



**Tecnologie assistive,
smart city e innovazioni sociali
per l'invecchiamento attivo**

Associazione AeA, Abitare e Anziani

Soci 2018

Auser, associazione per l'invecchiamento attivo
Cgil Nazionale
Fillea Cgil, federazione italiana lavoratori legno e affini
Spi-Cgil Nazionale, sindacato pensionati italiani
Sunia, sindacato unitario nazionale inquilini e assegnatari

AeA Informa

Rivista periodica di informazione
sui problemi abitativi degli anziani
Numero 1/2018

Proprietà e editore

AeA, Abitare e Anziani
Via Nizza, 154 - 00198 Roma
Tel 06.8440771 – **Fax** 06.84407777
e-mail info@abitareeanziani.it
sito web www.abitareeanziani.it

Direttore Responsabile

Giusy Colmo

Comitato di Direzione

Giusy Colmo, Marco Di Luccio,
Claudio Falasca, Fabio Piccolino

Progetto grafico e impaginazione
Idea Comunicazione

- 03 – Smart City e invecchiamento della popolazione, la sfida comincia oggi**
Giusy Colmo
- 05 – Innovazione tecnologica e innovazione sociale**
Vincenzo Colla
- 08 – Città: la necessità di pratiche innovative**
Laura Mariani
- 12 – Assemblea della salute delle Nazioni Unite**
- 15 – Verso una vita lunga un secolo. Le sfide per il welfare tra integrated care e nuove tecnologie**
Ing. Massimiliano Malavasi
Dott. Lorenzo Desideri
Dott.ssa Lorenza Maluccelli
- 19 – Organizzazione mondiale della sanità - EUROPA**
- 20 – Senior, Smart City e Active Assisted Living.**
Dott. Ing. Carlo Montanari
- 24 – Progettare e abitare case intelligenti, dedicate al miglioramento delle autonomie abitative**
Arch. Stefano Martinuzzi
e ing. Maria Rosaria Motolese
- 28 – Outcome delle tecnologie assistive**
Dott. Lorenzo Desideri
- 29 – L'assistenza domiciliare integrata in Italia: criticità e prospettive future.**
Daniele Vetrano
- 32 – Il sostegno ai caregiver familiari**
Senatore Ignazio Angioni
- 34 – Il progetto ACTIVAGE: ambienti di vita smart, Internet of Things e vita indipendente.**
Stefano Nunziata e Teresa Gallelli
- 40 – City4Age – Elderly – Friendly city services for active and healthy ageing**
- LE RUBRICHE** a cura di Fabio Piccolino
- 41 – GOVERNO E ISTITUZIONI**
- 44 – ORGANIZZAZIONI SOCIALI**
- 47 – OSSERVATORIO INTERNAZIONALE**
- 51 – OSSERVATORIO INNOVAZIONE**

Smart City e invecchiamento della popolazione, la sfida comincia oggi

Giusy Colmo,
Direttore responsabile

Le chiamano smart City, le città intelligenti e fanno pensare a un futuro da film di fantascienza. In realtà l'era delle smart city è già iniziata. Copenhagen, per esempio, è stata recentemente incoronata la città più "smart" del mondo insieme a Zurigo, Stoccolma, Singapore e Boston. Una città vero e proprio incubatore di innovazione nel campo della mobilità, dello sviluppo sostenibile, del risparmio energetico e della digitalizzazione. La smart city non è infatti solo la città iperconnessa, dove ogni cosa è tecnologica, è soprattutto un luogo dove gli investimenti effettuati garantiscono uno sviluppo economico sostenibile, una gestione sapiente delle risorse e un'alta qualità della vita alle persone che la abitano. È intelligente la città che sa innovarsi socialmente che sa costruire un nuovo tipo di *governance* con il coinvolgimento attivo dei cittadini nella gestione della politica pubblica. Abbiamo deciso di occuparci di Smart City in questo primo numero del

2018 della rivista *Abitare e Anziani Informa*, centrando la riflessione sugli anziani e sul progressivo invecchiamento della popolazione. Una smart City non può prescindere dai futuri orizzonti demografici. Con il contributo degli esperti del CAAD di Bologna (Centro Adattamento Ambiente Domestico) abbiamo esplorato e raccontato nuove, possibili forme di residenzialità dedicate a persone con disabilità; abbiamo cercato di capire cosa sta accadendo nel nostro paese, quali scenari ci attendono, in quale direzione si stanno muovendo la progettualità e le sperimentazioni. Ci siamo posti alcuni interrogativi sul rapporto fra tecnologia e qualità della vita, fra la città "intelligente", l'innovazione sociale e lo sviluppo delle comunità. I contributi che presentiamo offrono un quadro ricco di riflessioni e stimoli molto interessanti soprattutto sul fronte delle tecnologie assistive per la terza età. Tecnologie che permettono di invecchiare nella propria abitazione, gestendo in modo

integrato condizioni di disabilità anche grave. Le statistiche ci raccontano che nei prossimi decenni saranno decine di milioni le persone in Europa molto anziane e con patologie multiple. I sistemi di cura e assistenza sono chiamati a cambiare rapidamente per affrontare una sfida di così vaste proporzioni. Il progetto europeo ProAct nell'ambito del programma Horizon 2020, cammina in questa direzione, come spiegano gli autori dell'articolo a pag. 17. Giungere alla "domiciliarità teleassistita" flessibile ed integrata con il sistema dei servizi, non è affatto semplice come avverte Carlo Montanari del CAAD di Bologna. È un processo complesso che mette in gioco tanti aspetti, dai notevoli investimenti strutturali alla formazione degli operatori ed anche degli utenti. Di smart home, o per meglio dire di abitazione amica dell'anziano, e di Internet of Thing (IoT) - il sistema che connette qualsiasi dispositivo dotato di una qualche tecnologia di comunicazione - ci parlano Teresa Gallelli e



Tecnologie che permettono di invecchiare nella propria abitazione, gestendo in modo integrato condizioni di disabilità anche grave.

Stefano Nunziata di Cup 2000 di Bologna, parte attiva del grande progetto europeo ActiveAge (Supporting Active and Healthy Ageing through IoT

technologies) che sta portando avanti interessanti sperimentazioni per rendere la vita degli anziani autonoma e indipendente. Scenari affascinanti dove la tecnologia entra nella nostra esistenza e ci aiuta a condurre una vita indipendente, nel nostro ambiente domestico, nella nostra comunità. La vera sfida è però fare in modo che questi traguardi non restino retaggio di pochi fortunati o isolate sperimentazioni d'avanguardia. La vera sfida è renderli fruibili a tutti, un'innovazione tecnologica non fine a se stessa ma al servizio dello sviluppo sociale. La vera sfida, forse la più importante, è superare il quadro impietoso che emerge dall'ultima indagine sull'assistenza domiciliare integrata nel nostro Paese realizzata da Italia Longeva e di

cui presentiamo una sintesi. Dati che ci collocano agli ultimi posti in Europa, ben lontani dal rispondere in modo adeguato ai bisogni di una popolazione anziana in fortissima crescita.

La vera sfida è renderli fruibili a tutti, un'innovazione tecnologica non fine a se stessa ma al servizio dello sviluppo sociale.

Innovazione tecnologica e innovazione sociale

Vincenzo Colla,
Segretario Nazionale CGIL

Pensare alla vita degli anziani, ad una diversa normalità e completezza delle loro giornate, al necessario equilibrio fra incombenze quotidiane, momenti di relax ed impegni di relazione che allontanino solitudine e depressione, mi ha fatto affiorare una piacevole lettura estiva di molti anni fa. Si tratta del piccolo capolavoro di Doris Lessing, 'L'abitudine di amare, quell'esercizio naturale ed incessante dell'animo umano che lo accompagna per tutti i suoi giorni nutrendolo del più benefico dei balsami.

Ecco, al centro della nostra riflessione, della riflessione della Cgil su come affrontare consapevolmente e senza infingimenti il tema della qualità della vita delle persone anziane c'è l'attenzione per tutti i loro bisogni, a partire da quello affettivo e relazionale.

Abituati come siamo ad amare, le relazioni filiali, familiari ed ami-

cali rappresentano il più funzionale degli stimoli vitali. Dunque, nella prospettiva dell'invecchiamento attivo, largo ai legami ed a tutti i ponti possibili col mondo di fuori. Ma fuori di che? Fuori delle mura domestiche che abitualmente viviamo, che costituiscono i confini della nostra privacy, che compongono il puzzle della nostra confortevole intimità ma che possono rischiare di diventare un'angusta prigione qualora si presenti - ed è il punto di maggiore criticità della condizione anziana - l'eventualità della non autosufficienza a vivere da soli.

La popolazione anziana del nostro Paese cresce ogni anno e dobbiamo salutare come frutto del nostro benessere generale il progressivo allungamento della vita. Ecco perché la sua qualità, generazione dopo generazione, diventa centrale nella nostra strategia di sostegno.

E se il suo livello è certamente le-

gato alla salute ed alla serenità alimentate dalla forza dei legami affettivi - discorso che non vale solo per gli anziani, ma per gli anziani vale di più - è altrettanto vero che agli stessi obiettivi concorre quel grado di autonomia cui sono finalizzati i presidi tecnologici destinati proprio a supplire ai problemi che possono presentarsi.

Ed allora la nostra ricerca si indirizza ai nuovi modelli di residenzialità, ai servizi che possono essere resi in loco grazie ad una tecnologia sempre più avanzata e spesso in grado di sostituire l'apporto umano come un vero e proprio 'maggiordomo' fantasma.

Si tratta dell'innovazione tecnologica al servizio dell'innovazione sociale, un orizzonte nuovo e in evoluzione che inventa e progetta sistemi impensabili fino a qualche anno fa, di ausilio e sostegno alla persona ed alla sua autonomia. La tecnica come mezzo e non come fine.

Ed è sulla base di questo principio che le politiche contrattuali della Cgil hanno approcciato il forte sviluppo della robotica, dell'economia digitale, della domotica e dell'hi-tech con l'ottica di rendere questi velocissimi processi di modernizzazione della produzione fattori di implementazione di benessere della comunità, sia dei lavoratori, giovani e meno, sia dei pensionati ed anziani.

Ne è prova il progetto 'Idea diffusa' della Cgil Nazionale che affronta in modo del tutto nuovo rispetto al vecchio lessico sindacale l'innovazione introdotta da 'Industria 4.0' che sta rivoluzionando repentinamente i processi di produzione di beni materiali e di servizi. E se è vero, com'è vero, che anche l'innovazione tecnologica non è neutra, la sua accelerazione va colta come un'opportunità imperdibile ed ineluttabile. Sapendo che compito di un sindacato mo-

derno e proiettato verso il futuro è fuor di dubbio quello di cercare di orientare questa nuova rivoluzione industriale per accrescere sviluppo economico, lavoro e sistema del welfare. Una sfida alle aziende più innovative in senso sociale e di protezione dell'occupazione - lì dove la robotizzazione tende gradualmente a ridurre fino all'eliminazione la fatica fisica ed oramai anche intellettuale - con una contrattazione rispondente, una sorta di negoziazione 4.0 radicata nel contesto territoriale ed attenta al welfare ed ai sistemi di protezione sociale. Perché non vi sia contraddizione, strategie contrattuali e di welfare devono poter viaggiare di concerto.

La domotica insegna che è possibile progettare la casa hi-tech proprio per dare risposte a quel bisogno di autonomia di chi non ce l'ha del tutto o non ce l'ha più. Ed anche qui, Cgil e Spi si preoccupano di

non riservare ai pochi che possono permetterselo la soddisfazione di questa esigenza. Dobbiamo rendere accessibile l'uso dei supporti avanzati di ultima generazione che integrino e sostengano l'abilità in casa. E qui Stato centrale, ma anche Regioni ed enti locali sono chiamati a mettere risorse finanziarie per favorire questo progetto di li-

**La domotica insegna
che è possibile
progettare la casa
hi-tech proprio
per dare risposte
a quel bisogno di
autonomia di chi
non ce l'ha del tutto
o non ce l'ha più.**

bertà e di autogestione e a ridurre al minimo la spedalizzazione o la residenzialità obbligata in case di cura, lasciando all'anziano la scelta e la possibilità di esplicare le basilari attività quotidiane anche oltre l'assistenza familiare e domiciliare.

Ma non solo: basterà un semplice click anche perché fra le piccole cose di ogni giorno trovino posto i contatti con i propri figli, parenti, amici. Potersi collegare da casa col mondo esterno produce un beneficio per l'intera comunità.

Oltre a realizzare quella prossimità affettiva, di sostegno, di scambio, di confronto che un tempo apparteneva alla famiglia 'larga' (genitori che allevano i figli convivendo al contempo con nonni, bisnonni, zii non sposati ecc.), questa piccola 'rivoluzione tecnologica casalinga' favorisce quell'integrazione fra generazioni - oggi separate dal dilagare della digitalizzazione - in

**Per la Cgil e lo Spi
rimane impegno
prioritario difendere
ed estendere il
diritto alla salute,
il diritto alla
serenità, il diritto
alla dignità, sempre!**

un dialogo reso possibile dall'uso dello stesso 'linguaggio'. Ed allora potrà bastare accedere a Skype per due chiacchiere in famiglia con figli o nipoti lontani, in un ponte ideale che valica le distanze senza fare un passo. O visitare da casa la mostra d'arte desiderata digitando un codice d'accesso su un computer collegato al monitor della TV. Ed ecco, con un banale click, la

visita tridimensionale dell'intera galleria!

