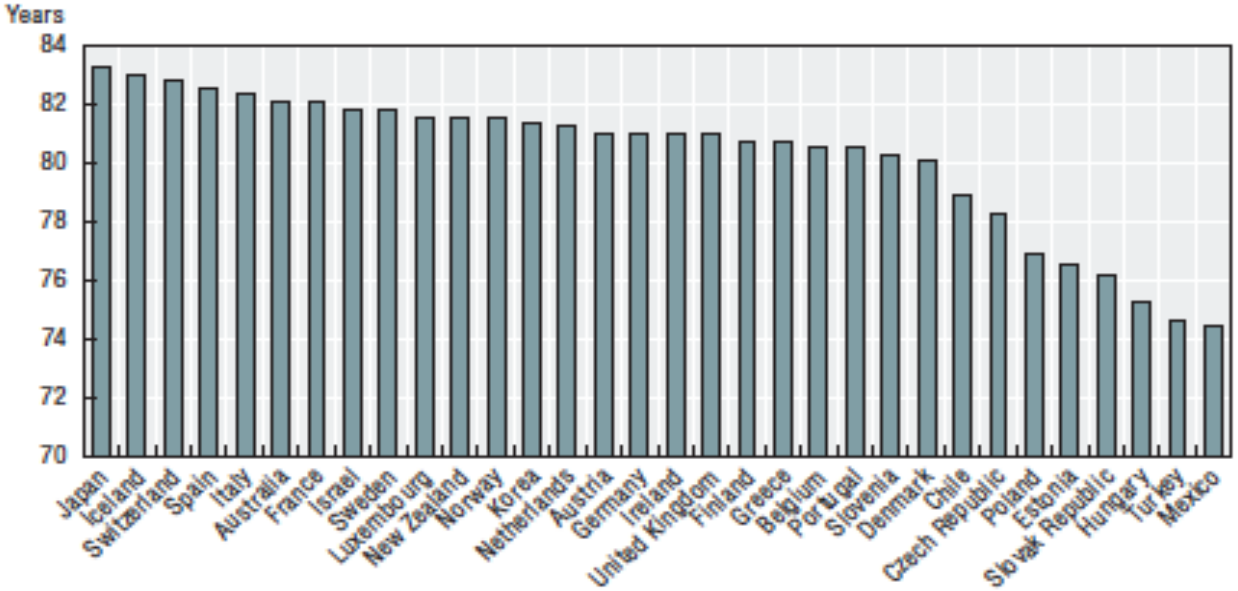
Elderly population, 2013

Population aged 65+ as % of total population



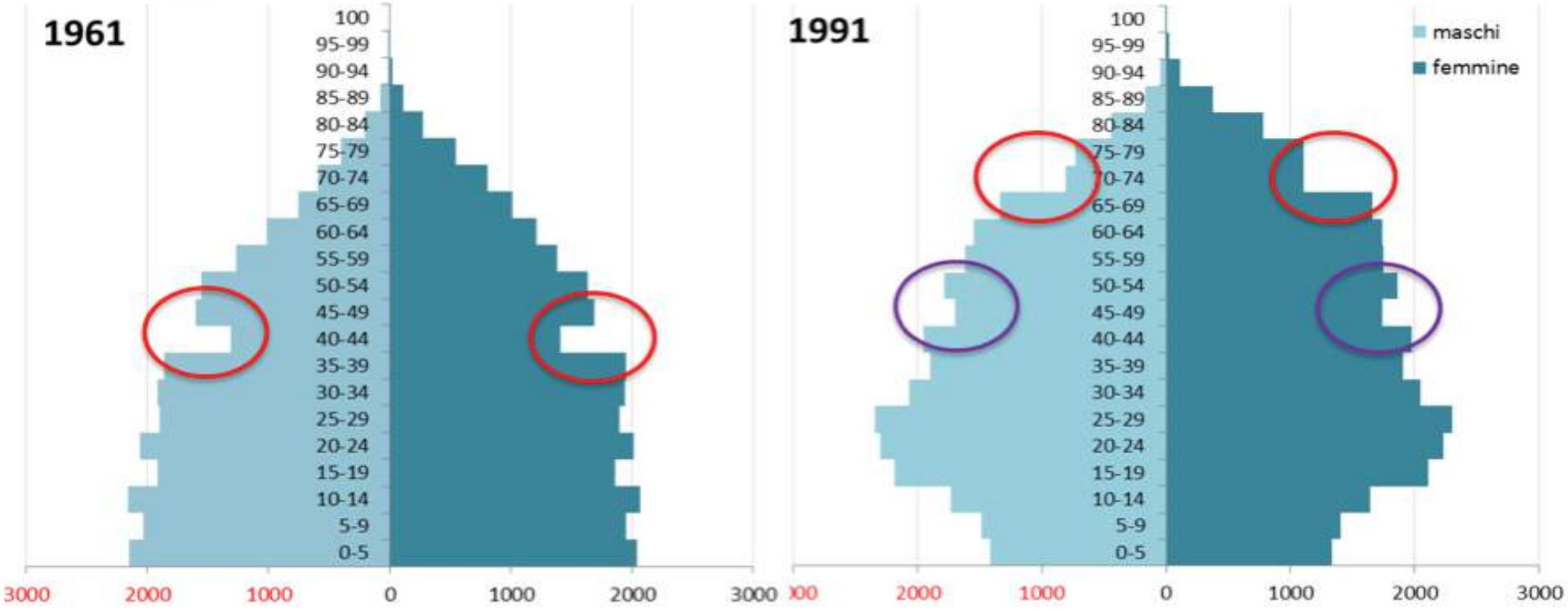
Source: OECD (2014), Labour Force Statistics: Summary t
Market Statistics (database), *http://dx.doi.org/10.1787/da*

Life expectancy at birth, 2012



Source: OECD (2015), Life expectancy at birth (indicator), *http://dx.doi.org/10.1787/27e0fc9d-en.*

Popolazione per sesso ed età – Anni 1961 e 1991



Fonte: Istat, serie storiche: Istat, Ricostruzione della popolazione residente e del bilancio demografico

Golini A, Grimaccia E. A cento anni dalla Grande Guerra: effetti demografici nel breve e nel lungo periodo. Neodemos.it, 9 giugno 2015

Financial crisis, austerity, and health in Europe

Marina Karanikolos, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P Mackenbach, Martin McKee

The financial crisis in Europe has posed major threats and opportunities to health. We trace the origins of the economic crisis in Europe and the responses of governments, examine the effect on health systems, and review the effects of previous economic downturns on health to predict the likely consequences for the present. We then compare our predictions with available evidence for the effects of the crisis on health. Whereas immediate rises in suicides and falls in road traffic deaths were anticipated, other consequences, such as HIV outbreaks, were not, and are better understood as products of state retrenchment. Greece, Spain, and Portugal adopted strict fiscal austerity; their economies continue to recede and strain on their health-care systems is growing. Suicides and outbreaks of infectious diseases are becoming more common in these countries, and budget cuts have restricted access to health care. By contrast, Iceland rejected austerity through a popular vote, and the financial crisis seems to have had few or no discernible effects on health. Although there are many potentially confounding differences between countries, our analysis suggests that, although recessions pose risks to health, the interaction of fiscal austerity with economic shocks and weak social protection is what ultimately seems to escalate health and social crises in Europe. Policy decisions about how to respond to economic crises have pronounced and unintended effects on public health, yet public health voices have remained largely silent during the economic crisis.

Lancet 2013; 381: 1323–31
Published Online March 27, 2013
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6
This is the seventh in a Series of seven papers about health in Europe

European Observatory on Health Systems and Policies (M Karanikolos MSc, J Cylus MSc, Prof M McKee MD), and European Centre on Health of Societies in Transition (M Karanikolos, Prof M McKee), London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK; European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, London, UK (P Mladovsky MSc, J Cylus, S Thomson PhD); Stanford Prevention Research Center, Department of Medicine, Stanford University, Stanford, CA, USA (S Basu PhD); Department of Sociology, University of Cambridge, Cambridge, UK (D Stuckler PhD); and Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, Netherlands (Prof J P Mackenbach PhD)

Introduction

The economic crisis that has engulfed Europe since 2008 has raised concerns about the health of ordinary people. Despite more than 100 years of research about the effects of economic turbulence on health, the relation between the two is not yet fully understood. We briefly review the origins of the financial crisis and examine what European countries have done in terms of health policy to respond, with a focus on changes to health systems. In the absence of comprehensive data for health during this crisis, we postulate what might be expected to occur on the basis of previous experiences, and review what has actually happened (as far as can be ascertained). We conclude with recommendations for the development of epidemiology of resilience[1]—ie, understanding how people, households, communities, and entire societies cope with difficult economic circumstances and shocks, and how public health policy can improve health outcomes in this context.

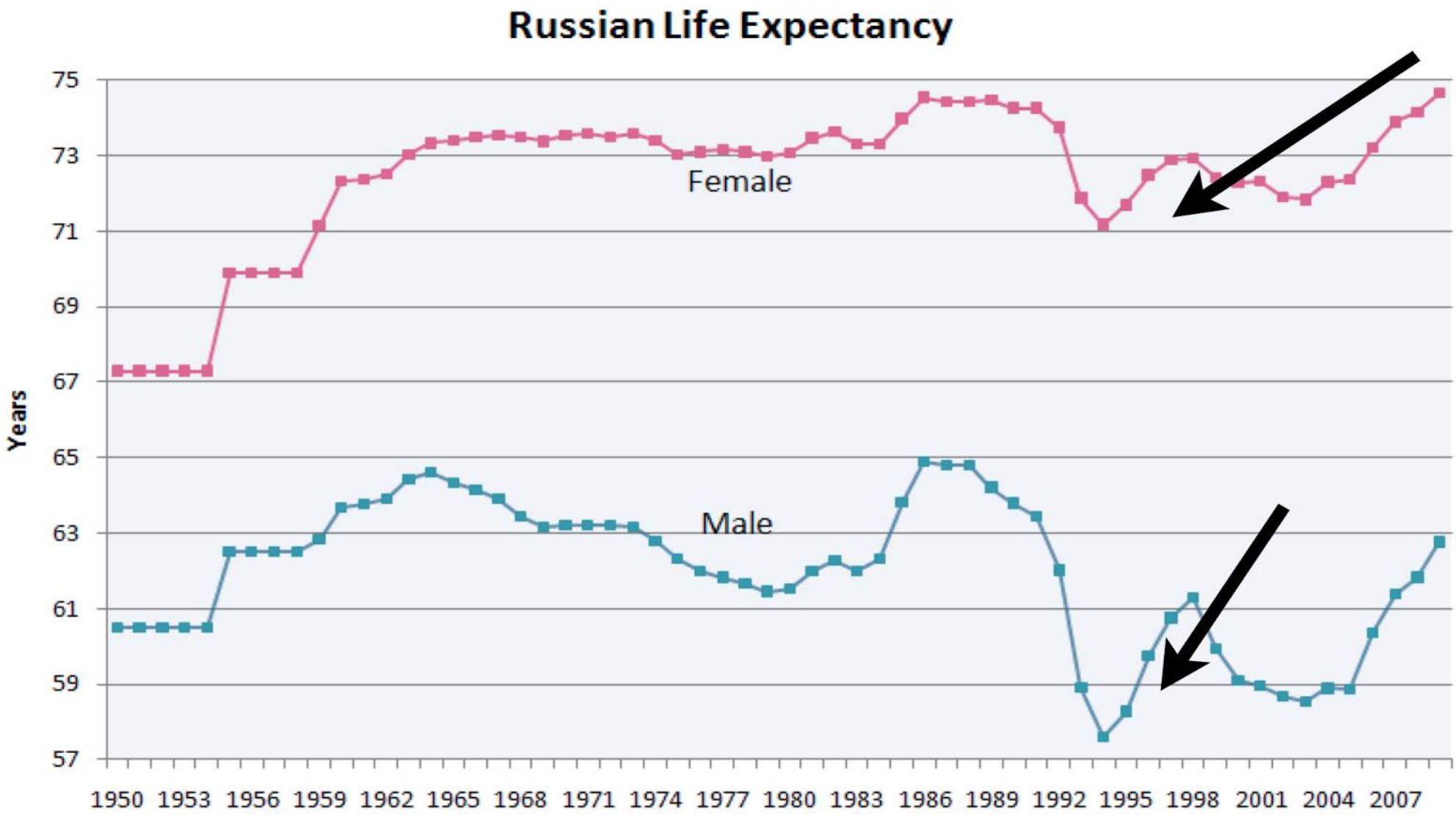
Causes of the financial crisis

The financial crisis was avoidable. The US Government's Financial Crisis Inquiry Commission[2] is the most exhaustive analysis of the economic downturn. It focused on events in the USA, but these events are widely agreed to have triggered the crisis in Europe; however, specific problems in European countries exacerbated the situation. The Financial Crisis Inquiry Commission concluded that the crisis was caused by an overabundance of investments in mortgage-backed securities based on valuations of high-risk mortgages that were poorly (sometimes fraudulently) administered. In a chain reaction, a rise in interest rates led to borrower defaults, which led to bank defaults and a crash in the housing and stock markets (panel 1). By the beginning of 2008, nearly 9 million US home owners owed more than the value of their property.[3] More and more home owners defaulted on their loans, and the value of mortgage-backed securities plummeted.[4] Because many mortgage-backed securities were sold in Europe, the turmoil in the US housing sector quickly spread to European banks. Countries such as Ireland, Spain, and Italy, which had developed so-called property bubbles that were similarly fuelled by artificially low interest rates (partly because of Eurozone membership), were among the worst affected, as demand for housing contemporaneously fell and banks subsequently collapsed.

These financial crises soon led to economic crises. In 2009, gross domestic product (GDP) fell in real terms in all countries of the European Union (EU) except Poland; the mean decrease was 4·3%, but losses ranged from 1·9% in Cyprus to 17·7% in Latvia.[5] Between 2007

Key messages

- The public health effects of the economic crisis are already visible, particularly in the countries most affected by recession; however, Iceland has so far avoided negative health effects
- Strong social protection mechanisms (both formal and informal) can mitigate some negative effects of recession on health, such as increasing suicides
- Austerity measures can exacerbate the short-term public health effect of economic crises—eg, through cost-cutting or increased cost-sharing in health care, which reduce access and shift the financial burden to households
- Policy responses to a similar set of economic shocks varied between countries and have led to differing health outcomes, creating potential for future research about how economic changes affect health, policy responses that can mitigate risks, and why some societies are more resilient than others
- Economic crises and their countermeasures have pronounced and unintended effects on public health, yet public health experts have remained largely silent during this crisis


Russian Life Expectancy
Years
75
73
71
69
67
65
63
61
59
57
Female
Male
1950 1953 1956 1959 1962 1965 1968 1971 1974 1977 1980 1983 1986 1989 1992 1995 1998 2001 2004 2007

Journal of Aging Studies 35 (2015) 123–134

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Aging Studies

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jaging

Unmasking the 'elderly mystique': Why it is time to make the personal political in ageing research

Gemma M. Carney[a,*], Mia Gray[b]

[a] School of Sociology, Social Policy and Social Work, Queen's University Belfast, Belfast, United Kingdom
[b] Department of Geography, Cambridge University, Cambridge, United Kingdom

ARTICLE INFO

Article history:
Received 26 June 2015
Received in revised form 21 August 2015
Accepted 21 August 2015
Available online xxxx

Keywords:
Ageism
Feminism
Cultural gerontology
Elderly mystique

ABSTRACT

This article uses feminist scholarship to investigate 'the elderly mystique'—which contends that the potential of old age is masked by a set of false beliefs about ageing (i.e. *ageism*) which permeate social, economic, and political life (Cohen, 1988).

The article presents a theoretical model which explores the extent to which institutionalised ageism shapes the trajectory of life after 60.[1] The hypothesis underpinning the model is simple: *The challenge for ageing societies is not the average age of a given population, but rather, how age is used to structure economic, social and political life*. An inter-disciplinary framework is used to examine how biological facts about ageing are used to segregate older from younger people, giving older people the status of 'other'; economically through retirement, politically through assumptions about 'the grey vote,' and socially through ageist stereotyping in the media and through denial and ridicule of the sexuality of older people. Each domain is informed by the achievements of feminist theory and research on *sexism* and how its successes and failures can inform critical investigations of *ageism*.

The paper recognises the role of ageism in de-politicising the lived experience of ageing. The paper concludes that feminist scholarship, particularly work by feminists in their seventies, eighties, and nineties, has much to offer in terms of re-framing gerontology as an emancipatory project for current and future cohorts of older people.

© 2015 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction

> 'Demographic change in Europe is seen as a challenge for many policy areas... As many of these areas involve a significant share of public finance expenditure, population ageing is also subject to examination from the perspective of fiscal sustainability.' (European Commission, 2014:9)

This article calls for a capacity-based and culturally embedded knowledge base for ageing. The approach presented is ambitious as it involves challenging the dominance of biomedical and cost-oriented approaches to research on ageing. The quotation from the European Commission at the opening typifies the latter. The work builds on critical interventions such as Cole's (1992) *Journey of Life* which delineated the transition of scholarship from concern with the meaning of age to the management of ageing: '...aging has been brought under the dominion of scientific management, which is primarily interested in *how* we age in order to explain and control the aging process' (Cole, 1992: *xx*). Policymakers focus on providing health and social care services for an older population, which, they assume, will become ever more dependent (European Commission,

* Corresponding author at: 6, College Park, Queen's University Belfast, Belfast, UK.
E-mail address: g.carney@qub.ac.uk (G.M. Carney).

[1] Throughout this article the term 'older people' refers to those aged over 60 years.

http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.08.007
0890-4065/© 2015 Elsevier Inc. All rights reserved.

Mi guardavo intorno a Harvard, durante il mio primo meeting su "Aspetti etici della cura degli anziani". Mi accorsi che, oltre a me, c'era solo un'altra persona con i capelli bianchi, un pioniere negli studi sull'invecchiamento (sembra che i geriatri debbano ritirarsi a 65 anni). Gli altri giovani Turchi della nuova cultura geriatrica, erano per lo più giovani, laureati in psichiatria e specializzati in gero-psichiatria (a pensar male … oggi ci sono molti finanziamenti per i loro studi sulle demenze) o che si fregiavano del nuovo titolo di eticisti medico-legali. Ascoltavo questi esperti parlare di "quelli": quelle persone malate, vecchie, senza aiuto, senza figli, incontinenti, dipendenti, che drenano le risorse delle loro famiglie e rappresentano un onere insostenibile per gli ospedali e per il sistema sanitario e di sicurezza sociale. Mentre li ascoltavo, pensavo a quanto le loro preoccupazioni divergessero dai racconti di quelle donne e uomini che mi avevano descritto quanto fossero sorprendenti i cambiamenti nelle loro vite una volta superati i 60, i 70 o gli 80 anni. (Friedan B. The fountain of age. Simon and Schuster, New York, 1993)

"Sono stati fatti grandi progressi nella medicina e nell'assistenza sociale, ma si è diffusa anche una ***cultura dello scarto****, come conseguenza di una crisi antropologica che non pone più l'uomo al centro, ma il consumo e gli interessi economici (cfr Esort. ap. Evangelii gaudium, 52-53).* ***Tra le vittime di questa cultura dello scarto*** *vorrei qui ricordare in particolare gli* ***anziani****.*

La loro longevità non sempre viene vista come un dono di Dio, ma a volte come un peso difficile da sostenere, soprattutto quando la salute è fortemente compromessa. Questa mentalità non fa bene alla società, ed è nostro compito sviluppare degli ***anticorpi*** *contro questo modo di considerare gli anziani, o le* ***persone con disabilità****, quasi fossero vite non più degne di essere vissute*.

Papa Francesco, saluto di apertura della visita alla Piccola casa della Divina Provvidenza, Torino 2015

“Correggere l’attuale rappresentazione negativa della vecchiaia è un impegno culturale e educativo che deve coinvolgere tutte le generazioni. Esiste una responsabilità verso gli anziani di oggi, che vanno aiutati a cogliere il senso della loro età, apprezzandone le risorse e sconfiggendo la tentazione del rifiuto, dell’auto-isolamento, della rassegnazione a un sentimento di inutilità, della disperazione. ***Esiste una responsabilità verso le generazioni future: quella di preparare un contesto umano, sociale e spirituale nel quale ogni persona possa vivere con dignità e pienezza questa tappa della vita”***

Pontificio consiglio per i laici. Documento: “La dignità dell’anziano e la sua missione nella Chiesa e nel mondo”. Collana Servizio dell’unità n. 110. Elledici, Torino, 1999

Who Cares?

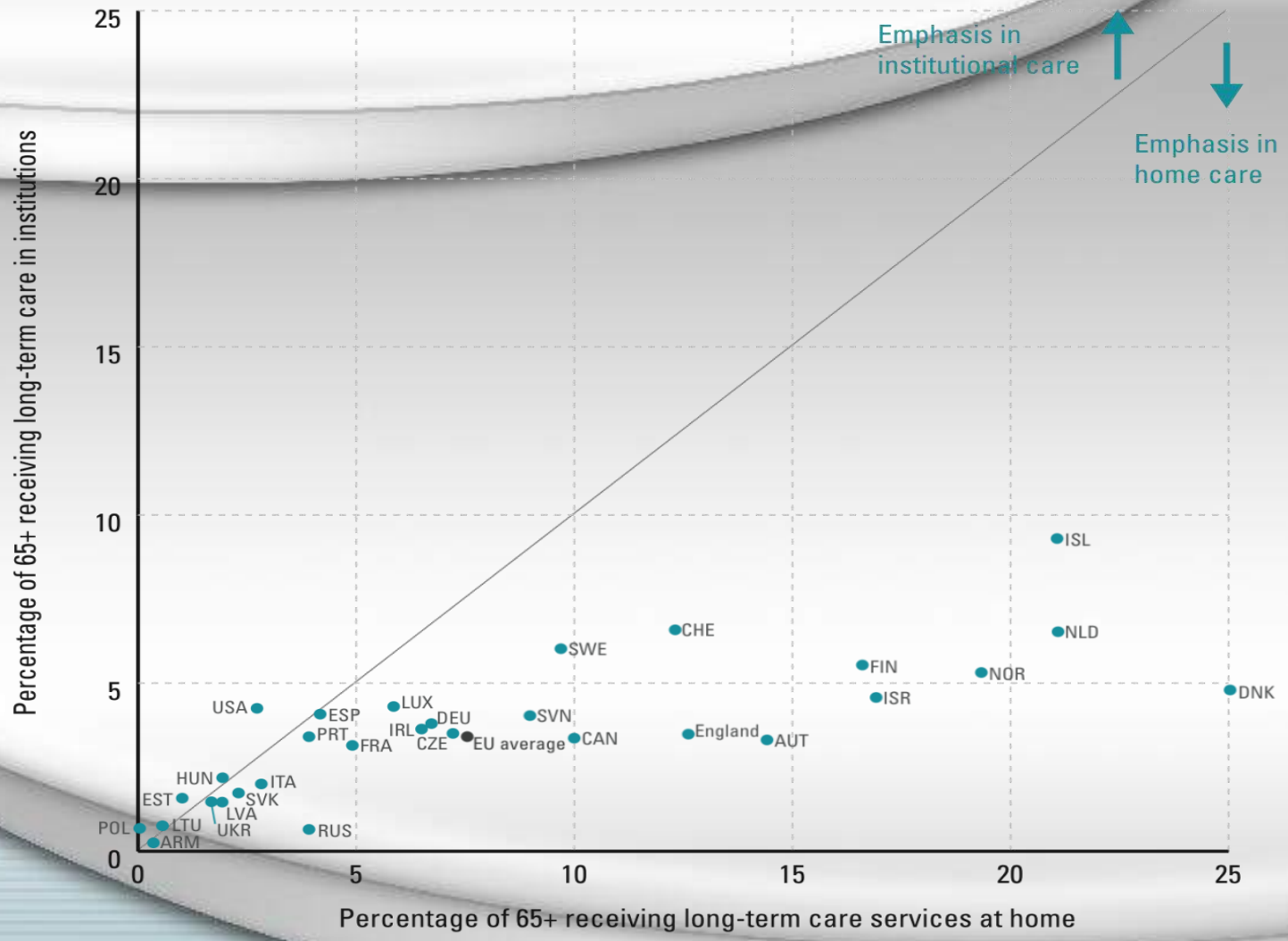
Care coordination and cooperation
to enhance quality in elderly care
in the European Union

Conference on Healthy and Dignified Ageing
Swedish Presidency of the EU
15-16 September 2009