Traguardi possibili che devono però essere anche a costi accessibili. È per questo che, in vista della liberalizzazione del mercato dell'energia prevista per il 2019, col rischio di una giungla di mercato entro cui sarebbe difficile districarsi, la Cgil ha già presentato alcune proposte in sede parlamentare per elevare i limiti di reddito - fissato ora a 9 mila euro - per beneficiare del "bonus energia". Evitando di far entrare milioni di pensionati al minimo nella cosiddetta 'povertà energetica'.

Per la Cgil e lo Spi rimane impegno prioritario difendere ed estendere il diritto alla salute, il diritto alla serenità, il diritto alla dignità, sempre!

Città: la necessità di pratiche innovative

Laura Mariani,

Resp. Ufficio Politiche Abitative
e dello Sviluppo Urbano,
CGIL nazionale

I bisogni crescenti di fasce sempre più ampie di popolazione, disattesi a causa del progressivo arretramento dello spazio pubblico, dell'assenza di politiche adeguate, di distorsioni del mercato, trovano da tempo in nuove idee, nuovi prodotti e nuovi modelli una risposta non più garantita né dal mercato, né dalle amministrazioni pubbliche.

La crisi economica, con una spirale recessiva che ancora fa sentire i suoi effetti, e le pesanti ricadute sul tessuto fisico e sociale delle città, rende di particolare interesse l'analisi di modelli alternativi, basati sull'attivazione delle risorse locali, attraverso i quali costruire nuove opportunità di vita e di lavoro. Soprattutto nelle aree più deboli, dove è più forte e pervasiva la presenza di alcune criticità, dove le pressioni sociali sono più consistenti a causa di bisogni insoddisfatti, di un uso non equo delle risorse, economiche e territoriali, di emergenze ambientali e sociali che accrescono malessere, aree di disagio e marginalità.

Ma dove è anche possibile, cogliendo le opportunità che vengono si generano a livello locale, attivare processi innovativi di sperimentazione e protagonismo dei cittadini.

Pratiche innovative, quindi, che devono avere come elementi essenziali l'efficacia e la sostenibilità economica, guardando alla partecipazione, alla coesione sociale, alla crescita del benessere equo e sostenibile dei territori.

LE POLITICHE EUROPEE ORIENTATE ALL'INNOVAZIONE

Modelli di integrazione e di innovazione sono promossi dall'Europa come base per lo sviluppo urbano e per il raggiungimento delle sfide di crescita intelligente, inclusiva e sostenibile e in tale senso quindi anche in grado di generare attività.

In Italia, la definizione di politiche urbane nazionali è in ritardo, ma nell'Accordo di Partenariato 2014-2020 sono individuati i drivers per le città: ridisegno e modernizzazione dei servizi urbani per residenti e uti-

lizzatori delle città, pratiche e progettazione per l'inclusione sociale per i segmenti di popolazione più fragile e per aree e quartieri disagiati, rafforzamento della capacità delle città di potenziare segmenti locali pregiati di filiere produttive globali. Nel nostro Paese trovano applicazione alcuni programmi europei, come strumenti attuativi dell'agenda urbana nazionale, a sua volta legata strettamente a quella europea (il 30 maggio 2016 ad Amsterdam è stato approvato il documento che istituisce l'Agenda Urbana dell'Unione Europea, un piano per rafforzare la dimensione urbana).

Sfruttando appieno le risorse dei Programmi orientati a tale scopo, è possibile utilizzare per l'innovazione le risorse ad essa dedicate. Il Programma Operativo nazionale Città metropolitane (PON Metro) e il programma operativo nazionale Governance e Capacità Istituzionale, possono essere adattati alle esigenze dei comuni, considerando le città come aggregatori, riconoscendo il ruolo competitivo di

quelle metropolitane come principale motore economico, produttivo e occupazionale, ma affrontando, al contempo, alcune contraddizioni dell'attuale modello di sviluppo, che nelle aree urbane tendono a concentrarsi, e soprattutto le distorsioni del modello socio-economico su cui si basano le politiche economiche e di welfare, profondamente cambiato.

Abbiamo già conosciuto le Smart cities, la cui promozione rappresenta un obiettivo del Governo, inserito nella "Strategia italiana per la Banda Ultralarga e per la Crescita Digitale 2014-2020". Il problema che le città italiane devono affrontare, tuttavia, è verosimilmente quello di essere troppo focalizzate su singoli progetti, mentre la vera sfida è di passare dai progetti alla scala di tutta la città. Per questo serve una visione strategica ed una piattaforma integrata per raggiungere obiettivi come il risparmio energetico, migliorare la viabilità, offrire servizi partecipativi ai cittadini.

Oggi è necessario completare un dibattito che forse in Italia è ancora troppo ancorato alla "digitalizzazione" delle città e dei servizi pubblici locali, quando invece l'agenda urbana annovera un ampio spettro di tematiche. È necessario ragionare su come l'innovazione nelle città possa contribuire allo sviluppo di nuovi metodi di risoluzione di problemi socialmente rilevanti. Le Smart Cities sono infatti le città che creano le condizioni di governo, infrastrutturali e tecnologiche, per produrre anche innovazione sociale. Il tutto in una cornice comune relativa agli strumenti attuativi dell'agenda urbana nazionale.

IL PON METRO

Il PON Città Metropolitane 2014-2020 è il principale strumento per attuare l'agenda urbana e, indirettamente, dovrebbe avere anche una funzione importante rispetto alla attuazione della riforma "Del Rio", interessando le 14 Città Metropolitane recentemente istituite.

Il PON Città Metropolitane prevede interventi nei settori dell'agenda digitale, della mobilità sostenibile, del disagio abitativo e dell'inclusione sociale e presenta rilevanti sinergie potenziali soprattutto con un altro PON che interessa l'intero territorio nazionale, il PON "Inclusione sociale". Ha una dotazione finanziaria di 892,9 Mln di Euro e la quota maggiore (oltre il 35%) è indirizzata alla "Sostenibilità urbana".

Di questo strumento innovativo desta tuttavia qualche preoccupazione la situazione attuativa: a fronte dei progetti presentati dalle amministrazioni locali, al 31/12/2016, le risorse programmate ammontavano a 730 milioni di euro, le operazioni ammesse a finanziamento superano di poco quota 63 milioni di euro, il livello degli Impegni Giuridicamente Vincolanti (IGV) è di circa 11 milioni di euro e quello dei Pagamenti è di 4,6 milioni di euro. Si rileva, peraltro, in una generale esiguità di impegni di spesa, una preoccupante difficoltà

proprio per progetti relativi a “Servizi e Infrastrutture per l’inclusione sociale”, che ha portato alla necessità di ridefinire alcuni target.

Eppure di grande interesse sono proprio i risultati attesi nel sociale: abitazioni ottenute da riqualificazioni di spazi urbani per persone senza fissa

dimora; alloggi riabilitati per famiglie in condizioni di disagio abitativo; attività socio-economiche di accompagnamento per persone appartenenti a



comunità emarginate, risanamento di spazi per attività finalizzate al conseguimento di obiettivi sociali.

Per rendere maggiormente praticabili le azioni, un elemento sicuramente importante, riguarda l'opportunità di mettere a sistema risorse dedicate alle aree metropolitane derivanti anche da altri programmi, al fine di coordinare interventi indirizzati alle città e permettere azioni integrate nei territori interessati.

Lo sviluppo urbano, infatti, non è declinato solo con il PON Città metropolitane, ma anche in Assi specifici o negli Investimenti Integrati Territoriali dei Programmi Operativi Regionali del ciclo di programmazione in corso. Altri interventi che impattano sulle politiche urbane, sono contenuti nell'“Agenda digitale italiana”, istituita nel 2012, una strategia che individua priorità, modalità di intervento, azioni, in linea con i risultati attesi dell'Agenda Digitale Europea. I principali interventi sono previsti nei settori: identità digitale,

amministrazione digitale, istruzione digitale, sanità digitale, divario digitale, pagamenti elettronici, fatturazione, giustizia digitale. Quindi digitalizzazione per condivisione dei informazioni pubbliche e realizzazione di servizi per cittadini e imprese.

Il quadro strategico nazionale per le Città è stato completato, con la decisione del CIPE del 10 agosto 2016, che ha avviato i Programmi Complementari ai programmi cofinanziati dai Fondi strutturali e di investimento, fra i quali anche il Programma di Azione Complementare (PAC) per le “Città Metropolitane”, che riguarda le aree urbane delle 6 Città metropolitane di Bari, Catania, Messina Napoli, Palermo e Reggio Calabria. Le risorse ammontano a 206.012,120 euro.

Il programma opera in sinergia col PON Metro ed è pensato in funzione di completamento e rafforzamento degli interventi, al dichiarato scopo di “costituire, ai fini di un maggior impatto e di una più efficiente esecuzione finanziaria degli stessi, un

bacino di progetti in overbooking”. Il programma, inoltre, ha anche la finalità di “rafforzare la partecipazione dei comuni minori della cintura metropolitana al processo di costruzione delle città metropolitane, anche attraverso l'individuazione di modelli di governance, azioni di sistema e progetti pilota”.

La necessità che si pone è quella di una massima attivazione degli Enti locali che possono utilizzare le risorse straordinarie a disposizione, integrandole con quelle ordinarie e far fronte alle diverse sfide in campo economico, ambientale e di inclusione sociale, col fine di mettere in campo una vera e propria “Piattaforma per lo sviluppo urbano”. Il tutto monitorando costantemente l'utilizzazione dei fondi, accelerandone la spesa e superando gli ostacoli che hanno spesso impedito l'attuazione degli interventi di precedenti programmi, da ottimizzare nel rapporto tra investimenti e costi finali.

Assemblea della salute delle Nazioni Unite

STRATEGIA GLOBALE E PIANO D'AZIONE SULL'INVECCHIAMENTO E SULLA SALUTE 2016-2020: VERSO UN MONDO IN CUI TUTTI POSSONO VIVERE UNA VITA LUNGA E SANA

La sessantanovesima Assemblea

Avendo preso in considerazione la relazione sull'azione multisettoriale per un approccio del ciclo di vita all'invecchiamento in buona salute: bozza di strategia globale e piano d'azione sull'invecchiamento e la salute

Richiamata la risoluzione WHA52.7 (1999) sull'invecchiamento attivo e la risoluzione WHA58.16 (2005) sul rafforzamento dell'invecchiamento attivo e in buona salute, che hanno invitato gli Stati membri ad adottare misure che garantiscano il più alto livello possibile di salute e benessere per il numero in rapida crescita di persone anziane;

Ricordato inoltre la risoluzione 57/167 (2002) dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, che ha approvato il Piano d'azione internazionale sull'invecchiamento di Madrid del 2002, nonché altre risoluzioni pertinenti e altri impegni internazionali relativi all'invecchiamento;

Avendo preso in considerazione la risoluzione WHA65.3 (2012) sul rafforzamento delle politiche di malattia non trasmissibili per promuovere l'invecchiamento attivo, che osserva come le malattie non trasmissibili diventano più prevalenti tra gli anziani c'è un urgente bisogno di prevenire le disabilità legate a tali malattie e di pianificare a lungo termine cura;

Avendo preso in considerazione anche la risoluzione WHA67.19 (2014) sul rafforzamento delle cure palliative come componente dell'assistenza completa durante tutto il corso della vita;

Richiamata la risoluzione WHA64.9 (2011) sulle strutture di finanziamento sanitario sostenibile e copertura universale, che richiede investimenti e rafforzamento dei sistemi sanitari, in particolare servizi e assistenza sanitaria di base, compresi i servizi di prevenzione, risorse umane adeguate per i sistemi di informazione sanitaria e sanitaria, in assicurare che tutti i cittadini abbiano accesso equo all'assistenza sanitaria e ai servizi;

Accogliendo con favore l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che comprende un insieme integrato e indivisibile di obiettivi globali per lo sviluppo sostenibile che offrono la piattaforma per affrontare le sfide e le opportunità dell'invecchiamento della popolazione e le sue conseguenze in modo globale, impegnandosi a non lasciato indietro;

Notando che le popolazioni di tutto il mondo, a tutti i livelli di reddito, stanno invecchiando rapidamente; tuttavia, l'ampiezza delle opportunità che derivano dalle popolazioni più anziane, la loro crescente longevità e l'invecchiamento attivo dipenderanno pesantemente dalla buona salute;

Notando inoltre che l'invecchiamento in buona salute è influenzato in modo significativo dai determinanti sociali della salute, con persone provenienti da gruppi svantaggiati dal punto di vista socioeconomico che hanno una salute marcatamente più povera in età avanzata e un'aspettativa di vita più breve;

Rilevando inoltre l'importanza di ambienti sani, accessibili e di supporto, che possono consentire alle persone di invecchiare in un luogo che è giusto per loro e di fare ciò che apprezza;

Riconoscendo che le popolazioni più anziane apportano contributi diversi e preziosi alla società e dovrebbero avere pari diritti e opportunità e vivere senza discriminazioni basate sull'età;

Accogliendo con favore la prima conferenza ministeriale dell'OMS sull'azione globale contro la demenza (Ginevra, 16 e 17 marzo 2015), prendendo atto dei suoi risultati e accogliendo con apprezzamento tutte le altre iniziative internazionali e regionali volte a garantire una vita sana agli anziani;

Accogliendo con favore anche la relazione mondiale sull'invecchiamento e la salute, ¹ che articola un nuovo paradigma dell'invecchiamento sano e delinea un quadro di sanità pubblica per l'azione per promuoverlo;

Riconoscendo il concetto di invecchiamento sano, definito come il processo di sviluppo e mantenimento delle capacità funzionali² che consente il benessere in età avanzata;

Avendo preso in considerazione il progetto di strategia globale e piano d'azione sull'invecchiamento e la salute in risposta alla decisione WHA67 (13) (2014), che sviluppa e amplia le strategie e i quadri regionali dell'OMS³ in questo settore,

1. ADOTTA la strategia globale e il piano d'azione sull'invecchiamento e la salute;

2. INVITA i partner, comprese le organizzazioni internazionali, intergovernative e non governative, nonché altre organizzazioni pertinenti:

- sostenere e contribuire alla realizzazione della strategia globale e del piano d'azione sull'invecchiamento e sulla salute e, nel farlo, collaborare, se del caso, con gli Stati membri e con il segretariato dell'OMS;
- migliorare e sostenere il benessere delle persone anziane e dei loro caregivers attraverso una fornitura adeguata ed equa di servizi e assistenza;
- sostenere la ricerca e l'innovazione e raccogliere prove su cosa si può fare per promuovere un invecchiamento sano in diversi contesti, compresa una maggiore consapevolezza dei determinanti sociali della salute e del loro impatto sull'invecchiamento;
- sostenere lo scambio di conoscenze e esperienze innovative, anche attraverso la cooperazione nord-sud, sud-sud e triangolare e le reti regionali e globali;
- lavorare attivamente sulla difesa dell'invecchia-

mento in buona salute durante il corso della vita e combattere la discriminazione basata sull'età;

3. ESORTA gli Stati membri:

- attuare le azioni proposte nella strategia globale e nel piano d'azione sull'invecchiamento e sulla salute attraverso un approccio multisettoriale, compresa l'istituzione di piani nazionali o l'integrazione di tali azioni nei vari settori governativi, adattate alle priorità nazionali e ai contesti specifici;
- stabilire un punto focale e un'area di lavoro sull'invecchiamento e la salute e rafforzare la capacità dei settori governativi competenti di affrontare la sana dimensione dell'invecchiamento nelle loro attività attraverso la leadership, i partenariati, la difesa e il coordinamento;
- sostenere e contribuire allo scambio tra Stati membri a livello globale e regionale di lezioni apprese e esperienze innovative, comprese azioni per migliorare la misurazione, il monitoraggio e la ricerca dell'invecchiamento in buona salute a tutti i livelli;
- contribuire allo sviluppo di ambienti favorevoli all'età, aumentando la consapevolezza sull'autonomia e l'impegno degli anziani attraverso un approccio multisettoriale;

4. RICHIEDE il Direttore Generale:

- fornire supporto tecnico agli Stati membri per stabilire piani nazionali per un invecchiamento sano; sviluppare sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine in grado di fornire cure integrate di buona qualità; implementare interventi basati su evidenze che trattano i fattori determinanti dell'invecchiamento in buona salute; rafforzare i sistemi per raccogliere, analizzare, utilizzare e interpretare i dati sull'invecchiamento sano nel tempo;
- attuare le azioni proposte per il Segretariato nella strategia globale e nel piano d'azione sull'invecchiamento e la salute in collaborazione con altri organismi del sistema delle Nazioni Unite;
- sfruttare l'esperienza e le lezioni apprese dall'attuazione della strategia globale e del piano d'azione sull'invecchiamento e la salute al fine di sviluppare meglio una proposta per un decennio

di invecchiamento sano 2020-2030 con gli Stati membri e con i contributi dei partner, Agenzie delle Nazioni Unite, altre organizzazioni internazionali e organizzazioni non governative;

- preparare una relazione globale sullo stato di salute in buona salute da sottoporre alla settantatreesima assemblea mondiale della sanità, riflettendo norme e parametri concordati e nuove prove su cosa può essere fatto in ciascun tema strategico, per informare e fornire dati di riferimento per un decennio di invecchiamento sano 2020-2030;
- convocare un forum per sensibilizzare sull'invecchiamento sano e rafforzare la cooperazione internazionale sulle azioni delineate nella strategia globale e nel piano d'azione sull'invecchiamento e la salute;
- sviluppare, in cooperazione con altri partner, una campagna globale per combattere l'ageismo al fine di aggiungere valore alle iniziative locali, raggiungere l'obiettivo finale di migliorare l'esperienza quotidiana delle persone anziane e ottimizzare le risposte politiche;
- continuare a sviluppare la rete globale dell'OMS per le città e le comunità a misura di anziano come meccanismo per sostenere l'azione multisettoriale locale sull'invecchiamento in buona salute;
- sostenere la ricerca e l'innovazione per promuovere un invecchiamento sano, compreso lo sviluppo: (i) strumenti basati su prove per valutare e sostenere gli sforzi clinici, di comunità e basati sulla popolazione per migliorare la capacità intrinseca e la capacità funzionale; e (ii) interventi economicamente efficaci per migliorare la capacità funzionale delle persone con capacità intrinseca compromessa;
- riferire sui progressi a medio termine sull'attuazione della strategia globale e del piano d'azione sull'invecchiamento e sulla salute, riflettendo indicatori, standard e parametri quantificabili concordati e nuove prove su cosa può essere fatto in ciascun obiettivo strategico, ai Settanta. prima assemblea mondiale della sanità.

Ottava riunione plenaria, 28 maggio 2016
A69 / VR / 8

Verso una vita lunga un secolo. Le sfide per il welfare tra integrated care e nuove tecnologie

**Ing. Massimiliano Malavasi
e dott. Lorenzo Desideri,**
CRA Centro Regionale Ausili, Area
Ausili Corte Roncati Bologna;
Dott.ssa Lorenza Maluccelli,
ASP Città di Bologna

LE SFIDE PER LA SANITÀ

I mutamenti demografici e socioeconomici oggi in atto sono destinati a cambiare radicalmente la forma della società. Il crescente invecchiamento medio della popolazione e i progressi in campo medico, l'aumento di persone con condizioni croniche di salute, la contrazione delle dimensioni dei nuclei familiari e il conseguente rischio di isolamento sociale di un sempre più ampio numero di persone, sono solo alcune tra le sfide che nel prossimo futuro imporranno una ridefinizione e cambiamento del welfare socio-sanitario.

In particolare, l'innalzamento dell'età media, porta al conseguente aumento

nell'incidenza delle patologie croniche in multimorbidità (l'intercorrenza di due o più malattie o condizioni patologiche nello stesso individuo), quali malattie cardiovascolari, patologie croniche respiratorie o diabete, insieme a malattie quali Alzheimer e la demenza senile.

Il fenomeno, sebbene particolarmente evidente in Italia, coinvolge l'intero continente europeo. Si stima che circa 50 milioni di persone vivano con patologie multiple, condizione che ha inevitabilmente un impatto negativo sulla qualità di vita della persona che ne è affetta e dei suoi familiari. I sistemi di cura e assistenza nei diversi paesi europei sono chiamati a cambiare rapidamente per affrontare le sfide poste dalla necessità di provvedere alle esigenze di un numero in continuo aumento di utenti che necessitano sempre più di un supporto continuativo e a lungo termine.

Le conseguenze di questo scenario

sono testimoniate dalle numerose ricerche che dimostrano come gli attuali sistemi socio-sanitari formali di cura rischino di non essere in grado di sostenere dal punto di vista economico l'impatto dei cambiamenti demografici e sociali in atto. Appare quindi necessario procedere a profonde evoluzioni dei modelli di servizio.

INTEGRATED CARE E NUOVE TECNOLOGIE

Al centro di tale necessità di cambiamento vi è la presa di coscienza del fatto che i pazienti anziani con multimorbidità stanno diventando la norma e non l'eccezione, mentre ad oggi i sistemi di cura sono fortemente orientati alla presa in carico della singola patologia. Per gli utenti con più patologie, i servizi sono spesso ripetitivi (appuntamenti multipli), inefficienti (possono fornire indicazioni discordanti), frustranti, e potenzialmente poco sicuri a causa di una presa in carico non integrata e scoordinata. In più, tali pazienti possono ricorrere

a un maggior numero di medicinali, a volte difficili da ricordare e gestire, e il paziente stesso può incorrere in accidentali combinazioni potenzialmente dannose per la sua salute. Il primo obiettivo appare quindi quello di creare un sistema integrato di cura al fine di comprendere e gestire al meglio la multimorbilità. Nella pratica questo significa migliorare il processo di cura e assistenza per assicurare la continuità, la coordinazione e la centralità dell'utente in ogni aspetto del percorso. Tutto deve essere possibile con un'unica visione che includa i vari ambiti sanitari e sociali, e possa anche coprire pienamente il contesto domiciliare. In questo quadro un'ulteriore sfida di estrema importanza è rappresentata dalla necessità di rendere la persona stessa, insieme ai suoi caregiver, in grado di gestire maggiormente in autonomia la propria condizione.

Nel processo di ridefinizione del welfare, l'innovazione tecnologica può assumere un ruolo fondamentale. Ampi

settori della società, dal lavoro all'istruzione, stanno già subendo profondi cambiamenti grazie all'uso di nuove tecnologie digitali sempre più pervasive, autonome e interconnesse. Il progressivo aumento dell'alfabetismo digitale, ovvero quell'insieme di competenze che permettono a una persona di essere in grado di utilizzare con sicurezza ed efficacemente media digitali a fini di lavoro, di apprendimento e durante il tempo libero, permette un accesso sempre più ampio ai vantaggi portati dalle nuove tecnologie a quelle persone che oggi ne sono solitamente escluse, in particolare anziani e persone con disabilità.

In particolare, l'utilizzo di tecnologie digitali a supporto dell'attività di monitoraggio delle condizioni di benessere della persona nei vari ambiti di vita (in primis quello domiciliare), può consentire di individuare segni di allerta precoce, ottimizzare il bisogno di visite specialistiche e ridurre la frequenza delle riospedalizzazioni, accre-

scendo il senso di sicurezza percepito dalle persone a casa propria, migliorando al contempo la qualità della propria vita. Le informazioni fornite dall'utilizzo di strumenti tecnologici possono anche aiutare i pazienti con malattie croniche nel prendere decisioni informate rispetto alla convivenza con la loro malattia (patient empowerment) e in generale aiutare ad adottare stili di vita più sani. Perché questo accada emerge la necessità di:

Il primo obiettivo appare quindi quello di creare un sistema integrato di cura al fine di comprendere e gestire al meglio la multimorbilità.

- Sviluppare interventi basati su un utilizzo crescente della tecnologia che garantisca una maggiore fruibilità e uso appropriato dei servizi integrati a sostegno delle persone con maggiore fragilità.
- Sviluppare modelli per valutare e aggiornare le cure, e gestire popolazioni complesse (multimorbidità) aiutandole nel self-management.