Prof. Dr. Bernd Marin

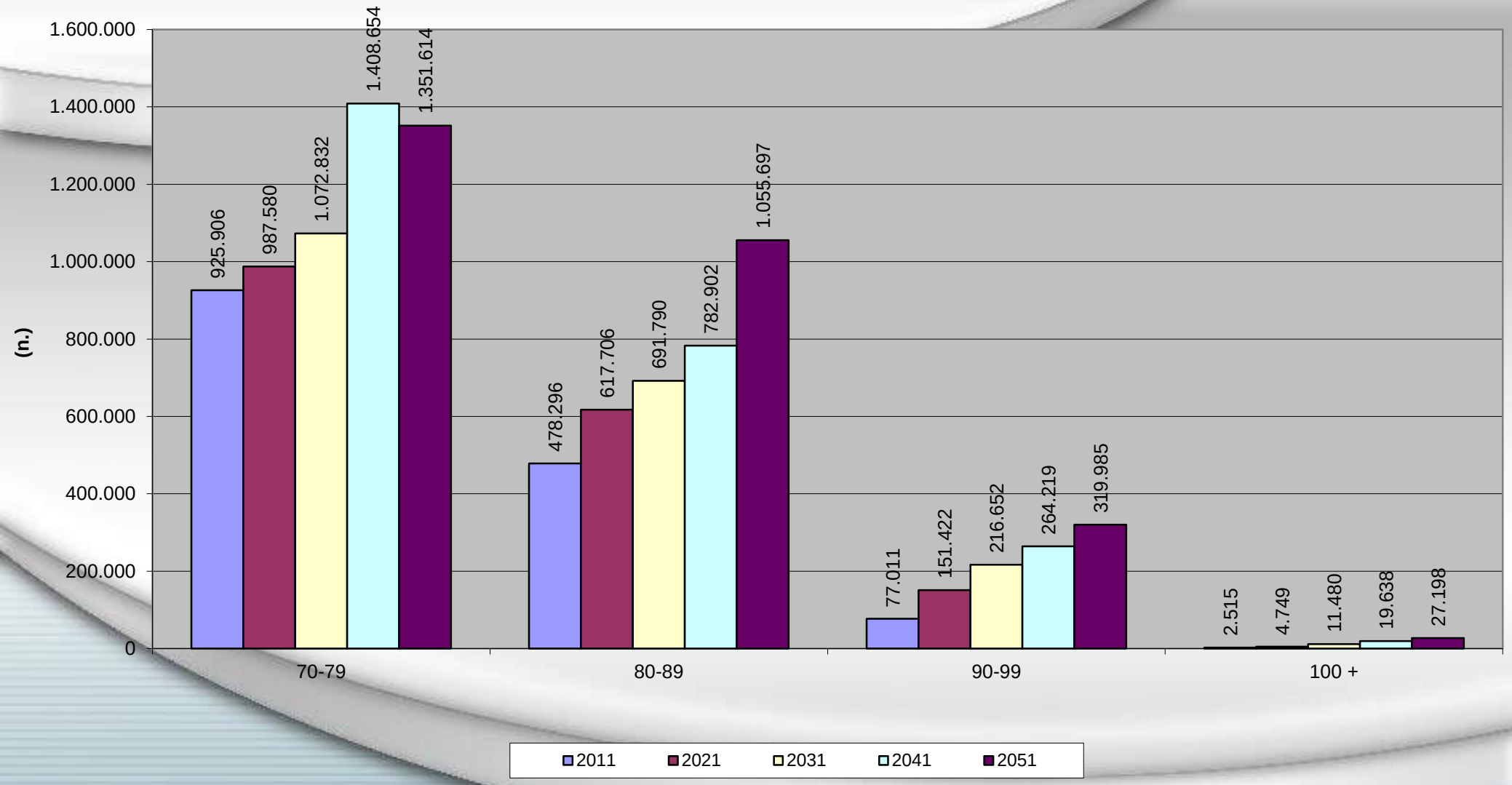
EUROPEAN CENTRE • EUROPÄISCHES ZENTRUM • CENTRE EUROPÉEN
FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH
FÜR WOHLFAHRTSPOLITIK UND SOZIALFORSCHUNG
DE RECHERCHE EN POLITIQUE SOCIALE
AFFILIATED TO THE UNITED NATIONS
IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEN VEREINTEN NATIONEN
AFFILIÈ AUX NATIONS UNIES

OECD, 2009: relazione fra sistemi residenziali e domiciliari

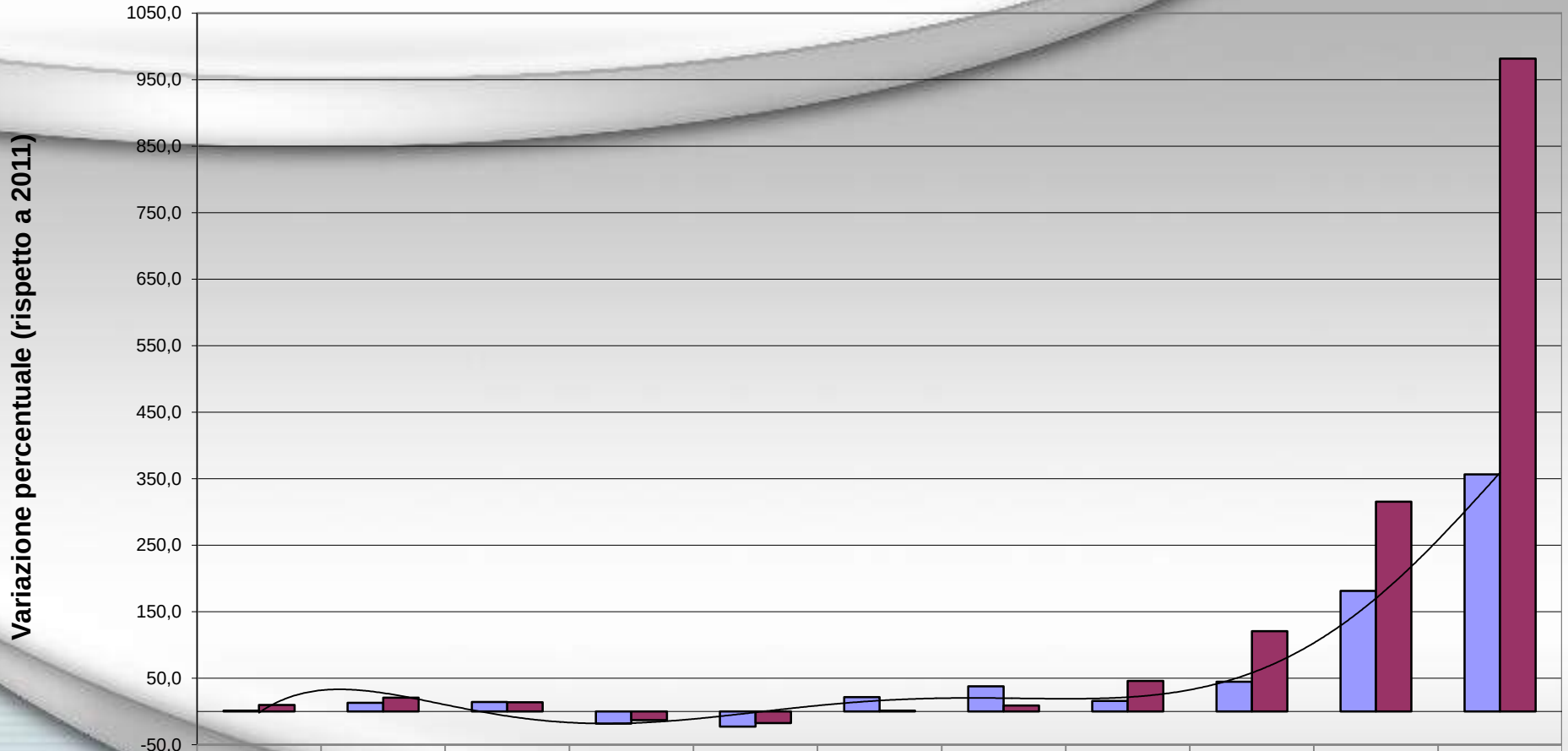


Huber et al. (2009 forthcoming). Own calculations based on OECD, NOSOSCO , WHO, Eurostat and national sources.

Lombardia. Evoluzione per classi di età 70+, intervallo 2011-2051 (demo.istat.it, ipotesi media)



Previsioni demografiche Lombardia, tendenze 2011-2051.
Variazione percentuale per classi di età nell'intervallo 2011-2031 e 2011-2051



	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100 +
Variazione al 2031	1,3	13,2	14,3	-18,2	-22,9	21,7	37,7	15,9	44,6	181,3	356,5
Variazione al 2051	9,8	20,9	13,8	-13,1	-17,5	1,4	9,1	46,0	120,7	315,5	981,4

Fonte: demo.istat.it

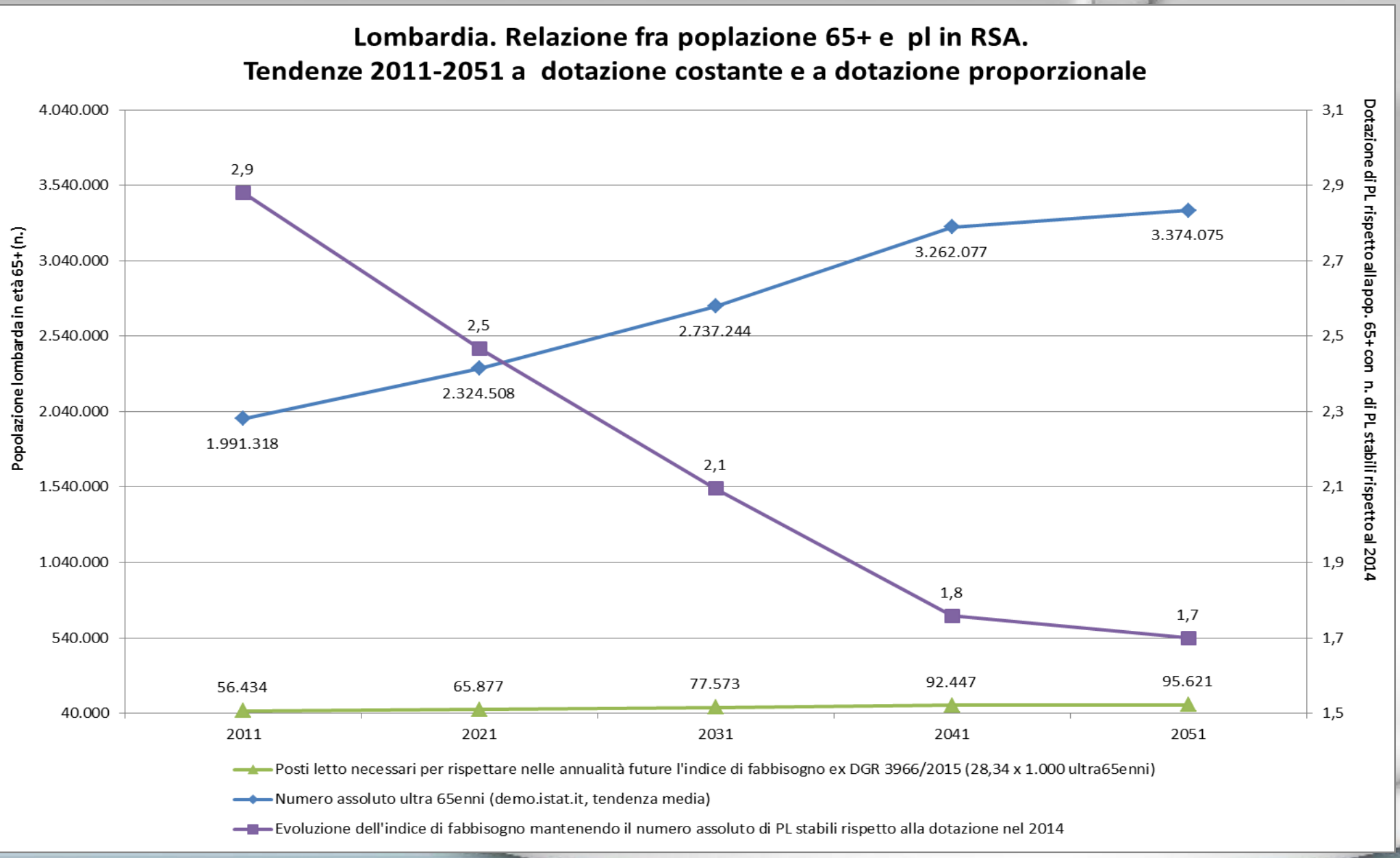
HCV-HBV
ECA
IBD
PanC
CKD
HIV
IRC
cirrosi
Neoplasia non attiva
follow-up
remissione
RR-MS
Neo attiva
IRC-dialisi
complicanze
Diabete mellito T2
Diabete mellito T1
Epilessia
Demenze
Parkinson
*P-MS
CHF
CVD
IHD
CBVD
HT non complicata
Psicosi
O_2
InsResp Cronica
Dislipidemia
Int- organo
AR-bio
Asma
BPCO
AR
CTD-SV
Ttireopatie

L'OFFERTA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

Offerta sociosanitaria
Offerta sociale

	Anziani	Disabili	Minori	Persone con dipendenze	Malati terminali
Residenziale	**648 RSA:** 57.608 posti	**84 RSD:** 3.805 posti	**452 Comunità educative e familiari:** 3.593 posti	**136 Comunità:** 2.595 posti	**32 Hospice:** 347 posti
	Post acuto: 38 progetti con 619 posti in sperimentazione				
	27 Alloggio protetto anziani: 470 posti	**154 Alloggi per l'autonomia:** 523 posti			
		201 Com. alloggio: 1.739 posti			
Semi residenziale	**275 CDI:** 6.178 posti	**156 CSS:** 1.440 posti	**2.510 Servizi per l'infanzia** (nidi, micronidi, etc.): 63.454 posti		
	74 Centri diurni per anziani: 4.616 posti	**250 CDD:** 6.342 posti			
		178 CSE: 3.477 posti	**1.567 Servizi per i minori** (CAG,etc): 151.426 posti		
		92 SFA: 2.168 posti			
Riabilitaz.	**81 Strutture Riabilitazione sociosanitaria:** 2.814 posti degenza piena, 139 posti DH, 1.236 posti diurno continuo, 1,3 milioni di trattamenti ambulatoriali, 230.000 trattamenti domiciliari				
Servizi Domiciliari Ambulatoriali	**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** : 96.178 utenti				
	SAD: 22.068 utenti	**SADH:** 4.353 utenti	**ADM:** 5.809 utenti	**10 SMI** 2.500 utenti **e 62 SERT** 27.719 utenti	