IL PROGETTO EUROPEO PROACT

L'obiettivo del Progetto ProAct, finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Programma Horizon 2020, è quello di sviluppare una tecnologia assistiva al fine di migliorare il processo di cura rivolto alle persone anziane con più patologie integrando quattro aree principali: domiciliare, ospedaliera, di comunità e le reti di supporto sociale. Tra i partner del progetto, coordinato dal Trinity College di Dublino, compaiono anche due importanti aziende nel panorama europeo e globale: IBM e Philips, as-

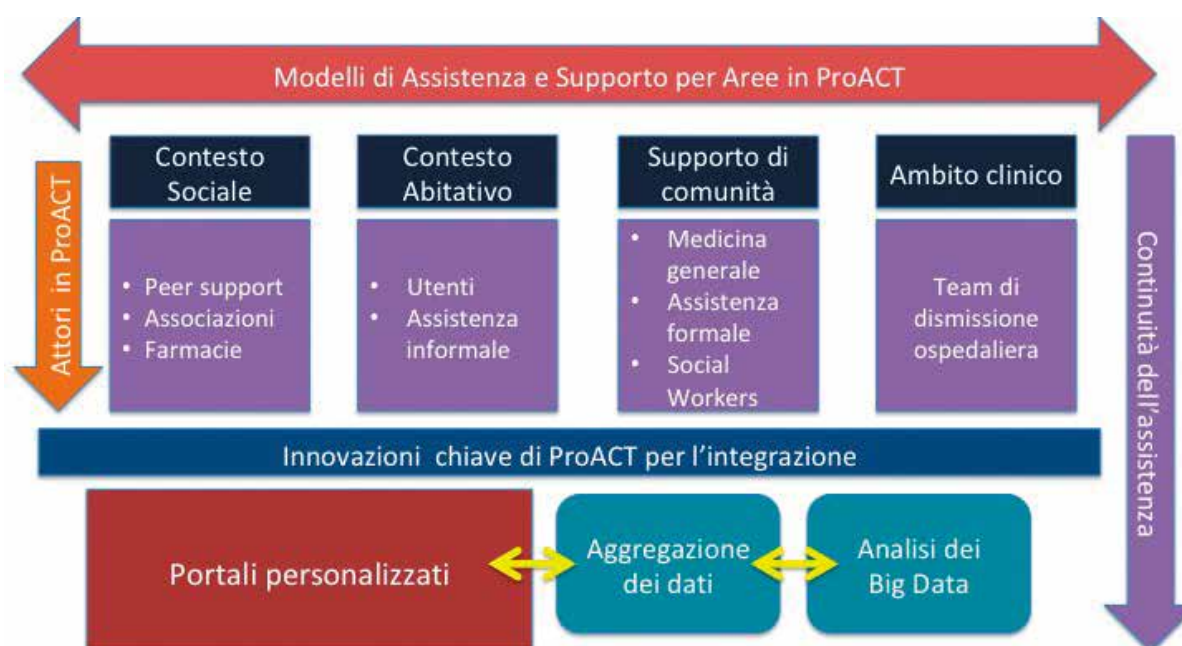
sieme piccole e medie aziende e fornitori di servizi alla persona. Per l'Italia, partecipano come partner AIAS Bologna onlus e ASP Città di Bologna. La prima ha una lunga esperienza nell'uso e proposta di tecnologie assistive (compreso il tema degli adattamenti ambientali) a supporto di persone con disabilità e fragilità, la seconda gestisce i servizi socio-sanitari del welfare pubblico locale.

Nel dettaglio, lo scopo di Proact è quello di aiutare le persone con multimorbidità a gestire meglio la propria condizione di salute mantenendo una buona qualità della vita nel proprio domicilio e nella propria comunità, permettendo agli attori-chiave del sistema di cura (ad es. i familiari, l'assistente sociale, il medico di medicina generale, l'infermiere) di supportare la persona e di lavorare insieme per il suo benessere. In una prima fase del Progetto, è stata condotta la raccolta dei bisogni e dei requisiti per lo sviluppo del Sistema ProAct finalizzato alla promozione delle attività di self-management da

parte di pazienti anziani con multimorbidità. A tal fine, nel contesto italiano, sono stati coinvolti diversi possibili utenti del Sistema (persone anziane, operatori sociali e sanitari, caregiver informali, etc.) in una serie di discussioni di gruppo (focus group). In sintesi, le informazioni raccolte dalla ricerca svolta in Italia, hanno messo in evidenza la necessità di sviluppare una piattaforma in grado di:

- Supportare la partecipazione sociale degli utenti al fine di prevenire l'isolamento sociale
- Aiutare nella gestione di patologie croniche sia singole che multiple
- Migliorare l'efficacia delle attività dei caregiver sia formali che informali
- Migliorare l'aderenza alle indicazioni terapeutiche degli operatori socio-sanitari

Sulla base di queste indicazioni - e



di quelle raccolte dagli altri membri del progetto ProAct in Irlanda e Belgio-, si è proceduto con la Fase 2 del Progetto, la realizzazione di una prima versione del Sistema ProAct. Nel dettaglio, ProAct è un sistema di dispositivi digitali per il rilevamento di informazioni relative allo stato di benessere di una persona (es. pressione, battito cardiaco, peso, glucosio e attività ambientali). Le informazioni raccolte vengono convogliate in un cloud dedicato e sicuro e sono rese accessibili per mezzo di un'interfaccia utente semplice ed efficace accessibile via computer, tablet o smartphone (vedi Figura 1). L'interfaccia, oltre a permettere all'utente di gestire le informazioni sul proprio stato di benessere, consente anche a tutti gli attori del sistema curante, inclusi i familiari, di accedere ad informazioni aggiornate per quell'utente – non a scopo clinico/diagnostico - ma per osservare eventuali cambiamenti nello stile di vita ed intervenire precocemente con azioni adeguate. Attraverso l'inter-

faccia è anche possibile attivare semplici e rapidi questionari per integrare le informazioni raccolte attraverso i dispositivi (ad esempio, sulla qualità del sonno o sul benessere percepito) e ricevere consigli e indicazioni per migliorare il proprio stile di vita.

CONCLUSIONI

Le sfide descritte sono certamente di ampia portata, ma difficilmente i sistemi di welfare attuale riusciranno a garantire risposte adeguate alle aspettative della società europea senza un ricorso intensivo anche a soluzioni tecnologiche. La casa appare un elemento chiave dei sistemi di integrated care rivolti alla popolazione in età avanzata: molti dei servizi erogati e delle informazioni necessarie dovranno essere rispettivamente portati e raccolte proprio in questo contesto, ad oggi invece escluso da molti processi socio sanitari focalizzati sulla singola malattia o dimensione di fragilità. Portare al centro di un sistema di integrated care la vita della persona e

quindi anche la sua casa richiede però di affrontare e risolvere molte problematiche ad ogni livello: politico, organizzativo, di budget, di competenze di utenti ed operatori ed infine anche tecnologico, architettonico ed impiantistico. Tuttavia progetti come Proact dimostrano che ormai i tempi e le soluzioni sono maturi per un utilizzo sempre più ampio di questi modelli nel welfare del prossimo futuro.

La casa appare un elemento chiave dei sistemi di integrated care rivolti alla popolazione in età avanzata

Organizzazione mondiale della sanità - EUROPA

STRATEGY AND ACTION PLAN FOR HEALTHY AGEING IN EUROPE, 2012–2020

SOMMARIO

Nel documento vengono proposte aree di azione strategiche e una serie di interventi che, in sinergia con Health 2020, il nuovo quadro politico europeo che supporta l'azione a livello governativo e della società per la salute e il benessere, corrispondono le sue aree strategiche. È la prima Strategia europea per riunire, in modo coerente, gli elementi connessi all'invecchiamento dell'Ufficio regionale dell'OMS per il programma di lavoro europeo e presentarli sotto forma di quattro aree di azione strategica e cinque interventi prioritari, insieme a tre interventi di supporto. Il piano d'azione è inteso come una guida per gli Stati membri con diversi livelli di reddito o fasi di sviluppo delle politiche dell'invecchiamento o della transizione demografica.

Al centro di questa proposta c'è un elenco di interventi prioritari per i quali esistono prove evidenti che, se adeguatamente implementati, possono fornire "vittorie veloci" (nel senso che dovrebbero essere politicamente fattibile) e per i quali il progresso è realizzabile e misurabile anche all'interno di intervalli di tempo relativamente brevi. Inoltre, è stata data preferenza agli interventi con prove evidenti della loro efficacia e il loro contributo alla sostenibilità delle politiche sanitarie e sociali.

La strategia e il piano d'azione sono suddivisi in quattro sezioni principali. Il primo espone il mandato, lo sfondo e contesto. Il secondo propone quattro aree strategiche prioritarie per azioni che si basano sugli strumenti e gli impegni esistenti dell'Ufficio regionale, inclusi gli strumenti che sono stati sviluppati a livello globale. Questi sono (i) un invecchiamento sano durante il corso della vita; (ii) i supporti ambientali; (iii) i sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine adatti all'invecchiamento della popolazione; e (iv) il rafforza-

mento della documentazione di base e la ricerca. Queste aree prioritarie comprendono azioni che aiutano le persone a rimanere attive il più a lungo possibile, anche nel mercato del lavoro, e le azioni per proteggere la salute e il benessere delle persone con (più) condizioni croniche o a rischio di fragilità.

La terza sezione suggerisce cinque interventi prioritari: (i) promozione dell'attività fisica, (ii) prevenzione delle cadute; (iii) vaccinazione degli anziani e prevenzione delle malattie infettive in ambito sanitario; (iv) sostegno pubblico alle cure informali, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare; e (v) rafforzamento della capacità geriatrica e gerontologica tra la forza lavoro di assistenza sanitaria e sociale. Tre ulteriori interventi di supporto nella sezione finale collegano l'invecchiamento sano a quello del più ampio contesto sociale: (i) prevenzione dell'isolamento sociale e dell'esclusione sociale; (ii) prevenzione dei maltrattamenti degli anziani maltrattamento; e (iii) qualità delle strategie assistenziali per le persone anziane, compresa la cura della demenza e cure palliative per i pazienti di assistenza a lungo termine.

Questa strategia e il piano d'azione delineano anche sinergie e complementarità in cooperazione con partner, in particolare con le iniziative della Commissione europea. Nell'attuare questa strategia e piano d'azione, l'Ufficio regionale garantirà che tutti i paesi della regione europea dell'OMS siano adeguatamente coperti, poiché l'invecchiamento della popolazione si sta diffondendo rapidamente nella regione, rendendo necessario preparare i sistemi sanitari e di assistenza sociale per l'invecchiamento delle popolazioni particolarmente urgenti.

Senior, Smart City e Active Assisted Living.

Dott. Ing. Carlo Montanari,

CAAD Centro Adattamento

Ambiente Domestico, Area Ausili

Corte Roncati Bologna

L'uso di anglicismi nel titolo può sembrare fuorviante ma in realtà il rapporto tra persone anziane e nuove tecnologie, in ambito urbano o domiciliare, è un tema che coinvolge pienamente anche il nostro paese.

Gli scenari demografici legati all'invecchiamento della popolazione e più in generale le modificazioni della struttura socio-economica (l'impoverimento delle fasce sociali più vulnerabili, la trasformazione dei modelli familiari, l'aumento dei nuclei monopersonali e il crescente isolamento sociale) fanno ormai parte di un sapere consolidato e diffuso.

E' altresì comune la conoscenza, per esperienza diretta o indiretta, dell'altissimo grado di penetrazione e delle opportunità che dispositivi e sistemi tecnologici offrono a favore dello sviluppo di servizi innovativi. Il valore aggiunto di questi nuovi oggetti, che si definiscono smart, sta proprio in questa capacità di acquisire ed elaborare dati provenienti dalla realtà che viviamo e comunicarli in un'ottica di rete, creando infine meccanismi di interazione trasparente con i dispositivi personali. Le evoluzioni di queste dinamiche affondano le radici in ciò che già diversi anni addietro venne definito come "Calm Technology"¹, ovvero una tecnologia che scompare dietro lo sfondo degli ambienti di vita e con la quale la persona può interagire in maniera spontanea e intuitiva senza focalizzare l'attenzione sullo strumento utilizzato, ma solo sugli obiettivi e le azioni da perseguire.

Tale visione è ancora distante dalla nostra realtà quotidiana pervasa in gran parte da tecnologie che richiedono ancora alla persona di aumentare continuamente le proprie competenze, sia per poter gestire dispositivi sempre più performanti, sia per scegliere in un mercato in continua evoluzione lo strumento più appropriato al contesto di utilizzo. Ne deriva che ciò che oggi chiamiamo smart city, per definizione luogo di sviluppo economico sostenibile caratterizzato da un governo partecipativo e da elevata qualità della vita per tutti, è il risultato della somma di applicazioni orientate a mirati settori produttivi o luoghi specifici (servizi dipendenti dal contesto).

Non può esistere quindi una smart city senza cittadini smart e soprattutto anziani smart!

In questa fase di sviluppo e diffusione di nuove tecnologie, più che mai è importante ribadire che "accessibilità e usabilità dovranno essere componenti essenziali e costitutivi dei nuovi ambienti"² intelligenti, ponendo le basi per il superamento del "digital divide" (esclusione dall'accesso alle tecnologie dell'informazione legata a molteplici fattori quali limiti di conoscenza o disabilità) e realizzando città capaci di accogliere, fornire servizi secondo logiche di collaborazione ed equità sociale e stimolare la nascita e il mantenimento di rapporti che potranno essere mediati anche con l'utilizzo delle tecnologie.

Negli ambienti urbani le applicazioni tecnologiche e i relativi

servizi possono agire a favore dell'accessibilità, migliorando ad esempio la componente informativa legata a servizi e attività.

“Le informazioni agiscono favorevolmente ampliando lo spazio di azione percepito dai soggetti, fornendo loro non solo le conoscenze di base sull'esistenza e le caratteristiche delle risorse urbane, ma anche quelle necessarie per il migliore apprendimento delle pratiche di raggiungimento dei luoghi. Il possesso di conoscenze agisce poi favorevolmente sulla mobilità limitando il sentimento di incertezza normalmente associato ai luoghi e alle attività non conosciute”³.

In alternativa le stesse tecnologie possono ridurre il bisogno di spostarsi offrendo la possibilità di accedere a servizi ed attività direttamente da casa.