RegioneLombardia
EXPO MILANO 2015


Lombardia. Relazione fra poplazione 65+ e pl in RSA.
Tendenze 2011-2051 a dotazione costante e a dotazione proporzionale
Popolazione lombarda in età 65+ (n.)
Dotazione di PL rispetto alla pop. 65+ con n. di PL stabili rispetto al 2014
4.040.000
3.540.000
3.040.000
2.540.000
2.040.000
1.540.000
1.040.000
540.000
40.000
3,1
2,9
2,7
2,5
2,3
2,1
1,9
1,7
1,5
2011
2021
2031
2041
2051
2,9
2,5
2,1
1,8
1,7
1.991.318
2.324.508
2.737.244
3.262.077
3.374.075
56.434
65.877
77.573
92.447
95.621
Posti letto necessari per rispettare nelle annualità future l'indice di fabbisogno ex DGR 3966/2015 (28,34 x 1.000 ultra65enni)
Numero assoluto ultra 65enni (demo.istat.it, tendenza media)
Evoluzione dell'indice di fabbisogno mantenendo il numero assoluto di PL stabili rispetto alla dotazione nel 2014

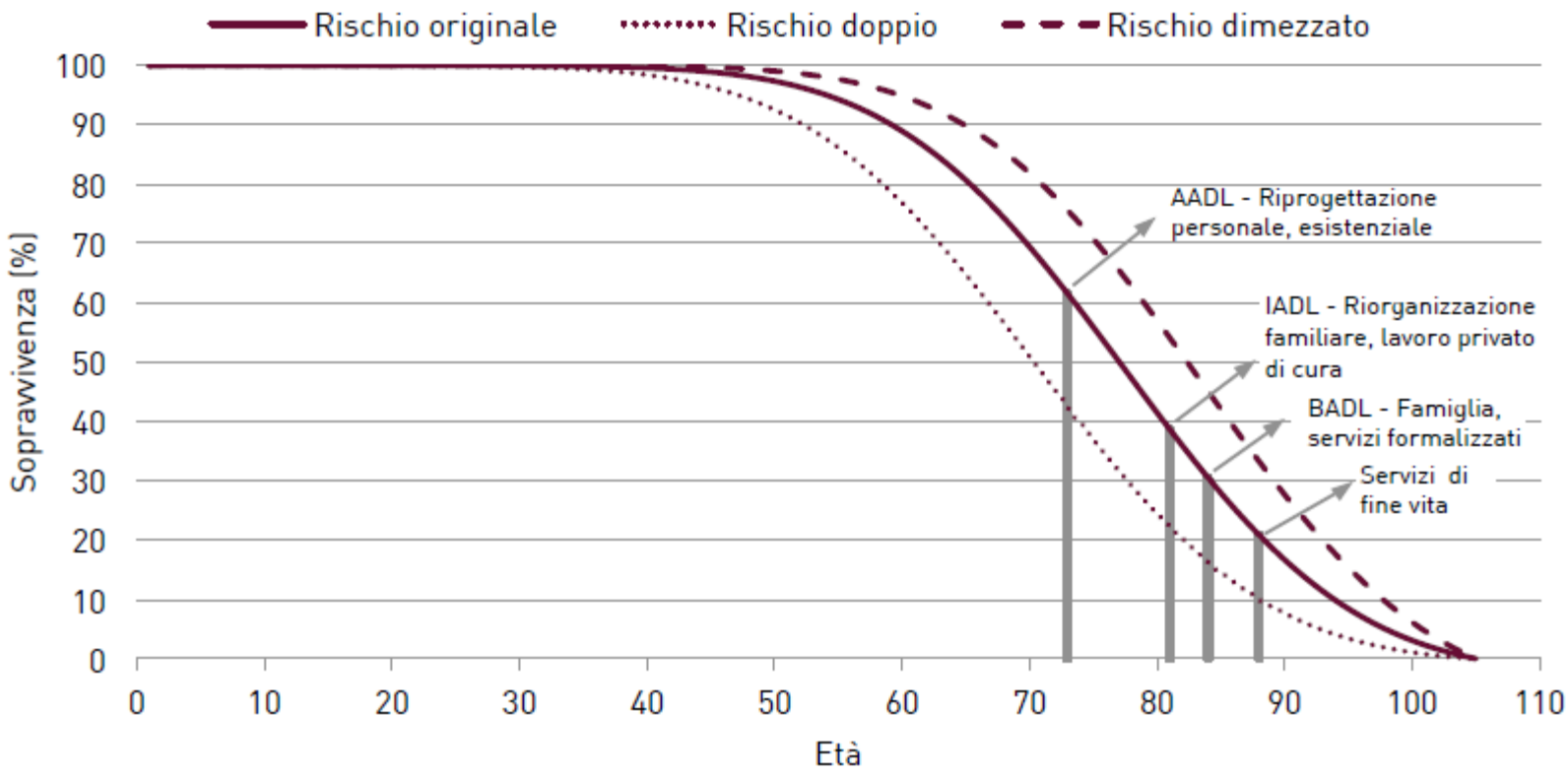
Servizi normali per persone normali …

"L'ARCO DI VITA" COME PROGETTO
Parametri metodologici

VARIABILITÀ INDIVIDUALE	*gli anziani non sono una "categoria"*
PLASTICITÀ EVOLUTIVA	*l'invecchiamento è un percorso dinamico "in progress"*
INTERGENERAZIONALITÀ	*"towards a society for all ages"*

Fonte: Marco Predazzi, Arco di vita e habitat in Europa. Realtà, tendenze e ipotesi progettuali. Gallarate, 2012

Figura 2.1 - Curva di sopravvivenza, limitazioni della vita quotidiana, processi di cambiamento e intersezione con la rete dei servizi



Fonte: elaborazione degli autori. I dati d'intersezione fra età e processi di riduzione delle autonomie sono puramente indicativi, anche se riferiti ad alcune stime pubblicate

Sottogruppi di popolazione meritevoli di attenzione (Lombardia, stime al 2021)

- 260.000 ultra70enni con disabilità dichiarata (Istat). 400.000 entro il 2051
- 350-530.000 ultra70enni con disabilità misurata (Gill TM, 2010)
- 700.000 ultra70enni con limitazioni nelle IADL (Micheli GA, 2004)
- 325.000 ultra65enni fragili (tre fattori di rischio) e 1.1 milioni pre-fragili (uno o due fattori di rischio). Rispettivamente 470.000 e 1.6 mln al 2051. (Santos-Eggimann, SHARE, 2009)
- 232.000 ultra65enni fragili con disabilità (Santos-Eggimann, SHARE, 2009)
- 140.000 anziani con fragilità elevata e medio-elevata in assenza di reti di sostegno (Guaita, IReR, 2000)

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat. demo.istat.it)

Non-Autosufficienza in Italia: fotografia del bisogno

Bocconi

Popolazione anziana non-autosufficiente, per Regione – Anno 2011

Regione	Popolazione residente over 65 non autosufficiente (2011)
LOMBARDIA	**368.239**
Lazio	210.164
Piemonte	188.622
Emilia Romagna	182.535
Veneto	181.722
Campania	174.242
Sicilia	173.199
Toscana	161.462
Puglia	140.095
Liguria	79.864
Calabria	69.796
Marche	65.082
Sardegna	60.308
Friuli Venezia Giulia	53.538
Abruzzo	52.737
Umbria	38.677
Basilicata	21.913
Prov. Auton. Trento	18.862
Prov. Auton. Bolzano	16.816
Molise	12.954
Valle d'Aosta	4.958
ITALIA	**2.275.784**

- 4% popolazione residente in Lombardia
- 18% popolazione anziana residente in Lombardia

Fonte: Ministero della Salute, 2013 su dati 2011

Fonte: Longo F. CERGAS Bocconi. Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e In Lombardia. 19 settembre 2014

Gap Bisogno-Servizi (1/2): servizi residenziali e badanti

Bocconi

Servizio	Totale POSTI	Tasso di copertura bisogno
Servizi Residenziali:		
-Rsa	57.483	15,6%
-Rsa (posti privati)	3.023	0,8%
-Centri Diurni (CD)	10.487	2,9%
Totale copertura bisogno servizi residenziali	**70.993**	**19,3%**
Badanti:	150.000	40,7%
Totale comprese badanti:	**220.993**	**60,0%**

Considerata la bassa intensità assistenziale di ADI e SAD, in questa prima analisi la copertura pubblica di servizi per la NA è stata calcolata considerando solamente i servizi residenziali

Fonte: DRG 116, 14/05/2013 per i servizi residenziali; IRS, 2012 per le badanti

Fonte: Longo F. CERGAS Bocconi. Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e In Lombardia. 19 settembre 2014

Gap Bisogno-Servizi (2/2): includendo la domiciliarità

Bocconi

Servizio	Totale POSTI	Tasso di copertura bisogno
Servizi Residenziali:	**70.993**	**19,3%**
-Rsa	57.483	15,6%
-Rsa (posti privati)	3.023	0,8%
-Centri Diurni (CD)	10.487	2,9%
Servizi Domiciliari:	**94.078**	**25,5%**
-ADI	72.000	19,5%
-SAD	22.078	6,00%
Totale copertura bisogno servizi residenziali più domiciliari	**165.071**	**44,8%**
Badanti:	150.000	40,7%
Totale comprese badanti:	**315.071**	**85,5%**

Fonte: DRG 116, 14/05/2013 per i servizi residenziali e domiciliari; IRS, 2012 per le badanti

Fonte: Longo F. CERGAS Bocconi. Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e In Lombardia. 19 settembre 2014

Le risorse del sistema lombardo

RISORSE TOTALI IMPIEGATE

	Spesa media giornaliera			N° Utenti	TOTALE SPESA ANNUA	% Risorse gestite da attori pubblici	% Risorse in mano alle famiglie
	Contributo pubblico	Contributo privato	Totale				
RSA	40€[1]	62€	102€[1]	57.483[2]	2.140.092.090 €	39%	61%
Posti privati RSA	0€[1]	102€	102€[1]	3.023[2]	112.546.290 €	0%	100%
CD	15€[1]	26€	41€[1]	10.487[2]	128.990.100 €	37%	63%
ADI	7€[3]	0€	7€[3]	72.000[2]	179.712.000€	100%	0%
SAD	4€[3]	0€	4€[3]	22.708[2]	35.424.480€	100%	0%
Badanti	0€	28€	28€[4]	150.000[5]	1.620.000.000€	0%	100%
			Totale		4.216.764.960	26%	74%

Nota: Considerando che una parte significativa della spesa delle famiglie è finanziata tramite l'indennità di accompagnamento INPS, includendo le risorse trasferite dall'INPS alle famiglie il totale delle risorse pubbliche messe in gioco (servizi gestiti ed erogati da attori pubblici e risorse INPS trasferite alle famiglie) è pari al 56%, contro il 44% di compartecipazione delle famiglie

Fonte: Longo F. CERGAS Bocconi. Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e In Lombardia. 19 settembre 2014

Il contributo netto delle famiglie

Bocconi

	Valorizzazione economica spesa privata complessiva	Costo medio annuo per singolo utente	Costo medio per utente, al netto di eventuale assegno INPS
Strutture Residenziali (RSA)	**1.413.386.580€[1]**	**22.630[2]**	**16.582[3]**
Badanti	**1.620.000.000€**	**10.800€[2]**	**4.752€[3]**

Fonti: DGR 116, 14/5/2013 per il numero di utenti e la quota sosia; Rielaborazione Cergas su dati Fnp/Cisl e Spi/Cigl per la quota sociale; IRS, 2012 per il numero badanti; Rielaborazione Cergas su dati CCNL, 2013 e IRS, 2007 per la stima retribuzione badanti

NOTA METODOLOGICA

1. Tale risultato è ottenuto come somma della quota sociale per i posti pubblici nelle strutture residenziali e della spesa per i posti privati nelle RSA stesse
2. Per le RSA è stata considerata la valorizzazione annua della quota giornaliera media di co-finanziamento per il ricovero in struttura; nel caso delle badanti si è ipotizzato che ogni badante si prenda cura di un solo anziano non-autosufficiente.
3. E' stato utilizzato l'importo dell'indennità per l'anno 2014, pari a 504€ al mese

Fonte: Longo F. CERGAS Bocconi. Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e In Lombardia. 19 settembre 2014

Che fare? 1/3
Le invocazioni inutili

Bocconi

- Il SSN e il welfare italiano nei prossimi anni non avrà risorse aggiuntive
- Impossibile richiedere più risorse per un cluster di pazienti se non togliendoli ad altri
- Ci si può attendere qualche intervento simbolico, spendibile nella narrativa politica, ma non sostanziale, ininfluente sui grandi numeri