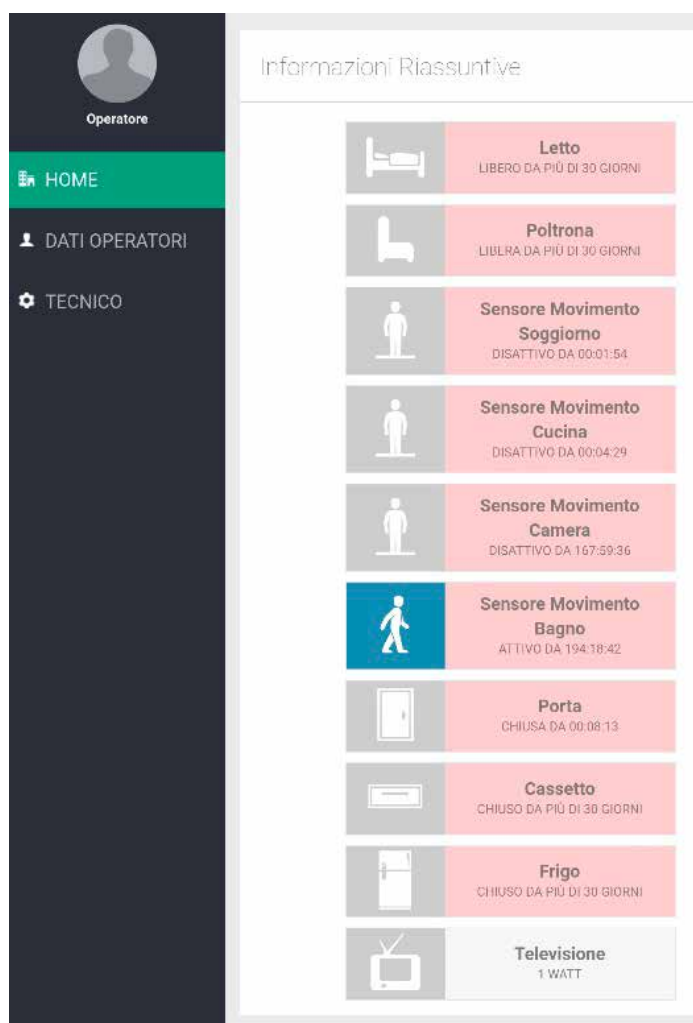
Anche e soprattutto l'ambito domiciliare deve essere quindi coinvolto in questa evoluzione verso la creazione di un ambiente accessibile, sicuro e attivo nell'erogare facilitazioni e servizi in grado di agevolare la gestione delle attività quotidiane.

L'insieme dei servizi di cui sopra, prendono il nome di Servizi di Active and Assisted Living (AAL, che fa riferimento ad una vita attiva e assistita) dall'omonimo Programma di Ricerca della UE che dal 2014 stimola l'introduzione di soluzioni innovative all'interno dei sistemi di assistenza e cura europei al fine di affrontare le moderne sfide socio-demografiche e le conseguenti necessità emergenti in ambito domestico.

Il ruolo di queste nuove soluzioni tecniche, altamente personalizzabili e quindi rispondenti al progetto di vita che vede al centro la persona e il suo rapporto con l'ambiente, può avere un importante impatto su diversi aspetti legati all'abitare, in primis quelli relativi alla sicurezza e alla prevenzione degli incidenti domestici fino al supporto delle relazioni che la persona ritiene significative per la propria vita sociale. Allo stesso tempo rappresentano soluzioni che possono alleggerire il carico assistenziale dei caregivers familiari, permettendo un monitoraggio non intrusivo, dal proprio PC o smartphone, delle condizioni abitative delle persone fragili a supporto dell'autonomia e della sicurezza di quest'ultimi.

Stiamo parlando dell'evoluzione dei sistemi di teleassistenza, dove internet, sensori e smartphone hanno sostituito la linea telefonica tradizionale e il più classico dispositivo di telesoccorso; il valore aggiunto dei nuovi sistemi sta nella capacità di memorizzare ed elaborare i dati sulle attività domestiche fornendo informazioni immediate su anomale variazioni della routine e prospettati a medio e lungo termine utili ad individuare variazioni sensibili nei comportamenti che possano essere interpretate in un'ottica di prevenzione.

L'introduzione dei servizi di AAL e più in generale di tutta la tecnologia dell'assistenza deve crescere con l'abilità tecnologica delle generazioni, offrendo la soluzione più adatta al momento. Oggi le prime soluzioni AAL evolute iniziano ad affacciarsi sul



mercato, la barriera rappresentata dalla confidenza nelle soluzioni tecnologiche più avanzate inizia a cedere di fronte alla diffusione di smartphone e tablet e di fronte a importanti program-



RETE DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ

mi di istruzione sull'uso delle nuove tecnologie. Di conseguenza il ruolo di chi progetta servizi a supporto della domiciliarità deve mirare allo sviluppo di piattaforme gestionali flessibili che: possano evolvere al passo delle tecnologie e soprattutto siano integrate con il sistema organizzativo dei servizi, che supportino la condivisione di informazioni sulla persona e quindi il lavoro di rete e la presa in carico globale.

Come esempio di tale evoluzione si cita il progetto "Domiciliarità Teleassistita" che sta guidando lo sviluppo del nuovo Servizio di Teleassistenza del Comune di Reggio Emilia, in collaborazione con Farmacie Comunali Riunite, il Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico di Reggio Emilia, gli attori del terziario, del mondo dell'associazionismo e del volontariato.

Le linee guida del progetto consistono:

- nella creazione di un tavolo permanente sulla domiciliarità che possa sviluppare azioni sinergiche nel tempo;
- nell'integrazione del servizio di teleassistenza con il servizio di assistenza domiciliare (per un apporto equilibrato di contatto umano e di tecnologie nel domicilio);
- nell'utilizzo di una centrale operativa e di ascolto locale per il servizio di teleassistenza che possa evolvere nel tempo e divenire punto di riferimento non solo per l'attivazione dell'emergenza ma anche per il supporto informativo necessario ad orientarsi nei servizi;



LOCALIZZAZIONE GPS

- nell'introduzione di nuovi dispositivi per la teleassistenza outdoor (che sfruttano la rete GPS e GSM per inviare la posizione della persona in caso di emergenza) che affiancano l'offerta dei dispositivi tradizionali di telesoccorso (per chi è più restio ai cambiamenti tecnologici) accessoriati di sensori per la sicurezza nell'ambiente domestico utili a prevenire incidenti domestici.

Si tratta di una serie di azioni di rete, con al centro la persona anziana, a cui si affianca un processo che gradualmente introduce a domicilio le tecnologie più mature, monitorando la loro efficienza e il grado di accettazione attraverso la competenza del

C.A.A.D.. Un sistema tariffario legato all'ISEE garantisce l'equità di accesso a questo tipo di servizi.

Ad un modello di questo tipo sarebbe opportuno affiancare luoghi di sperimentazione condivisa di nuovi strumenti tecnologici con la presenza di "mediatori digitali" che possano preparare i cittadini al successivo passo nella digitalizzazione dei servizi.

Quanto descritto è un processo che non è affatto semplice e naturale e che necessita di investimenti strutturali, di formazione degli operatori oltre che degli utenti, lo sviluppo di professionalità nuove e il coinvolgimento di tutti gli attori che gravitano in maniera formale ed informale attorno alla persona anziana. Solo in quest'ottica sarà possibile offrire un valido supporto ad un invecchiamento attivo e in buona salute, migliorando la qualità della vita degli anziani e di coloro che li assistono e, al tempo stesso, la sostenibilità dei sistemi di assistenza supportando il complesso paradigma della domiciliarità.

1. Weiser, Mark and Brown, John Seely (1995). "Designing Calm Technology". Xerox PARC.
2. La Roadmap del Cluster Tecnologico nazionale "Tecnologie per gli Ambienti di Vita".
3. Ripensare l'accessibilità urbana (B.Borlini e F. Memo, Paper 2 /2009 Fondazione ANCI ricerche, CITTALIA).

Progettare e abitare case intelligenti, dedicate al miglioramento delle autonomie abitative

Arch. Stefano Martinuzzi

e ing. Maria Rosaria Motolese,

CAAD Centro Adattamento Ambiente Domestico,
Area Ausili Corte Roncati Bologna

La propria casa è il luogo dove tutti noi ci sentiamo al sicuro, protetti; poter invecchiare nella propria casa, mantenendo il più a lungo possibile le proprie abitudini è il desiderio della maggior parte delle persone anziane. L'invecchiamento, al di là di singole o plurime patologie che, se preesistenti possono evolvere e peggiorare, o di nuove che possono manifestarsi, porta con sé una più o meno lenta diminuzione delle autonomie personali. Le situazioni ambientali, soprattutto abitative, possono favorire o rallentare questo processo; per questo è importante una valutazione della compatibilità tra spazi domestici ed esigenze delle persone che li abitano.

Le tecnologie possono, integrandosi nella casa, essere di aiuto per la sua gestione e, di conseguenza, migliorare le capacità di autonomia della persona anziana nella propria casa. Ma non sempre le tecnologie vengono accettate, soprattutto dalle persone anziane; è quindi fondamentale progettare l'integrazione tecnologica tenendo conto della minima invasività, della flessibilità dei sistemi per adattarsi alle persone e ai loro cambiamenti nel tempo. Ugualmente importante, nella fase di progettazione, la possibilità di utilizzare interfacce tecnologia/persona semplici e personalizzabili.

Oltre alle persone anziane abili che, con l'avanzamento dell'età perdono autonomia e di fatto, possono acquisire una disabilità lieve e/o non, anche le persone disabili in-

vecchiano, così come i genitori di persone disabili, che dovranno pensare al futuro dei propri figli (progetti "con noi, durante noi e dopo di noi"). Anche a favore di questi anziani, le esperienze dei progetti denominati 'Condominio partecipato di Via Bovi Campeggi 9' e 'Area sperimentale di transizione Le Palmè sono iniziative attive ad oggi a Bologna, sviluppate e seguite da AIAS Bologna Onlus, come nuove 'proposte di residenzialità possibili' dedicate a persone con disabilità.

Promuovere l'autonomia personale e forme di vita indipendente è scopo delle attività di AIAS Bologna onlus, a sostegno dell'affermazione del diritto all'autodeterminazione e alla realizzazione del proprio progetto esistenziale senza discriminazioni, come sancito dalla Convenzione ONU 2006 sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con la Legge 18/2009 dallo stato italiano.

La storia delle prime sperimentazioni residenziali di AIAS Bologna parte da lontano: nel 1988, la 'Casa di Paderno' promuoveva uno dei primi progetti abitativi comunitari. Un'evoluzione dell'esperienza residenziale di Paderno si è realizzata col progetto di 'Condominio partecipato Bovi Campeggi, in via Bovi Campeggi 9 a Bologna; l'iniziativa, predisposta dal Comune di Bologna in collaborazione con Azienda USL BO, ACER Azienda Casa Emilia Romagna ed AIAS Bologna, mira a contrastare l'istituzionalizzazio-

ne di persone disabili con un modello residenziale, che promuove la convivenza condominiale attraverso un percorso di mediazione e di sviluppo della partecipazione.

La struttura è stata realizzata *ex-novo* (2003-2006) ed è composta da 8 unità abitative bilocali situate al piano terra ed affacciate su un parco accessibile; l'attenzione alla completa fruibilità e alle dotazioni che sono state messe in campo riguardano sia un impianto architettonico accessibile per gli spazi esterni (giardino, parcheggi, percorsi) e per quelli interni (distribuzione e spazialità alloggi, servizi igienici, schema di arredo cucina), sia un sistema impiantistico di base predisposto a personalizzazioni (comunicazioni col 'portiere sociale e con l'esterno, implementazioni domotiche, motorizzazioni, sistemi di sicurezza e sistemi di sollevamento). Il valore di innovazione del progetto è dato dalla promozione e dall'accompagnamento verso lo sviluppo di buone condizioni di convivenza, attuate grazie ad un intervento educativo di mediazione che si è sviluppato a diversi livelli: incontri fra i residenti, lavoro psicologico per il miglioramento delle relazioni interpersonali e reciproche, azioni ed iniziative rivolte alla conoscenza col territorio ed all'incremento di tolleranza ed adattabilità, redazione di un regolamento condominiale in modalità partecipativa, supporto all'azione del portierato sociale. Gli alloggi, di edilizia pubblica, vengono assegnati da ACER, con un contratto permanente, a persone segnalate dai servizi socia-

li che rientrano nella graduatoria di riferimento. Gli alloggi vengono assegnati in forma definitiva; le persone assegnatarie di questi alloggi posso tranquillamente qui invecchiare.

Dal progettare all'abitare, dalla soluzione abitativa integrata con le tecnologie alla quotidianità del vivere in casa con la maggiore autonomia possibile: Alberto Manzoni, educatore, responsabile politiche abitative di AIAS Onlus Bologna, ci illustra come gli abitanti affrontano questa esperienza di residenzialità.

“Bovi Campeggi offre una soluzione abitativa di base, caratterizzata da assenza barriere architettoniche e integrazioni tecnologiche, su cui costruire un progetto abitativo personalizzato, per favorire la volontà e la capacità di autonomia di vita degli abitanti -illustra Alberto Manzoni-. L'autonomia vera è nella capacità di organizzarsi, anche con l'aiuto di altre persone/operatori e delle tecnologie; l'autonomia sta nella capacità di gestione delle risorse disponibili per costruire la propria quotidianità. Ogni abitante di Bovi ha trovato la sua dimensione nel rapporto con le persone, gli operatori e le tecnologie. Occorre sempre un mediatore (un operatore, un assistente/badante h24) come figura di riferimento tra il singolo abitante e le risorse disponibili. Abbiamo esperienze fatte che ci dicono che senza tecnologie non si facilita la quotidianità, ma è molto importante la mediazione relazionale di una persona che ne aiuti l'utilizzo e la



CONDOMINIO PARTECIPATO BOVI CAMPEGGI, AIAS BOLOGNA: ESTERNI



AREA SPERIMENTALE DI TRANSIZIONE LE PALME, AIAS BOLOGNA: ESTERNI, COLLEGAMENTO CON LA STRUTTURA SELLERI BATTAGLIA

gestione; la personalizzazione, poi, è in grado rispondere alle esigenze delle singole persone.”

Un diverso intervento finalizzato all'autonomia abitativa al proprio domicilio, contraddistinto dalla temporaneità e dal carattere di sperimentazione della residenzialità, è il progetto 'Le Palmè, sempre a Bologna.

Al Centro Socio Riabilitativo Residenziale 'Selleri Battaglia' di AIAS Bologna, in Via Saliceto 75, è stato affiancato il progetto 'Le Palmè, per offrire nuove soluzioni finalizzate a testare e consolidare le personali autonomie e capacità abitative, in emancipazione dalle famiglie di origine o dalle strutture residenziali. L'area sperimentale di transizione 'Le Palmè offre 2 posti di accoglienza temporanea (dal singolo weekend ad un periodo massimo di 24 mesi) per persone con disabilità.

Un intervento edilizio-architettonico di recupero e di ri-funzionalizzazione (2013-2016) di un piccolo volume annesso struttura residenziale 'Selleri Battaglia', ha consentito di ricavare uno spazio protetto, che mette gli ospiti in grado di fruire potenzialmente dei servizi di monitoraggio e dei livelli di assistenza presenti nell'adiacente CSRR.

'Le Palmè è strutturata con due camere da letto indipendenti dotate di bagni individuali accessibili, oltre ad un

ambiente comune, con soggiorno/office e angolo cucina; esternamente sono presenti parcheggi ed un ampio parco privato. L'esperienza, rivolta all'orientamento e alla sperimentazione abitativa in modalità di soggiorno temporaneo, ha orientato le scelte progettuali verso soluzioni degli spazi e degli arredi ispirate ad una 'utenza allargata' ed ai principi di *universal design* e *design for all*.

Le due residenze hanno un sistema domotico integrato, basato su *bus* per la gestione del clima e delle luci, delle motorizzazioni delle tapparelle e delle chiamate di emergenza, di allarmi di sicurezza incendio e fumo. Sono presenti ricevitori con interfaccia utente accessibili e personalizzabili; gli alloggi sono connessi in esterno con reti di comunicazione e con servizi legati alla sicurezza e alla cura da remoto.

“Le Palme ha una valenza didattica biunivoca, anche per l'operatore – spiega Alberto Manzoni.- Abbiamo avuto persone giovani disabili con un genitore anziano che ha sempre assistito il figlio; qui è stato costruito e personalizzato un percorso di autonomia per un'esperienza abitativa di transizione, per passare poi ad un'esperienza abitativa che diventa un'evoluzione di autonomia di vita, anche in coabitazione con un assistente badante. È necessario un percorso preparatorio, per organizzarsi nelle attività quotidiane e per imparare ad usare le tecnologie; noi crediamo che queste siano davvero efficaci se integrate coi servizi e coi mediatori



ANGOLO COTTURA NELLO SPAZIO GIORNO COMUNE, A LE PALME



CONDOMINIO PARTECIPATO BOVI CAMPEGGI, AIAS BOLOGNA

culturali; sicuramente le singole capacità relazionali vanno valorizzate come elemento del progetto individuale di vita”.

Questo percorso di sperimentazione residenziale alleggerisce il carico dei genitori anziani, anche psicologico: è importante sapere che il proprio figlio, anche aiutato, sia seguito in un suo percorso di autonomia che possa garantire assistenza ma anche gratificazione ed autonomia personale, nei limiti possibili e nel tempo, anche dopo la vita dei genitori.

Le esperienze residenziali tecnologicamente integrate di AIAS, in Bovi Campeggi e Le Palme, sono costruite sull'educazione all'autonomia abitativa della singola persona, come può accadere per un giovane disabile con genitore anziano che lo ha sempre assistito; così come può avvenire per una persona anziana, in una forma di sperimentazione a sostegno delle azioni quotidiane, con piccoli cambiamenti della routine e dei suoi strumenti. Le tecnologie sono tra questi: possono e devono essere di aiuto per la conquista o il mantenimento dell'autonomia, ma non sostituiscono la volontà della persona e il supporto, professionale ed umano, dell'operatore.



AMBIENTE BAGNO, IN UNA RESIDENZA A BOVI CAMPEGGI

Outcome delle tecnologie assistive

Riferimenti bibliografici

Dott. Lorenzo Desideri,

CRA Centro Regionale Ausili,
Corte Roncati Bologna

Di seguito una selezione di riferimenti bibliografici dove viene approfondito il tema della valutazione degli effetti (o outcome) delle tecnologie assistive.

Tra gli autori: Lorenzo Desideri, psicologo (CRA Centro Regionale Ausili, Corte Roncati Bologna); Devis Trioschi, terapista occupazionale e fisioterapista (CRA Centro Regionale Ausili, Corte Roncati Bologna); Roberta Agosto, educatrice professionale (CRA Centro Regionale Ausili, Corte Roncati Bologna); Martina Bizzarri, terapista occupazionale (CRA Centro Regionale Ausili, Corte Roncati Bologna); Massimiliano Malavasi, ingegnere (CRA Centro Regionale Ausili, Corte Roncati Bologna); Claudio Bitelli, ingegnere (responsabile Ausilioteca AIAS Bologna onlus/Area Ausili di Corte Roncati, Bologna); Brunella Stefanelli, educatrice professionale (CAT Centro Ausili Tecnologici, Corte Roncati Bologna); Alberto Mingardi, tecnico informatico (CAT Centro Ausili Tecnologici, Corte Roncati Bologna); Daniela Tanzini, educatrice professionale (CAT Centro Ausili Tecnologici, Corte Roncati Bologna); Maria Rosaria Motolese, ingegnere (CAAD Centro Adattamento Ambiente Domestico, Corte Roncati Bologna).

Desideri, L., Trioschi, D., Agosto, R., Bizzarri, M., Spagnolin, G., Cantelli, S., Paolini, C., Malavasi, M., Bitelli, C. (2016). The Provision of Powered Mobility Devices in Italy: Linking Process with Outcomes. *Technologies*, 4(3), 31. doi: 10.3390/technologies4030031

Desideri, L., Bizzarri, M., Bitelli, C., Roentgen, U., Gelderblom, G. J., & de Witte, L. (2016). Implementing a routine outcome assessment procedure to evaluate

the quality of assistive technology service delivery for children with physical or multiple disabilities: Perceived effectiveness, social cost, and user satisfaction. *Assistive Technology*, 28(1), 30-40.

Desideri, L., Stefanelli, B., Bitelli, C., Roentgen, U., Gelderblom, G. J., & de Witte, L. (2016). Satisfaction of users with assistive technology service delivery: An exploratory analysis of experiences of parents of children with physical and multiple disabilities. *Developmental Neurorehabilitation*, 19(4), 255-266.

Desideri, L., Ioele, F., Roentgen, U., Gelderblom, G.J., de Witte, L. (2014). Development of a team-based method for assuring the quality of assistive technology documentation, *Assistive Technology*, 26(4), 175-183.

Desideri, L., Mingardi, A., Stefanelli, B., Tanzini, D., Bitelli, C., Roentgen, U., & de Witte, L. (2013). Assessing children with multiple disabilities for assistive technology: A framework for quality assurance. *Technology and Disability*, 25 (3), 159-166

Bitelli, C., Desideri, L., Motolese, M.R. (Ottobre 2012). Ausili e costi sociali. Proporre "bene" le tecnologie assistive conviene. *Assistenza Anziani*, 12-17.

L'assistenza domiciliare integrata in Italia: criticità e prospettive future.

I RISULTATI DELL'INDAGINE SULL'ADI DI ITALIA LONGEVA, RETE DI RICERCA
DEL MINISTERO DELLA SALUTE DEDICATA ALL'INVECCHIAMENTO

Daniele Veterano,
Italia Longeva

Oggi in Italia **una persona su cinque ha superato i 65 anni di età**, traguardo che ci rende il paese più longevo al mondo, secondo solamente al Giappone. Le statistiche che ci confortano: gli anni spesi in buona salute aumentano e quelli vissuti in cattiva salute vengono posticipati e compressi nell'ultimo periodo della vita. Tuttavia, se andiamo a guardare al numero di anziani fragili e complessi, che a causa di malattie croniche e disabilità necessitano di un'assistenza continuativa o semi-continuativa, essi in Italia superano il milione.

Al cospetto di tale numero risulta impossibile, nonchè inadeguato, garantire un'assistenza come classicamente intesa nel nostro paese. Ed ecco che per gli anziani fragili il paradigma di una sanità ospedale-centrica svanisce, cedendo il posto al modello della *long term care*, in grado di garantire continuità delle cure, efficace presa in carico e mantenimento di una dignitosa qualità della vita. In questa ottica la casa diventa il luogo privilegiato delle cure per l'anziano fragile, che gli garantisce la possibilità di continuare a vivere tra i propri affetti e con i propri familiari anche in fasi della vita dominate dalla malattia e dal declino funzionale. I **servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) rispondono esattamente a queste esigenze** e sono pensati per garantire un'assistenza equa e sostenibile ai cittadini impossibilitati a raggiungere i servizi medici ambulatoriali e non sufficientemente gravi da necessitare di cure ospedaliere.

Nonostante l'importanza ricoperta da questo servizio, **l'ADI in Italia risulta essere sottopotenziata** e non in grado di rispondere adeguatamente agli effettivi bisogni. E' questo il risultato principale dell'indagine condotta da **Italia Longeva** (network dedicato all' invecchiamento, soci fondatori Ministero della Salute, Regione Marche e IRCCS INRCA di Ancona), dal titolo "*La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia*" e a cura di Davide Vetrano, medico geriatra del Policlinico Gemelli di Roma e dottorando di ricerca al Karolinska Institutet di Stoccolma, e di Ketty Vaccaro, sociologa del CENSIS. L'indagine presentata a luglio 2017 presso il Ministero della Salute, durante l'evento Long Term Care TWO, rappresenta l'unica iniziativa di questo genere nel nostro paese. Italia Longeva ha fornito per la prima volta una panoramica dei modelli organizzativi ed assistenziali dell'ADI in Italia. La ricerca ha coinvolto 12 ASL in 11 regioni, con una copertura sul territorio nazionale di quasi il 20% degli assistiti.

I principali risultati dell'indagine possono essere così riassunti:

- In Italia **nel 2016 solamente 370.000 ultra 65enni hanno ricevuto cure domiciliari**, ovvero il 2,8% degli anziani, a fronte di un bisogno stimato doppio se non addirittura triplo, con importanti differenze tra le diverse regioni e assolutamente in disallineamento con molti paesi europei che fanno cinque-dieci volte tanto.

- Vi è una **vasta eterogeneità nei modelli organizzativi ed assistenziali** tra nord e sud e tra aree metropolitane e rurali, con un coinvolgimento di enti pubblici e privati estremamente variegato: vi sono ASL che gestiscono tutte le attività tramite attori pubblici e realtà dove l'erogazione di tutte le attività viene delegata a gestori privati.

- **Le risorse impiegate ed i costi variano considerevolmente** a seconda nelle realtà esaminate. In generale si assiste ad una progressiva riduzione delle ore di assistenza destinate a ciascun assistito. Dal 2001 al 2014 le ore di assistenza erogate sono passate dalle 27 alle 18 per singolo caso, con notevoli discrepanze che continuano a persistere tra regione e regione. La stessa cosa vale per i costi, che risentono di notevoli variazioni territoriali dettate, tra gli altri, dai diversi sistemi di rendicontazione delle attività svolte.

- **L'integrazione socio-sanitaria, elemento caratterizzante l'ADI, risulta essere frammentata** e non efficace, con importanti ritardi e mancanze da parte dei Comuni. L'ADI ha ragione di esistere nel momento in cui il gesto medico e infermieristico venga supportato da un'assistenza di tipo sociale e di aiuto alla persona che, in Italia, dovrebbe essere curata e garantita dai Comuni, i quali, specie se piccoli e in condizioni finanziarie non ottimali, non sono in grado di rispondere prontamente alle esigenze dei cittadini.