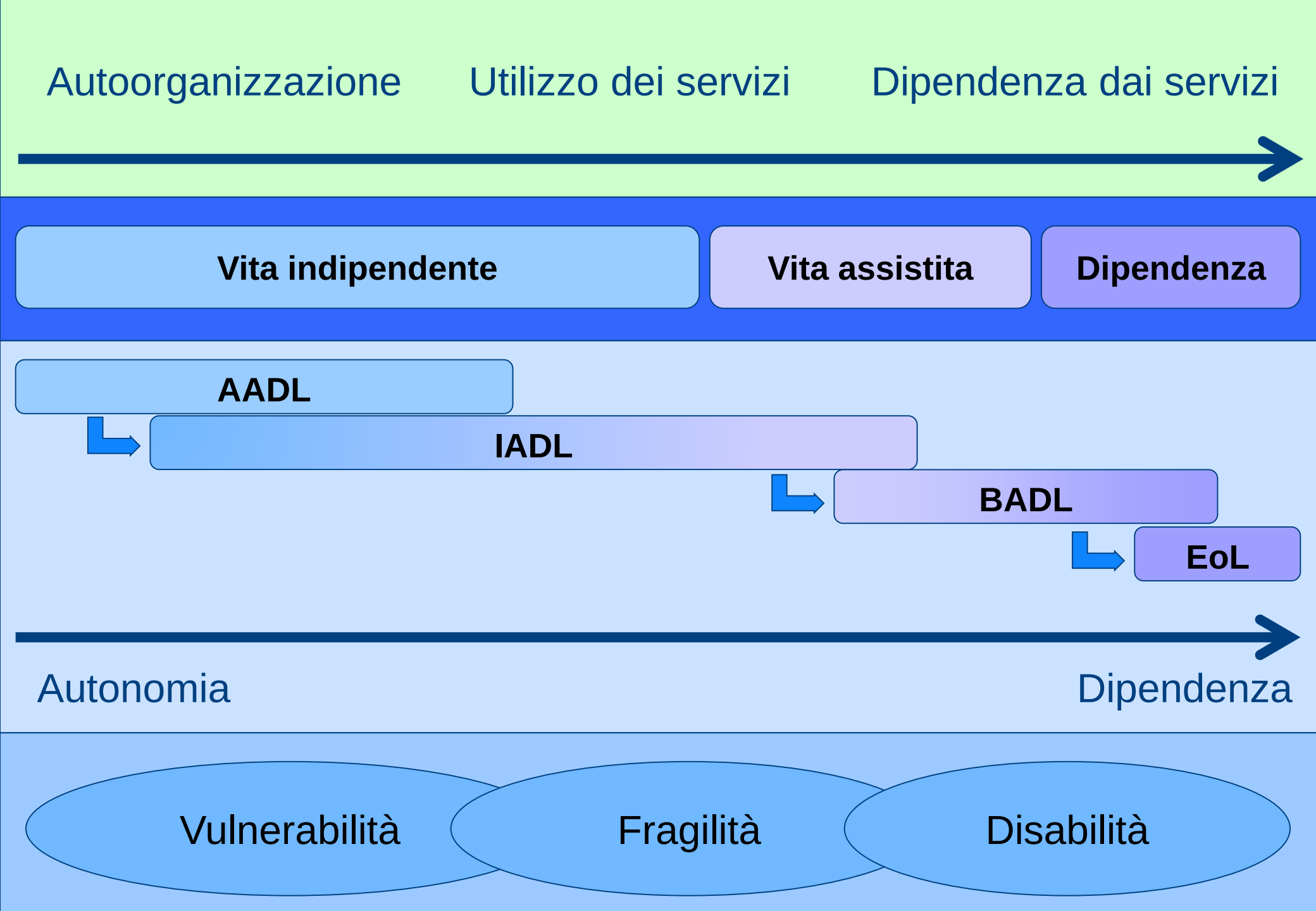
Fonte: Longo F. CERGAS Bocconi. Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e In Lombardia. 19 settembre 2014

Che fare? 2/3
Spazio per una nuova imprenditorialità

Bocconi

- Le famiglie già pagano per l'assistenza
- Il modello "una badante⇔ un anziano" è il più inefficiente, inefficace, che consuma coesione sociale
- Connettere famiglie e pazienti
- Costruire servizi **a pagamento condivisi**, flessibili e adattabili: centri diurni, alzheimer caffè, alloggi protetti, care giver condivisi: sono meno costosi, più efficaci, riconnettono le persone

Fonte: Longo F. CERGAS Bocconi. Non autosufficienza e Alzheimer in Italia e In Lombardia. 19 settembre 2014


Autoorganizzazione
Utilizzo dei servizi
Dipendenza dai servizi
Vita indipendente
Vita assistita
Dipendenza
AADL
IADL
BADL
EoL
Autonomia
Dipendenza
Vulnerabilità
Fragilità
Disabilità

Alcune parole chiave:

- Vulnerabilità sociale
- Funzionalità globale (autonomia/dipendenza, AADL, IADL, AIADL, BADL) e Funzionalità cognitiva. La disabilità in età geriatrica
- Fragilità: rischi e attività orientate verso sottogruppi; con o senza disabilità
- Malattia/malattie: stabilità/instabilità, la relazione con fragilità, vulnerabilità e funzionalità.

Disabilità

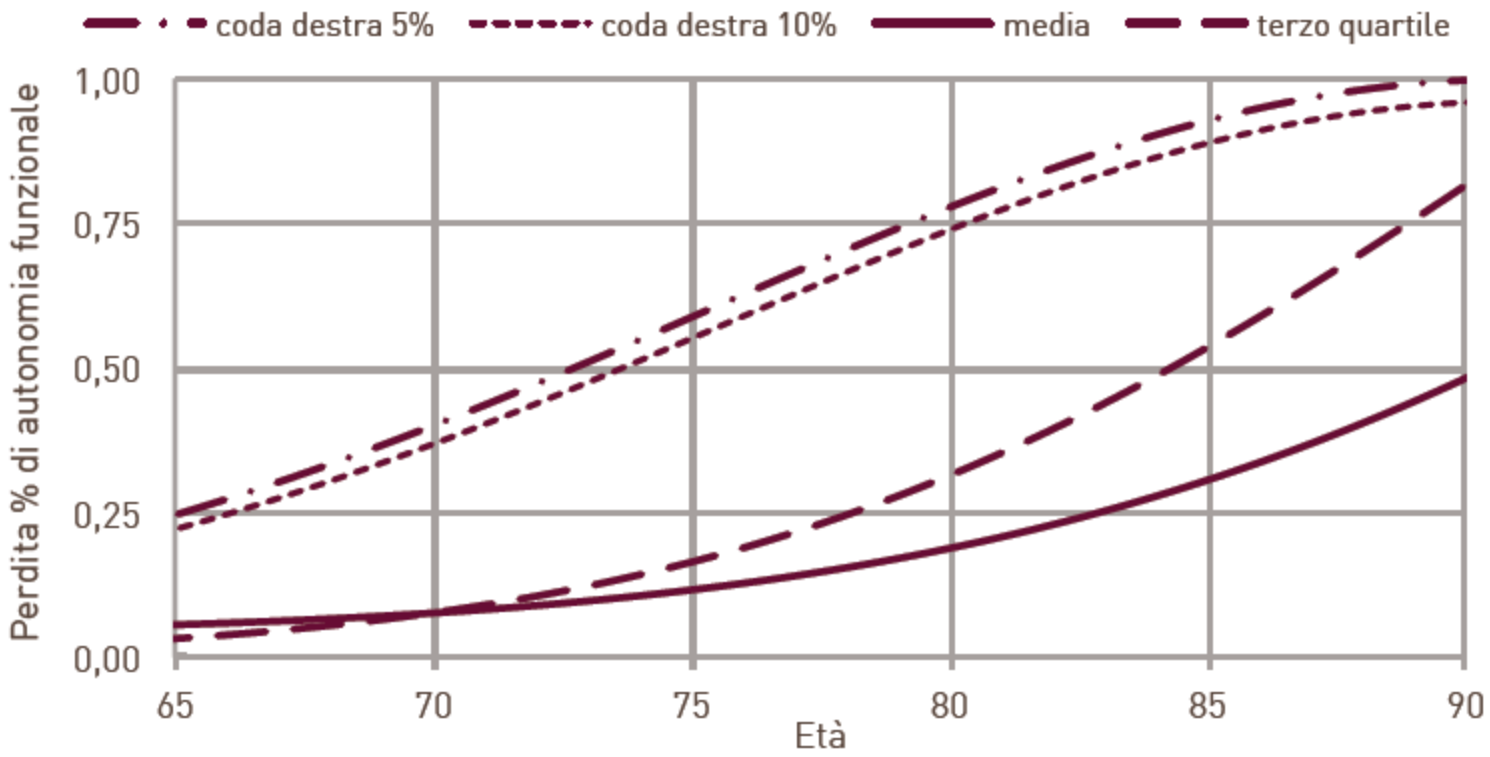
Il concetto di disabilità si riferisce ad una riduzione delle capacità funzionali nelle attività quotidiane che sono necessarie per vivere in modo indipendente, inclusi ruoli o compiti necessari per la cura di sé e delle proprie cose, o altre attività importanti per la qualità di vita della persona. La stima di prevalenza della disabilità risente pertanto delle differenze nei criteri metodologici utilizzati nella sua definizione ma nell'ambito di una popolazione con età media superiore ai 70 anni si assesta in media intorno al 20-30%. **In circa la metà dei casi l'esordio della disabilità e il suo avanzamento hanno un decorso lentamente progressivo e si associano a malattie croniche concomitanti e a fragilità, nella restante metà dei casi, l'esordio della disabilità è brusco e successivo ad eventi clinici acuti.** A volte è la ricorrenza di eventi clinici acuti e brevi a condurre lentamente verso una disabilità cronica. Hardy et al. hanno dimostrato la natura dinamica della disabilità; in 754 anziani residenti al domicilio seguiti per 5 anni la disabilità era caratterizzata nel 56% dei casi da un decorso a *poussée* anche di breve durata. Questa dinamicità riflette la complessità del processo che vi è sotteso e la correlazione reciproca tra eventi precipitanti (cadute, ospedalizzazione, cambiamenti nel nucleo familiare) e fattori di rischio. **L'evoluzione della disabilità determina sempre la ricerca personale o comunitaria di nuovi equilibri fra autonomie e dipendenze ed è influenzata dalla presenza di barriere o facilitazioni: personali, familiari, ambientali, economiche, abitative e di rete. Anche i servizi possono rappresentare una barriera se non coerenti, inappropriati o difficilmente accessibili**.

Function	Balance	Mobility	Incontinence

© 2014 Geriatric Medicine Research

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

Figura 2.2 - Perdita percentuale di autonomia funzionale (IADL) per età. Interpolante logistica delle medie vincolate per età, del terzo quartile e del limite della regione di rifiuto al 5% e al 10%



Fonte: Micheli, 2004

Fragilità

Linda Fried definisce la fragilità come *"una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressors interni o ambientali, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse".* Si tratta di una sindrome età-dipendente secondaria al declino cumulativo di più sistemi fisiologici e correlato a comorbilità, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità. Il tradizionale Frailty Index di Fried analizza perdita di peso, affaticabilità e riduzione delle attività, lentezza nel cammino, riduzione del consumo calorico settimanale e forza della presa. Rockwood ha proposto una diversa modalità di calcolo dell'indice, costruito contando il numero di deficit accumulati nel tempo, all'interno di una lista molto ampia. Questa definizione è basata sull'idea che la fragilità sia uno stato di disorganizzazione caotica dei sistemi fisiologici che può essere stimata valutando lo stato funzionale, le malattie, i deficit fisici e cognitivi, i fattori di rischio psicosociali e le sindromi geriatriche nell'ottica di costruire un quadro il più possibile completo della situazione di rischio di eventi avversi. **La misura della fragilità può essere indirettamente collegata alla stima dei rischi più frequenti incontrati dalla persona anziana nella sua vita quotidiana.** Alcuni dei rischi più frequenti sono quello di malnutrizione o caduta, di istituzionalizzazione o ospedalizzazione intempestive o inappropriate, di caduta o morte in solitudine, di confinamento o isolamento sociale. **La relazione fra rischi e fragilità è complessa: una persona fragile è più esposta ai rischi frequenti nella vecchiaia, diventa più suscettibile alle loro conseguenze negative e ha una minor capacità di adattamento alle stesse conseguenze**.