- **Il livello di informatizzazione in alcune ASL è ancestrale** o addirittura inesistente, con conseguente impossibilità di rendicontare ed analizzare tempestivamente le attività svolte.

- **La valutazione multidimensionale viene eseguita attraverso strumenti inadeguati** e non in grado di restituire una quadro olistico e completo dell'assistito a domicilio. Si tratta di un momento essenziale nella programmazione dei servizi da erogare, dalla cui bontà dipenderanno delle cure efficaci o meno.

Per superare le limitazioni dell'attuale servizio di assistenza domiciliare le istituzioni, sia a livello centrale che a livello

locale, dovrebbero costruire dei tavoli di lavoro con l'intento di valutare le pratiche più virtuose presenti sul territorio ed elevarle a standard qualitativo al quale attenersi. La diffusione di strumenti di valutazione dell'assistito e degli esiti clinici omogenei tra le diverse ASL e l'adozione di un adeguato e moderno sistema di informatizzazione rappresentano infine i passaggi obbligatori per raggiungere standard ad oggi realtà in numerosi paesi europei.

Infine, per far fronte all'importante handicap di un'integrazione socio-sanitaria scadente, i distretti socio-sanitari dovrebbero lavorare sulla comunicazione tra istituzioni, scambio di informazioni in tempo reale ed adozione di strumenti di valutazione moderni e multidimensionali.

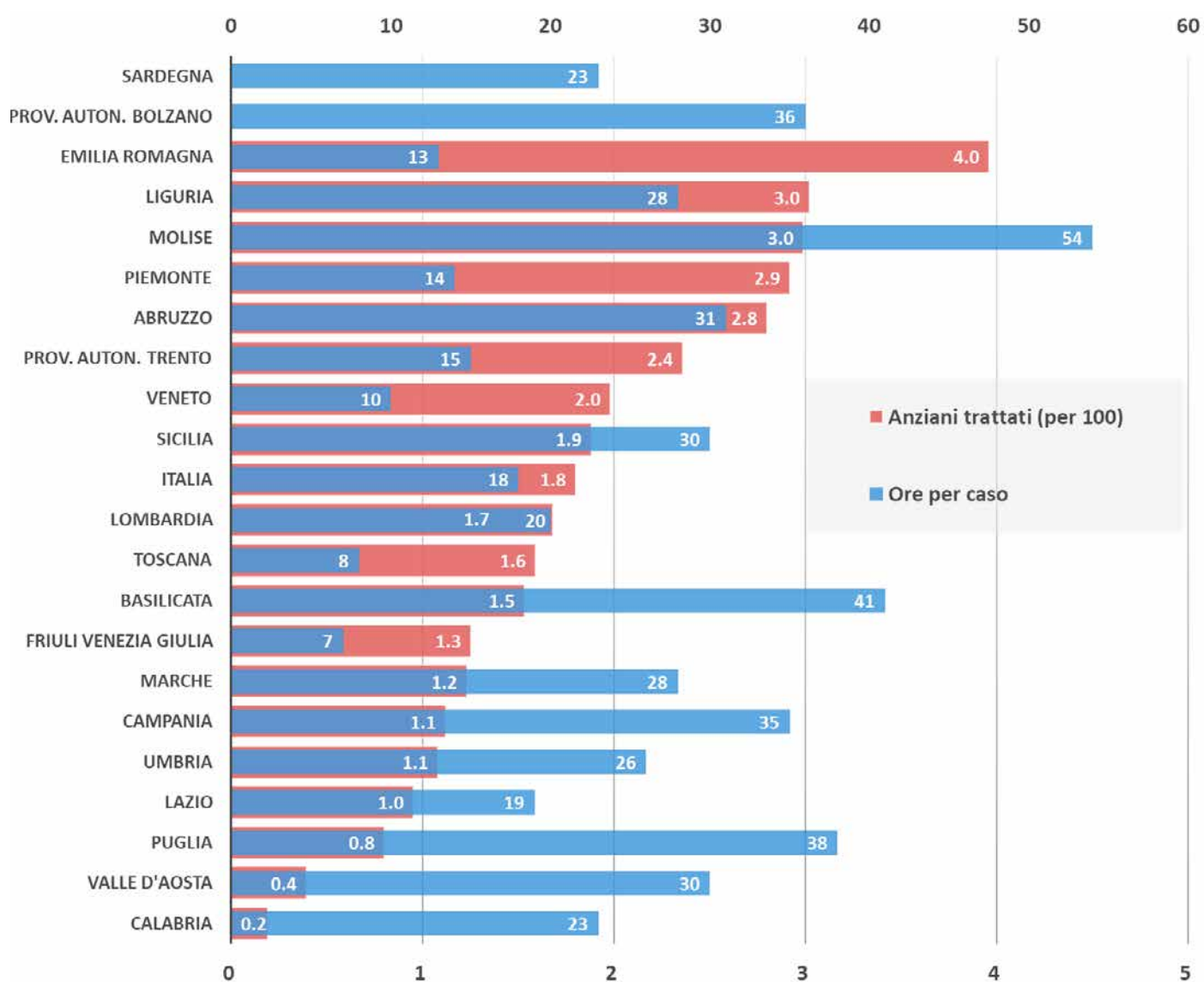
Un paese che come l'Italia nei prossimi anni si accinge ad affrontare "l'emergenza anziani" non può fare a meno di un sistema di cure domiciliari moderno e sostenibile.

Italia Longeva si pone come obiettivo quello di facilitare il processo di modernizzazione della long term care, fornendo evidenze ai decisori, promuovendo l'eccellenza e suggerendo soluzioni vincenti e sostenibili.

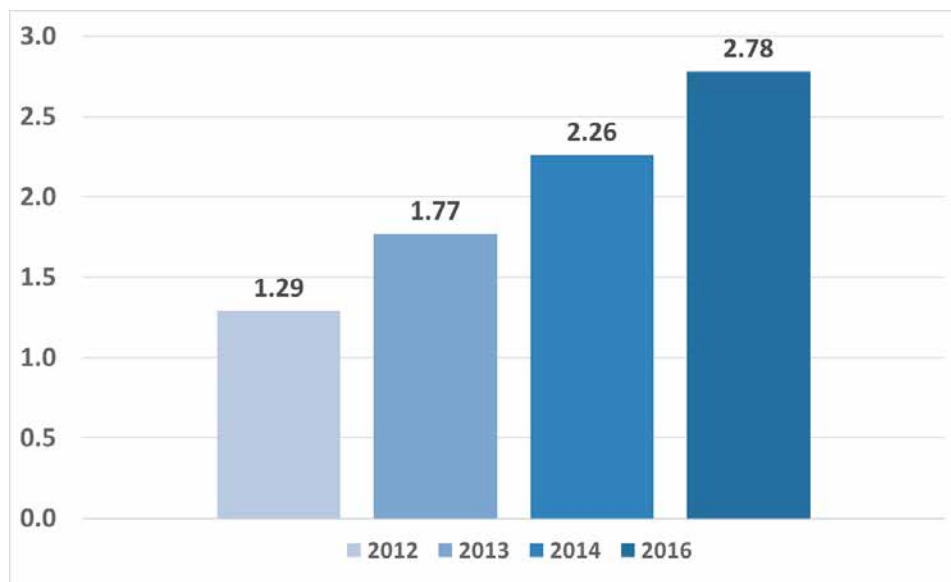
Attraverso l'edizione 2018 dell'indagine sull'ADI, Italia Longeva presenterà una descrizione più ravvicinata delle diverse realtà territoriali, scendendo nel dettaglio del protagonista più importante di questo processo: il cittadino.

Appuntamento al prossimo anno.

PERCENTUALE DI ANZIANI ASSISTITI IN ADI ED ORE DI ASSISTENZA EROGATE (DATI 2013)



PERCENTUALE DI ANZIANI ASSISTITI IN ADI



Il sostegno ai caregiver familiari

Ignazio Angioni,
Senatore

“**C**on la Legge di Bilancio 2018 si è avviato un percorso di primo riconoscimento normativo della figura del “caregiver familiare”, indirizzando così per la prima volta anche l’Italia verso una impostazione già prevista da numerosi Paesi Europei in materia di assistenza domiciliare di un disabile da parte di un familiare o di una persona comunque legata al primo da vincoli affettivi.

Chi è il caregiver? Perché è una figura indispensabile nell’assistenza ad una persona bisognosa di cure continue per disabilità o per malattie croniche in particolare legate all’età? Perché il caregiver merita un riconoscimento ed una tutela per la sua attività?

Innanzitutto bisogna superare un equivoco che ancora troppo spesso è presente: il caregiver non è un “badante”, non è cioè una persona pagata per prestare un’assistenza domestica che riguarda per esempio la pulizia

della casa, la preparazione del cibo, ecc. Il caregiver, invece, è la figura che quotidianamente segue il percorso terapeutico del proprio congiunto, lo assiste moralmente e fisicamente, è il suo tramite con la pubblica amministrazione, ne cura gli interessi da ogni punto di vista. Per svolgere questo delicato e faticosissimo impegno, in molti casi condotto anche per diversi decenni, il caregiver da soggetto che aiuta il disabile diventa spesso a sua volta un soggetto fragile, bisognoso anch’esso di assistenza da parte dello Stato. E’ ormai riconosciuto che diverse patologie psichiche o fisiche sono da ricondurre a questa attività di assistenza.

In Italia, come noto, la tutela sanitaria e sociale è pressoché esclusivamente in capo alle regioni, il che rende il nostro un sistema disomogeneo e profondamente ingiusto. Spesso, infatti, ciò che è previsto come diritto per il cittadino di un determinato territorio può non essere considerato degno di

tutela in un altro. Molte migliaia di cittadini del nostro Paese oggi sono costretti ad affrontare in solitudine il dramma della disabilità e per farlo hanno un unico modo: sacrificare la propria esistenza. Votarsi interamente all’assistenza di un disabile, significa interrompere le proprie relazioni sociali, abbandonare l’ambizione di una legittima carriera, spesso lasciare il proprio lavoro.

Negli ultimi anni il Senato della Repubblica ha cercato di intervenire con una nuova legge con il principale obiettivo di riconoscere il diritto del caregiver alla piena espressione della propria soggettività sia nella dimensione privata che sociale. Purtroppo la legislatura si è conclusa senza la nuova legge ma è comunque un passo importante il fatto che per la prima volta la Legge di Bilancio, recentemente approvata, ha previsto la costituzione di un Fondo per l’assistenza e la cura dei caregivers con una dotazione iniziale di 60 milioni di euro per il prossimo

triennio. Si tratta dell'inizio di un percorso che ha davanti a sé un lungo cammino da compiere per il riconoscimento di diritti che devono comportare, in prospettiva, una modifica sostanziale del nostro sistema di welfare.

Oggi, il nostro Paese, ha ancora una impostazione che delega, quasi esclusivamente, al privato ed in particolare alla famiglia, l'assistenza della persona disabile. Eppure la disabilità ha una evidente dimen-

sione sociale perché il prendersi cura di una persona significa anche alleggerire il carico statale e pubblico di assistenza che pure sarebbe obbligatorio davanti a qualunque situazione di bisogno del cittadino. Il caregiver è indispensabile per la persona bisognosa di cure ma è una figura fondamentale anche per l'intera collettività statale, anche sotto l'aspetto delle ripercussioni sul risparmio delle risorse pubbliche.

D'altra parte, il nostro welfare non potrebbe reggere se avesse in carico tutte le situazioni di bisogno, anche per il continuo invecchiamento della popolazione con una velocità mai avvenuta nei precedenti secoli.

Riconoscere quindi i diritti fondamentali del caregiver oltre essere una questione di giustizia sociale, è anche indispensabile per la costruzione di uno stato sociale più rispondente alle esigenze presenti e future dei cittadini.



Il progetto ACTIVAGE: ambienti di vita smart, Internet of Things e vita indipendente.

Stefano Nunziata e Teresa Gallelli,
Cup 2000

L'Europa ha la più alta percentuale di anziani nel mondo, l'aumento è dovuto in primo luogo ai cambiamenti relativi agli indicatori sanitari incluso il miglioramento dell'alimentazione e dell'igiene. Inoltre, le iniziative e le azioni di medicina preventiva e il miglioramento delle cure, hanno permesso a un sempre crescente numero di anziani di sopravvivere a condizioni di salute che prima erano fatali. Sfortunatamente tutto ciò, non ha comportato che tutte le persone anziane godano di buona salute e benessere. Per fare un esempio, la maggioranza delle persone, quelle che hanno più di 75 anni, riportano di avere una o più patologie croniche. Dal momento che l'età è legata a un maggiore utilizzo di cure e servizi sanitari, l'influenza dell'invecchiamento della popolazione sulla società sarà marcato e sostanziale. Di conseguenza, sono richieste nuove modalità con cui si erogano le cure sanitarie e l'implementazione di soluzioni innovative, che siano in primo luogo cost-effective, ossia siano delle soluzioni efficaci dal punto di vista dei costi e della sostenibilità.