Rischi, pericoli, esiti

- Difficoltà a mantenere un corretto stato di idratazione e nutrizione
- Caduta e caduta in solitudine
- Impoverimento relazione, isolamento, confinamento
- Eccessi di disabilità, ritardato o mancato recupero della funzionalità precedente a eventi acuti
- Morbilità e eccessi di morbilità, guarigione ritardata o suscettibilità a complicazioni
- Morte e morte in solitudine
- Utilizzo improprio o intempestivo dei servizi
- Istituzionalizzazione, impropria o intempestiva
- Ospedalizzazione, impropria o intempestiva o prolungata
- Fenomeni a cascata, spirali catastrofiche

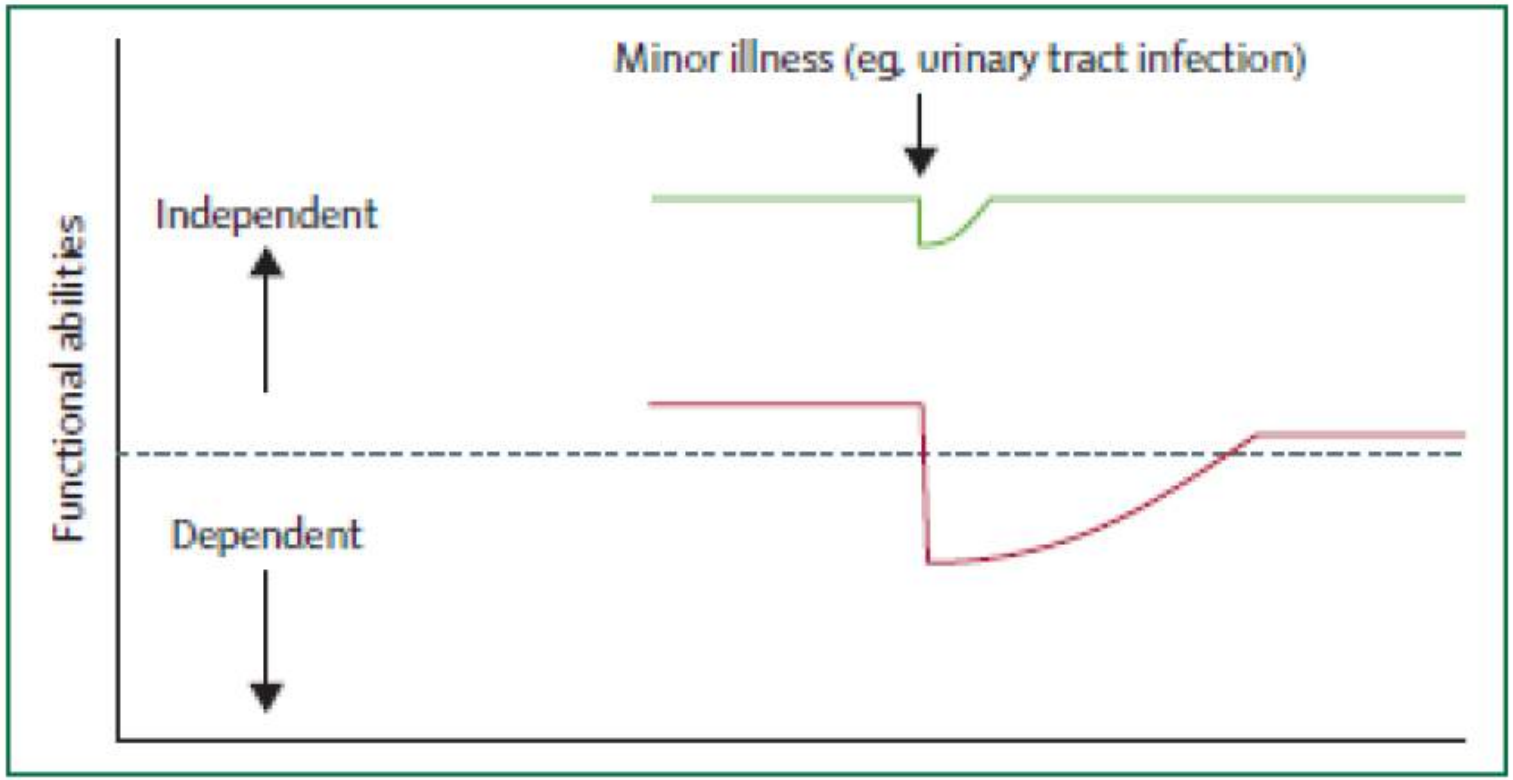


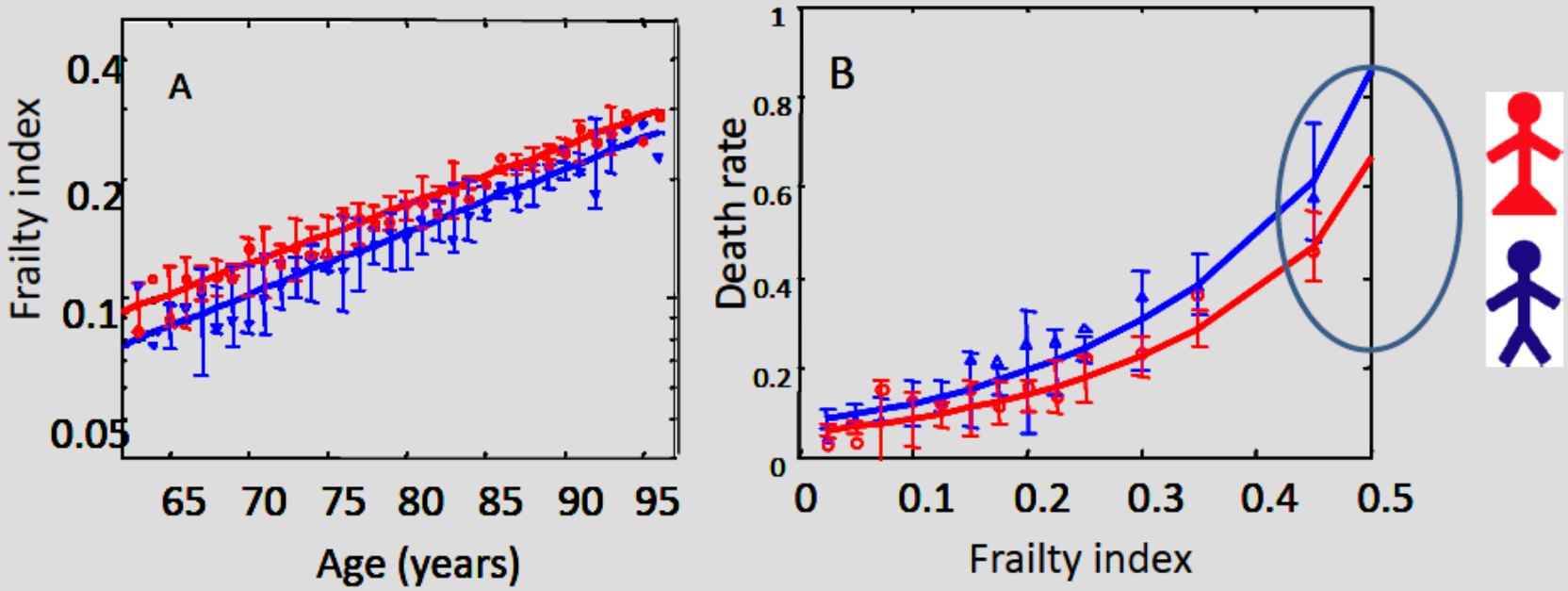
Figure 1: **Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness**

The green line represents a fit elderly individual who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to homoeostasis. The red line represents a frail elderly individual who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration, which may manifest as functional dependency, and who does not return to baseline homoeostasis. The horizontal dashed line represents the cutoff between dependent and independent.

Lancet 2013; 381:752-62

At any age, women accumulate more deficits than do men.

For men & women, deficit accumulation is highly correlated (r>0.95) with mortality.



DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

Mitnitski et al. *J Am Geriatr Soc*, 2005;53:2184-9

Fragilità

La durata della fragilità intesa come sindrome è inferiore a quella di altre patologie: in uno studio di Gill et al. si è riscontrato che in un anno e mezzo i soggetti definiti fragili secondo i criteri della Fried nel 23% dei casi tornano ad uno stadio di pre-fragilità, a fronte di un 13% di soggetti che muoiono. Se il tempo di osservazione viene esteso dai 3 ai 4 anni e mezzo vediamo come la situazione si inverte: la percentuale di soggetti che migliorano la propria condizione scende al 12,9%, mentre sale al 20,1% la percentuale di persone che muoiono. **La fragilità rappresenta quindi, come la disabilità, un processo dinamico che consente di individuare dei "periodi finestra" nei quali agire attraverso interventi di prevenzione in particolare nelle fasi di pre-fragilità.** I meccanismi fisiopatologici alla base della fragilità non sono completamente noti , anche se la compromissione di più organi e sistemi è sicuramente centrale. E' anche interessante notare la relazione tra fragilità e polipatologia: data la prevalenza e la durata della fragilità, una minoranza delle persone con comorbidità è fragile (solo il 9,7% nel CHS), mentre il 67,7% dei fragili presenta una multimorbidità. **Questi risultati suggeriscono che la fragilità potrebbe non essere causata dagli stessi meccanismi alla base delle malattie croniche, o potrebbe essere causata dai meccanismi alla base delle malattie croniche solo quando queste hanno raggiunto uno stadio avanzato.** Nella maggior parte delle definizioni la fragilità si associa ad un movimento delle proteine infiammatorie, sarcopenia, osteopenia e alterazione degli indici nutrizionali. In particolare questi ultimi rientrano quasi sempre nelle varie definizioni di fragilità.

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.

© Geriatric Medicine Research Unit, Dalhousie University, 2008

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.

DALHOUSIE UNIVERSITY

List of Frailty:

1. Very Fit
2. Well
3. Managing Well
4. Vulnerable
5. Mildly Frail
6. Moderately Frail
7. Severely Frail
8. Very Severely Frail
9. Terminally ill

DALHOUSIE UNIVERSITY
Inspiring Minds

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

Vulnerabilità sociale

«The recent discussion about risk society is mostly focused on risks coming from the technological and scientific development, while new kinds of risk are emerging in everyday life as a consequence of economic, social and demographic current changes. These risks have not found yet an adequate consideration in sociological thinking. To fill this gap, the paper illustrates the concept of vulnerability as a tool for understanding the contemporary forms of social precarity and flexibility. The main argument is that vulnerability is a new social risk that is characterized by: ***high probability of occorrence*** *(while traditional risks are relatively rare events),* ***permanence of its effects on individuals*** *(while traditional risks are frequently temporary events),* ***precarity of the social position associated with these risks*** *(while the individual exposition to traditional risks is statistically valuable). Vulnerability may also depress what Sen calls the individual functioning, making the aknowledgement of risks and the capacity of choice more difficult than in the past. As a consequence, even the sense of continuity and personal identity of people exposed to vulnerability are also mined. Lately, the paper considers the* ***difficulties of modern welfare systems to provide people with ad adequate protection from vulnerability.****»*

(Ranci C. Fenomenologia della vulnerabilità sociale. Rassegna Italiana di Sociologia. 4/2002, ottobre-dicembre. pp. 521-552)

Vulnerabilità sociale

La vulnerabilità sociale è funzione delle **ridotte risorse delle persone nelle aree culturali, sociali, economiche e abitative**. La consistenza di queste risorse influenza positivamente o negativamente la capacità di rispondere efficacemente ai cambiamenti di età o di altre condizioni oppure aumenta la **suscettibilità a danni specifici**, che diventano più precoci o si esprimono con maggiore evidenza.

La vulnerabilità riguarda le singole persone o le aggregazioni familiari o sociali nel loro complesso. Molti caregiver possono diventare vulnerabili proprio a motivo delle sollecitazioni collegate con il lavoro di cura. Giuliana Costa afferma che *"… la* **vulnerabilità da cura** non è l'esito della rottura, dell'assenza o dell'indebolimento dei legami familiari, **quanto il risultato di una loro tenuta a oltranza,** sia per fattori endogeni alle famiglie sia per le condizioni di contesto in cui esse si trovano a fronteggiare gravi problemi di cura. **Chi è posto di fronte a problemi e bisogni di cura di un familiare non è più in grado di badare a se stesso, vede minacciato il proprio benessere e la propria capacità di scelta** *… "*. *(*G. Costa, *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*, Carocci, 2007, p.27).

La vulnerabilità può essere stimata misurando la consistenza numerica della rete familiare, la consistenza economica della sua dotazione e il suo livello culturale e di motivazioni. In modo indiretto, può essere approssimata analizzando il network di cura e la forza dei legami che in esso interagiscono

Anziani, stato di salute e reti sociali

I risultati della ricerca IRER su 3000 anziani lombardi

Antonio Guaita
Istituto Geriatrico Golgi
Milano - 24 Marzo 2001

Rete di sostegno ed indice di fragilità)

	Fragilità					
Rete	***Nulla***	***Bassa***	***Media***	***Medio–alta***	***Alta***	**Totale**
Assente	*93,6*	*84,9*	*71,7*	*32,7*	*3,6*	*70,0*
Presente	*6,4*	*15,1*	*28,3*	*67,3*	*96,4*	*30,0*
Totale	*36,5*	*20,2*	*18,0*	*17,1*	*8.3*	*100,0*

Fonte: IReR, 2000 - Solo per non ricoverati

Indice di fragilità e tipo di aiuto

	Fragilità				
Tipo di aiuto	***nulla***	***bassa***	***Medio bassa***	***Medio Alta***	**Alta**
Pubblico	0,2	0,2	0,7	2,9	7,1
Pagamento	1	3,6	6,1	12,2	30,8
Parenti	5,6	11,6	22,3	59,8	88,5

Miranda-Castillo et al. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:132
http://www.hqlo.com/content/8/1/132

HEALTH AND QUALITY OF LIFE OUTCOMES

RESEARCH Open Access

Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home

Claudia Miranda-Castillo[1,2], Bob Woods[3], Kumari Galboda[4], Sabu Oomman[4,5], Charles Olojugba[4], Martin Orrell[2*]

Abstract

Background: There is lack of evidence about the unmet needs of people with dementia (PWD) living at home and the predictors of high levels of unmet needs. The main aim of this study was to identify the relationship between unmet needs, social networks and quality of life of PWD living at home.

Methods: One hundred and fifty two community dwelling PWD and 128 carers were interviewed about PWD's needs, social networks, quality of life and other functional and psychological factors. All the interviews with PWD were carried out at their homes. Interviews with carers were undertaken either at PWD's home, their own home or at the health centre. Whenever possible, PWD and carers were interviewed separately. The data collection took place between November 2005 and July 2007. The majority of participants (129, 84.9%) were recruited from National Health Services (NHS) and the rest (23, 15.1%) were recruited from other organisations such as social services and voluntary organizations in the UK.

Results: The most frequent unmet needs for PWD were daytime activities (77, 50.7%), company (60, 39.5%), and help with psychological distress (47, 30.9%). Higher number of behavioural and psychological symptoms, low-community involvement social networks, having a younger carer and higher carer's anxiety were found to be predictors of higher unmet needs in PWD. Social networks and behavioural and psychological symptoms had an indirect effect on PWD's self-rated quality of life through unmet needs.

Conclusions: Interventions aiming to reduce unmet needs, through the treatment of behavioural and psychological symptoms and the involvement of PWD in the community, would potentially improve PWD's quality of life.

Background

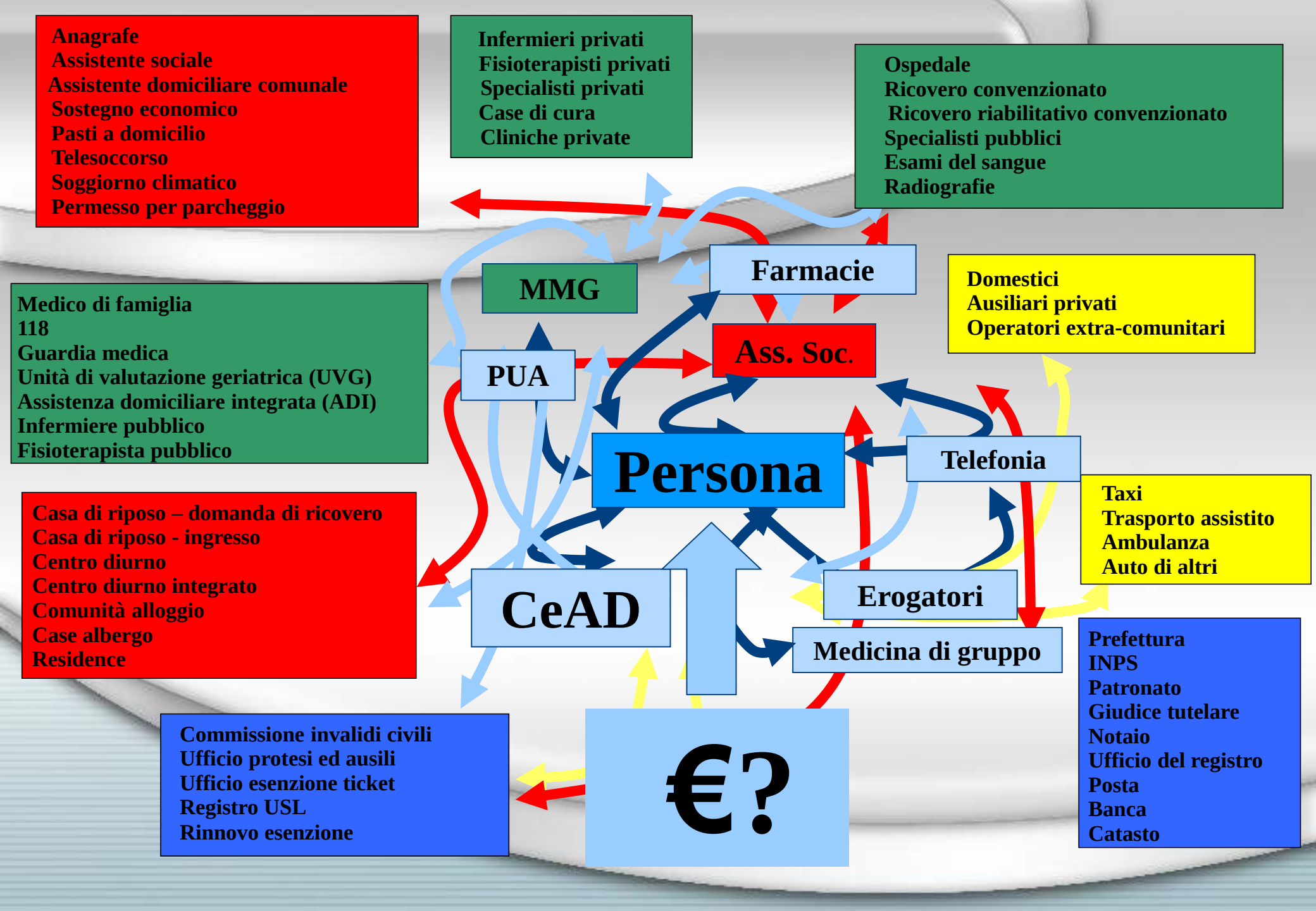
Unmet needs in PWD have been found to be associated with higher anxiety, depression, and challenging behaviours in care homes [1] as associated with being older, cognitive impairment and living alone in the community [2]. Hoe et al. [3] found that, in care homes, higher quality of life rated separately by residents and staff was associated with fewer unmet needs in residents. However, this relationship has not been studied in a community sample. Evidence shows that PWD with limited social networks are more vulnerable and at risk. Wenger [4] found that the most common social network types in PWD were family-dependent (30%), which is reliant upon a few family members with few friends or other community contacts; and private-restricted (26%), which had small social networks, with very few local kin, friends or other community contacts. Wilcox et al. [5] also found that low level of social support was associated with high score in overall need. It has also been found that PWD with higher unmet needs reported by their carers are more likely to either be placed in a care home or die [6]. This is the first published study to investigate the relationship between unmet needs, social networks and quality of life in PWD living at home aiming to identify factors that are associated with and/or predict unmet needs which could allow, ultimately, the implementation of interventions aimed to reduce unmet needs of PWD. Unmet needs may be associated with lower quality of life [3,7] and smaller social networks [5,8] but in dementia the relationship between social networks and quality of life has not been studied previously. We hypothesize that larger social networks will

* Correspondence: m.orrell@ucl.ac.uk
[2]Department of Mental Health Sciences, University College London, 67-73 Riding House Street, London, W1W 7EJ, UK
Full list of author information is available at the end of the article

BioMed Central
© 2010 Miranda-Castillo et al; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/2.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Camberwell Assessment of Need for the Elderly Short Version (CANE-S)

User name and contact no:	0=No need 1=Met need 2=Unmet need 9=No need		
DOB:			
Interventions:			
Date of Assessment:			
Diagnosis			
Initials of Assessor:			
1. Accommodation *What kind of place do you live in?*	User	Carer	Rater
2. Food *Do you get enough to eat?*			
3. Looking after the home *Are you able to look after your home?*			
4. Self-care *Do you have problems keeping neat and tidy?*			
5. Caring for someone else *Do you care for another? Can you manage this caring?*			
6. Daytime activities *How do you spend your days?*			
7. Memory *Do you have difficulties with your memory?*			
8. Eyesight/hearing/communication *Do you have problems with eyesight or hearing?*			
9. Mobility/Falls *How do you get around inside and outside the house?*			
10. Continence *Do you incontinence?*			
11. Physical Health *How well do you feel physically?*			
12. Drugs *Do you have problems with drugs or medications?*			
13. Psychotic symptoms *Do you ever hear voices or have problems with your thoughts?*			
14. Information on condition and treatment *Have you been given clear information about your condition and medication?*			
15. Psychological distress *Have you recently felt very sad or low?*			
16. Deliberate self-harm *Is the person a danger to themselves?*			
17. Inadvertent self-harm *Does the person have accidents?*			
18. Abuse/Neglect *Is the person at risk from others?*			
19. Behaviour *Is the person's behaviour problematic for others?*			
20. Alcohol *Does drinking cause you problems?*			
21. Company *Are you happy with your social life?*			
22. Intimate relationships *Do you have a partner?*			
23. Money/ budgeting *How do you find budgeting your money?*			
24. Benefits *Are you getting all the money you are entitled to?*			
A Met needs-count the number of 1s in the column (1-24 only)			
B Unmet needs-count the number of 2s in the column (1-24 only)			
C Total number of needs – add together A + B (1-24 only)			


Anagrafe
Assistente sociale
Assistente domiciliare comunale
Sostegno economico
Pasti a domicilio
Telesoccorso
Soggiorno climatico
Permesso per parcheggio
Infermieri privati
Fisioterapisti privati
Specialisti privati
Case di cura
Cliniche private
Ospedale
Ricovero convenzionato
Ricovero riabilitativo convenzionato
Specialisti pubblici
Esami del sangue
Radiografie
Farmacie
MMG
Medico di famiglia
118
Guardia medica
Unità di valutazione geriatrica (UVG)
Assistenza domiciliare integrata (ADI)
Infermiere pubblico
Fisioterapista pubblico
Domestici
Ausiliari privati
Operatori extra-comunitari
Ass. Soc.
PUA
Persona
Telefonia
Taxi
Trasporto assistito
Ambulanza
Auto di altri
Casa di riposo – domanda di ricovero
Casa di riposo - ingresso
Centro diurno
Centro diurno integrato
Comunità alloggio
Case albergo
Residence
CeAD
Erogatori
Medicina di gruppo
Prefettura
INPS
Patronato
Giudice tutelare
Notaio
Ufficio del registro
Posta
Banca
Catasto
Commissione invalidi civili
Ufficio protesi ed ausili
Ufficio esenzione ticket
Registro USL
Rinnovo esenzione
€?

Vita indipendente

Housing sociale life-resistant

- Certificazioni life-resistant
- Alloggi singoli pubblici-agevolati
- Alloggi singoli privati-adattati
- Alloggi accorpati mono-generazionali
- Alloggi accorpati Inter-generazionali

Vita indipendente condivisa

- *Co-housing*
- Appartamenti in condivisione
- *Abbeyfield*
- *Cantous*

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
- Portineria sociale
- Governo della casa (COLF)
- Operatori di prossimità
- Telesoccorso
- Assistente personale (Badante)
- Primo Intervento
- 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

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

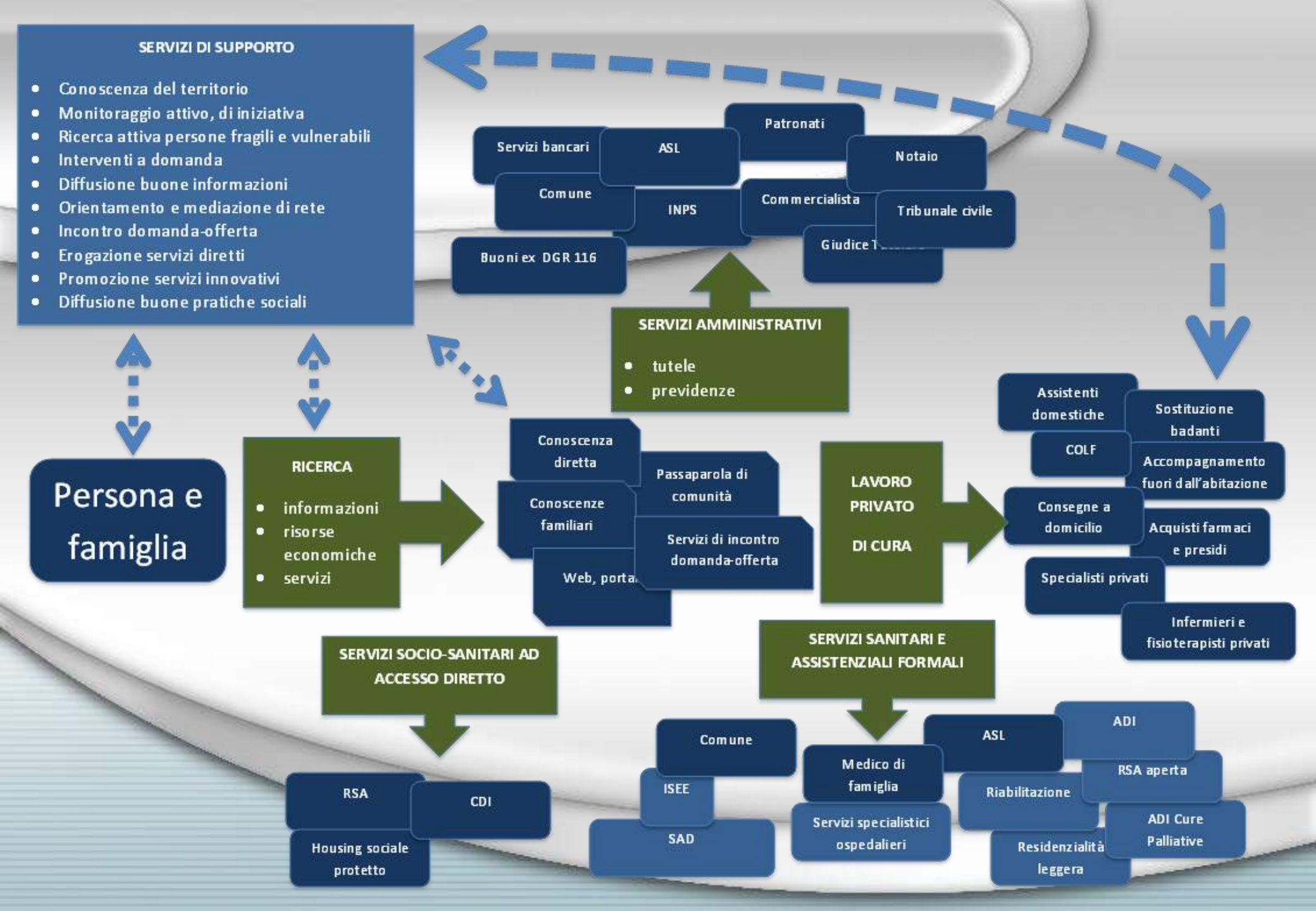
- Residenze socio-sanitarie (R2)
- Residenze socio-sanitarie specializzate(R1)
- Nuclei SLA (R1)
- Nuclei SV (R1)
- Hospice (R1)

Servizi di cure primarie e servizi domiciliari formalizzati

- Medicina generale e Medicina in Rete
- Continuità assistenziale
- SEU/118
- Consultorio familiare geriatrico
- ADI generale
- ADI dedicata
- ADI Cure Palliative
- Assistenza domiciliare sociale (SAD)

Servizi integrati e polifunzionali

- Centri di aggregazione
- Centri polifunzionali
- Centri Diurni integrati
- Sistemi abitativi integrati
- Centri diurni Alzheimer

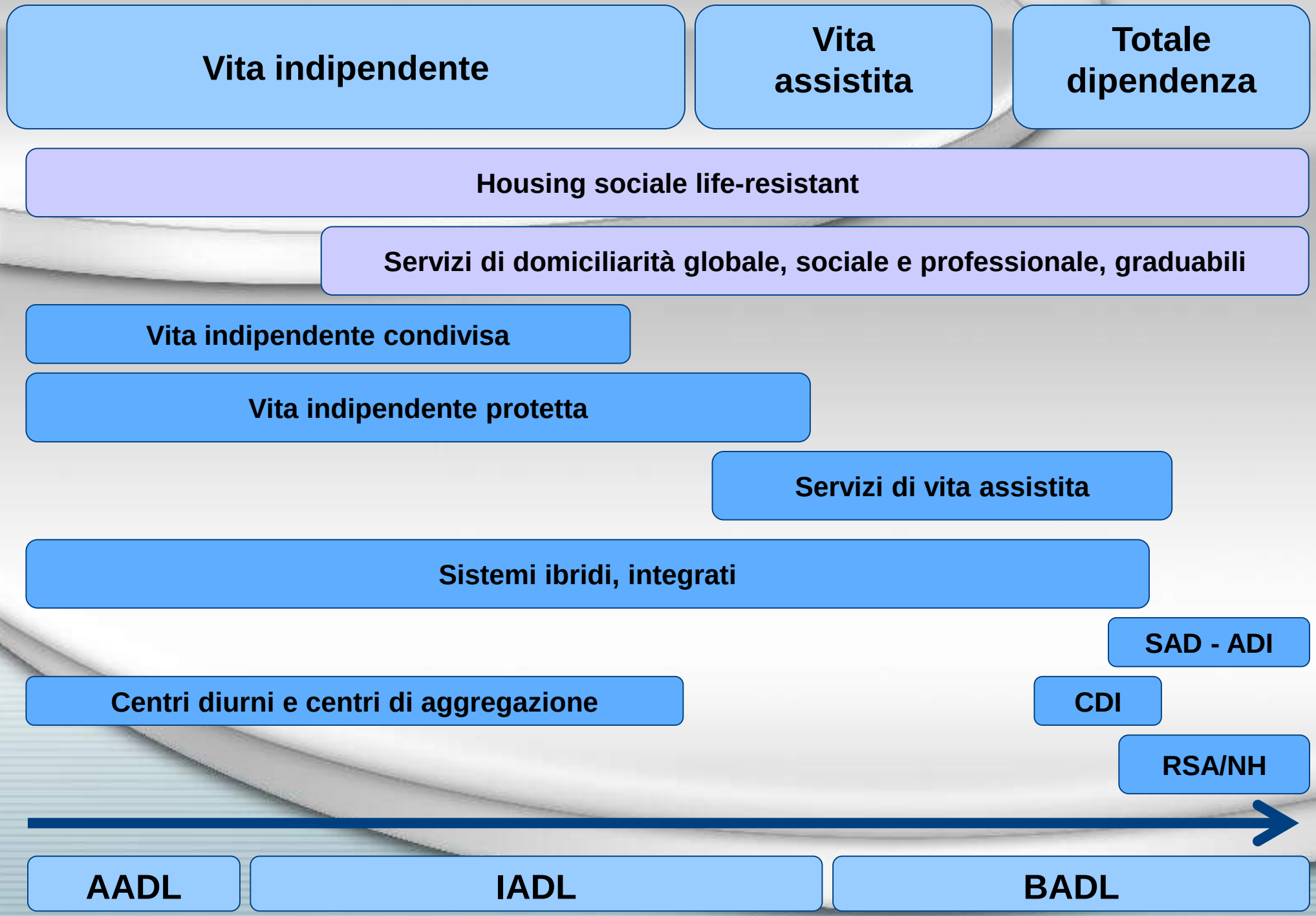

SERVIZI DI SUPPORTO
Conoscenza del territorio
Monitoraggio attivo, di iniziativa
Ricerca attiva persone fragili e vulnerabili
Interventi a domanda
Diffusione buone informazioni
Orientamento e mediazione di rete
Incontro domanda-offerta
Erogazione servizi diretti
Promozione servizi innovativi
Diffusione buone pratiche sociali
Servizi bancari
ASL
Patronati
Notaio
Comune
INPS
Commercialista
Tribunale civile
Buoni ex DGR 116
SERVIZI AMMINISTRATIVI
tutele
previdenze
Persona e famiglia
RICERCA
informazioni
risorse economiche
servizi
Conoscenza diretta
Passaparola di comunità
Conoscenze familiari
Servizi di incontro domanda-offerta
LAVORO PRIVATO DI CURA
Assistenti domestiche
Sostituzione badanti
COLF
Accompagnamento fuori dall'abitazione
Consegne a domicilio
Acquisti farmaci e presidi
Specialisti privati
Infermieri e fisioterapisti privati
SERVIZI SOCIO-SANITARI AD ACCESSO DIRETTO
RSA
CDI
Housing sociale protetto
SERVIZI SANITARI E ASSISTENZIALI FORMALI
Comune
ISEE
SAD
Medico di famiglia
Servizi specialistici ospedalieri
ASL
ADI
RSA aperta
Riabilitazione
ADI Cure Palliative
Residenzialità leggera

Molti paesi europei hanno sviluppato riforme interessanti, con particolare riferimento ai paesi scandinavi, ai Paesi Bassi o alla Gran Bretagna, ma la Danimarca rappresenta sicuramente un riferimento di eccellenza. Nel 1976 il governo danese ha deciso di assegnare la responsabilità di tutti i servizi di comunità - domiciliari e residenziali, sanitari e sociali – alle 275 Municipalità. Nel 1986, il Danish Act on Housing for the Elderly (Ældreboligloven) ha sancito l'impossibilità di costruire nuove Nursing Homes e definito le linee di sviluppo di un sistema di welfare basato su soluzioni abitative adatte o adattabili alla vecchiaia, ben localizzate e ben integrate nel tessuto urbano. Nel 1996, la Danish Care Home Reform (Plejeboligreformen) ha rappresentato un ulteriore impulso per gli interventi di housing sociale e la definitiva revisione delle nursing homes.

L'evoluzione del sistema residenziale danese

Anno	Nursing Homes	Sheltered Housing	Social dwellings for the elderly 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	9.436	67.703	78.963
2010	8.761	8.761	71.494	82.059

Fonte: Danish Ministry of Housing, Urban and Rurale Affairs, 2014


Vita indipendente
Vita assistita
Totale dipendenza
Housing sociale life-resistant
Servizi di domiciliarità globale, sociale e professionale, graduabili
Vita indipendente condivisa
Vita indipendente protetta
Servizi di vita assistita
Sistemi ibridi, integrati
SAD - ADI
Centri diurni e centri di aggregazione
CDI
RSA/NH
AADL
IADL
BADL

Orientamento verso la **persona** e verso la **famiglia** (aspettative, progetto esistenziale, motivazioni, autonomia e auto-organizzazione, plasticità, resilienza)

Modello gestionale: orientamento verso l'**organizzazione** (risorse, standard. Intensità economica)

Modello assistenziale: orientamento verso la **disabilità** (IADL, BADL. Intensità assistenziale)

Modello clinico: orientamento verso la **malattia** (diagnosi, gravità clinica e terapia. Intensità clinica)

La popolazione delle soluzioni abitative

- Anziani con età all'ingresso fra i 70 e 75 anni, soli e con nuclei familiari assenti o molto deboli.
- Basso livello economico, scolarità medio-bassa. Le motivazioni dell'accoglienza sono prevalentemente orientate alla soluzione di problemi abitativi collegati alla propria età e alla iniziale fragilità.

- L'abitazione primaria era di solito in affitto e non è più disponibile dopo l'inizio dell'accoglienza. L'ingresso nella nuova struttura è di solito deciso autonomamente dalla persona.
- L'investimento personale nella nuova soluzione è di lungo periodo, l'accoglienza è di durata pluriennale (moda 84 mesi).
- Dopo l'ingresso, si rafforzano le relazioni con il proprio nucleo familiare e con i servizi di comunità. Si riduce l'intervento del lavoro privato di cura.
- Persistono caratteristiche di sussidiarietà fra i diversi sistemi. Le persone sono soddisfatte dei servizi ricevuti e attribuiscono particolare importanza alla sicurezza derivante dalla presenza di altri e dalla rassicurazione derivante dal poter contare su riferimenti stabili.

- I livelli di autonomia sono conservati nell'85% dei casi; possono essere necessarie funzioni di organizzazione, supervisione e monitoraggio.
- La deambulazione è conservata nel 98% dei casi, ma in 27 ospiti su 96 sono necessari ausili (bastone, deambulatore) e il rischio di caduta è elevato.
- Coesistono malattie rilevabili, ma la stabilità clinica è elevata. Alterazioni delle funzioni mentali superiori sono presenti, ma coesistono con ridotte limitazioni funzionali nelle ADL primarie.

La popolazione delle soluzioni comunitarie

- Anziani con età media elevata; l'età all'ingresso ha una moda di 88 anni.
  Livello economico più elevato, scolarità medio-bassa, famiglia di consistenza ridotta.
- Le motivazioni dell'accoglienza sono prevalentemente collegate a difficoltà familiari o della rete di cura a sostenere la fatica dei compiti di sostegno, già attivi a motivo di malattie o disabilità. Si tratta di famiglie già riaggregate intorno alla cura delle persona anziana e spesso impegnate su più fronti.

- L'abitazione primaria era di solito di proprietà ed è ancora disponibile dopo l'inizio dell'accoglienza.
- L'investimento personale nella nuova soluzione è di breve periodo - l'accoglienza dura fra i 3 e i 12 mesi – ma il passaggio ad una eventuale RSA rifiutato o poco gradito.
- Dopo l'ingresso, si riduce l'impegno dei familiari, aumenta quello dei servizi di comunità. Si riduce l'intervento del lavoro privato di cura.
- Persistono caratteristiche di sussidiarietà fra i diversi sistemi. Le persone sono soddisfatte dei servizi ricevuti e attribuiscono particolare importanza alla sicurezza derivante dalla presenza di altri, la presenza h24 e la qualità, soprattutto relazionale, degli operatori. I livelli di autonomia sono più ridotti, con disabilità che coinvolgono il 40% dei residenti.

- Prevalgono funzioni di organizzazione, supervisione, assistenza limitata a singole funzioni, ma aumenta la proporzione di anziani con esigenze più elevate,
- L'alimentazione è prevalentemente autonoma, la carrozzina necessaria nel 16,7% dei residenti. Coesistono malattie rilevabili, con buona stabilità clinica. Alterazioni delle funzioni mentali superiori sono presenti in un anziano su 5 con livelli ADL proporzionali alla loro gravità.

Abitareleggero

La cultura dell'arco di vita. Obiettivi e strumenti

"L'EVENTAIL"	*HABITAT PAD*	*LIFE SPAN*	ARCHITETTURA GLOBALE	LA RETE
"A' chaqun sa vieillesse": offrire la **scelta tipologica più ampia possibile** tra **soluzioni abitative e di protezione** in **armonia** con le caratteristiche psicologiche, sociali e culturali individuali	Appoggiare il progetto di Home care sulla **piattaforma strutturale di soluzioni abitative intermedie**, adeguatamente **attrezzate** per rappresentare un **supporto alle azioni** assistenziali e di protezione	**Adeguare** alloggi e supporti sanitari alla persona **nella sua abitazione** invece di costringerla a **migrazioni forzate** attraverso strutture a diverso grado di intensità assistenziale	Sostenere la pluralità tipologica delle soluzioni abitative protette con riguardo ai temi dell' **inserimento urbano**, all'**integrazione sociale** e alla **dimensione intergenerazio-nale**	**Valorizzare le risorse della rete informale** delle relazioni familiari e sociali, le **sinergie di prossimità**, le **economie di scala** e le risorse della società civile come **elementi essenziali del welfare**

Fonte: M. Predazzi, 2012