Per anticipare e rispondere questa crescente domanda di cure sanitarie da parte degli anziani, i governi, a vario livello, europeo, nazionale e regionale, stanno proponendo azioni che promuovano il cosiddetto empowerment delle persone anziane al fine di consentire loro l'indipendenza, il più a lungo possibile, fornendo loro un adeguato supporto per poter continuare a vivere e invecchiare nelle proprie abita-

zioni. In questo modo il ricorso a soluzioni più costose, oltre che poco desiderate, come il trasferimento in residenze sanitarie e case di riposo o un maggiore accesso all'ospedale potrebbero essere evitate. Ecco che la smart home (la casa intelligente) è considerata come una potenziale soluzione per supportare l'invecchiamento nella propria abitazione.

Una smart home può essere definita come una residenza con un network di sensori, devices, elettrodomestici e funzionalità che possono essere monitorate, gestite e controllate a distanza e rispondere alle esigenze dei suoi abitanti. Diversi gruppi di utenti potrebbero beneficiare dalle tecnologie smart home, tra questi proprio gli anziani che vogliono continuare a vivere con una maggiore tranquillità nelle proprie abitazioni.

Al concetto di smart home, spesso si collega il concetto Internet of Things (IoT). Entrambe possono impattare sul nostro modo di vivere e anche di lavorare. Una loro maggiore diffusione negli anni recenti si è concretizzata grazie al fatto che internet è molto più diffuso ed è sempre più veloce; dal cavo si è passati al Wi-Fi, i costi per accedere sono divenuti più bassi e accessibili a un numero crescente di cittadini, il numero di smartphone utilizzati è alle stelle. Tutti questi elementi creano la "tempesta perfetta" per l'Internet of Things che connette qualsiasi dispositivo dotato di una qualche tecnologia di comunicazione (smartphone,

computer, elettrodomestici, rilevatori per l'ambiente interno ed esterno, illuminazione e riscaldamento, trasporti... e molti altri) con un altro, o anche, con molti altri. È sufficiente che una qualsiasi cosa (o parte di una cosa) abbia un interruttore di accensione/spengimento, per poter fare parte del mondo IoT, del mondo delle cose connesse (che include anche le persone). La relazione sarà quindi di tipo persona-persona, persona-cose, e cose-cose. Nel 2020 si stima che saranno oltre 50 migliaia di miliardi i dispositivi connessi. Una rete gigantesca.

Fin dai primi programmi di ricerca e innovazione, la Commissione Europea, ha promosso l'uso delle tecnologie per promuovere la vita indipendente. Infatti già nel programma Telematics Application, negli anni '90, si promuoveva l'uso delle tecnologie assistive, ci si focalizzava sui bisogni degli utenti e sui protocolli di comunicazione dei device utilizzati. L'attuale programma di ricerca e innovazione, Horizon 2020, sta promuovendo il concetto di "abitazione amica dell'anziano" (age-friendly housing) facendo riferimento a una serie di driver (letteralmente fattori che guidano) emersi da studi e analisi del contesto demografico, economico e sociale. Le persone infatti preferiscono stare a casa e vivere in modo indipendente, l'erogazione delle cure si sta gradualmente spostando dall'ospedale al territorio, le tecnologie abilitanti e interoperabili sono sempre più diffuse. Anni di ricerca e sviluppo hanno prodotto soluzioni più o meno

commercializzate che riguardano le case intelligenti basate su tecnologie IoT. I diversi driver e la disponibilità di soluzioni validate potranno così contribuire all'innovazione dei sistemi sanitari per affrontare le sfide sociali, rispondere ai bisogni emergenti ed essere sostenibili nel lungo periodo. L'obiettivo è quello di creare nuovi mercati e nello stesso tempo promuovere la crescita e la competitività. Vi è infatti un notevole potenziale di crescita in questo settore che crea le basi per l'emergere della cosiddetta Silver Economy. Dal momento che i costi socio sanitari raggiungeranno circa il 9% del PIL europeo nel 2050, grandi investimenti sono stati dedicati negli ultimi 10 anni a supportare lo sviluppo di soluzioni ICT, offrire aiuto nella vita quotidiana degli anziani e implementare una molteplicità di casi d'uso. Nello stesso tempo, numerosi sforzi sono stati fatti nelle attività di standardizzazione a vari livelli (es. protocolli di comunicazione, sicurezza, interfacce, etc.) e per diversi tipi di servizi e applicazioni (smart home, IoT, eHealth).

Il primo gennaio 2017, in risposta al bando per la presentazione di proposte per IoT (Internet of Things) Large scale pilot: smart living environment for ageing well¹, è nato così il progetto ACTIVAGE (Supporting Active and Healthy Ageing through IoT Technologies²). È un Large scale pilot, quindi grandi dimensioni da tutti i punti di vista: 49 partner, 7 paesi europei, 9 siti di sviluppo (deployment site) in Europa, 7.200 utenti coinvolti, 43.000 strumenti e

tecnologie riconducibili al concetto di Internet of Things.

Quando si parla di IoT, smart home o smart living environment per le persone anziane, le aspettative cominciano a crescere notevolmente. In particolare dalla tecnologia ci si aspetta che possa supportare la vita indipendente delle persone anziane. Tutto ciò pone un interrogativo: può la tecnologia smart home e IoT contribuire alla vita indipendente anche dal punto di vista delle persone anziane stesse?

È importante infatti conoscere il loro punto di vista sulle tecnologie. Prima di tutto bisognerebbe indagare quale sia la loro opinione sull'indipendenza e sul vivere nella propria casa, poi bisogna anche investigare fino a che punto le tecnologie possono supportare l'anziano a casa.

Le smart home consentono infatti di accedere ai servizi sanitari da parte dei pazienti con l'uso di device e sensori smart, a seconda delle esigenze.

ACTIVAGE intende creare il primo ecosistema aperto e interoperabile che riutilizzi piattaforme IoT, tecnologie e standard esistenti in 7 paesi. In questo modo sarà possibile proporre nuovi modelli di business per le soluzioni dedicate all'invecchiamento sano e attivo, basati su una valutazione di impatto dei costi e dei benefici ottenuti. Il progetto contribuirà a fornire soluzioni nell'ottica di sostenibilità dei sistemi sociali e sanitari.

La missione di ACTIVAGE è quella di “accendere” e catalizzare l'attenzione sulle decisioni strategiche, di diversi stakeholder, quali:

i responsabili delle politiche sociali e sanitarie affinché promuovano lo sviluppo e l'adozione di soluzioni innovative validate;

- i fornitori di servizi affinché introducano nuovi modelli di business per la sostenibilità di lungo periodo delle soluzioni proposte e la crescita del mercato raggiungendo segmenti più ampi di utilizzatori;
- i cittadini anziani e le loro famiglie con i quali co-creare servizi e prodotti condivisi, usabili e accettati al fine di rendere la loro vita migliore, più sicura e autonoma;
- l'industria tecnologica per la quale investire in prodotti ad alto valore aggiunto quali quelli rappresentati dal mondo IoT può rappresentare una leva per la loro competitività;
- le piccole e medie imprese e gli imprenditori che possono creare e proporre soluzioni e tecnologie innovative in un mercato in crescita con grandi attese.

Il coordinatore del progetto ACTIVAGE è Medtronic, leader

mondiale per le tecnologie mediche, i servizi e le soluzioni. ACTIVAGE implementerà nei diversi Paesi coinvolti, 9 diversi casi d'uso, rappresentando una opportunità unica per l'adozione da parte dei sistemi socio sanitari delle soluzioni che sono più rispondenti ai bisogni delle diverse realtà. I casi d'uso (come riportato nella figura 1) rispondono ai bisogni espressi dalla popolazione anziana e contribuiscono a risolvere le sfide poste dai cambiamenti demografici e dall'aumentata richiesta di cure.

ACTIVAGE USE CASES



Figura 1. Use cases del progetto ACTIVAGE

Il sito di sviluppo (deployment site) di ACTIVAGE in Italia si sta realizzando nella Regione Emilia Romagna, in particolare nella Provincia di Parma, con utenti coinvolti dall'Azienda USL di Parma, partner del progetto. Gli uten-

ti hanno prevalentemente più di 65 anni ed un livello di fragilità mediamente moderata, secondo la scala della fragilità clinica³⁻⁴ e, hanno avuto un ictus. CUP2000 ScPA5, società leader nella sanità elettronica, coordina il sito di sviluppo insieme ad altri partner fornitori di tecnologie come l'Università di Parma, il CNR di Pisa, IBM e Wind Tre. Il supporto sociale è garantito da un ulteriore partner che è la cooperativa sociale AURORA Domus. La multidisciplinarietà dei partner consentirà di coinvolgere un numero complessivo di circa 650 utenti che parteciperanno alla realizzazione del progetto attraverso la predisposizione di scenari reali e l'utilizzo di sistemi informativi usati nella sanità regionale (quali la rete SOLE e il fascicolo sanitario elettronico) e altri sistemi di analisi dai dati sviluppati in collaborazione con i partner tecnologici. 100 è il numero di pazienti che utilizzeranno nelle proprie abitazioni le soluzioni fornite da ACTIVAGE, il gruppo di controllo sarà rappresentato da un numero altrettanto numeroso.

I casi d'uso selezionati, in riferimento alla condizione patologica identificata (pazienti con ictus) si riferiscono principalmente a 3 principali situazioni: il monitoraggio del comportamento a casa, il supporto nelle attività quotidiane, l'assistenza all'attuazione del piano terapeutico e l'effettuazione di un'adeguata attività fisica. È importante infatti riconoscere e tracciare l'attività dell'utente a casa (sta troppo seduto, mangia poco, non esce dal bagno, dor-

me troppo o troppo poco...) e caratterizzare le sue abitudini nel tempo in modo da riuscire a prevenire situazioni di peggioramento delle condizioni di salute. Allo stesso tempo, alcuni strumenti possono supportare le relazioni sociali ed evitare l'esclusione e l'isolamento (un'agenda che ti propone eventi vicino casa, un dispositivo che controlla se hai preso la pastiglia per la pressione...). Anche l'esercizio fisico fa parte dell'attività di riabilitazione ed è fondamentale che venga realizzato secondo la prescrizione del fisioterapista (sensori potranno comunicare al terapista che l'attività fisica è svolta in modo adeguato o che la persona si muove in modo sufficiente).

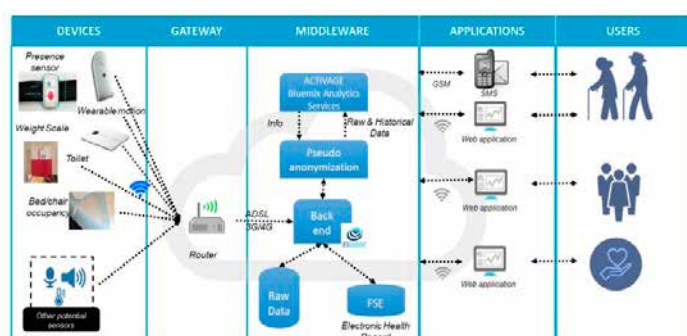


Figura 2.

Architettura del deployment site in Emilia Romagna

Il deployment site RER (Regione Emilia Romagna) implementa un'infrastruttura tecnologica "general purpose" che potrà essere utilizzata in futuro anche in casi d'uso diver-

si dall'attuale sperimentazione a Parma, con l'obiettivo di rendere l'infrastruttura esportabile in altri contesti.

La soluzione proposta è basata sull'infrastruttura realizzata nel progetto FISTAR6 e in altre sperimentazioni attuate dall'Università e dall'Azienda Ospedaliera di Parma e dal CNR di Pisa. Sono stati quindi selezionati (figura 3) i device da inserire nelle abitazioni ed è stata avviata l'operatività dei casi d'uso individuati. La selezione è avvenuta dopo una serie di incontri e focus group con i medici, gli operatori sociali e sanitari e il gruppo tecnologico.

I sensori di ACTIVAGE configurano così un network di device IoT connessi alla rete wifi. I dati rilevati sono inviati al middleware ospitato da CUP 2000 in un ambiente protetto quale il nodo regionale della rete SOLE7; la piattaforma cloud è arricchita dai moduli di analytics sviluppati e gestiti da IBM (Bluemix-Watson) che riceve i dati anonimizzati per la realizzazione di ulteriori analisi utili anche ai fini di una più efficace programmazione dei servizi socio-sanitari. Ogni utente, a seconda del proprio ruolo (paziente, medico, operatore, etc.) accede al sistema tramite interfacce web. Come in una qualunque infrastruttura tecnologica, le informazioni sensibili di tipo sanitario sono processate e inviate a diversi utenti, aumentando il rischio di violazione della privacy. L'ambiente smart, data la sua natura pervasiva, aumenta le criticità legate alla privacy e

richiede specifici requisiti per la progettazione e sviluppo di software. Per ovviare a questa criticità, in ACTIVAGE l'accesso ai dati è quindi protetto da procedure che rispettano le più recenti norme in tema di sicurezza e protezione dei dati personali.

ACTIVAGE, in Emilia Romagna, rappresenta un'opportunità per migliorare l'operatività delle Case della Salute soprattutto in relazione alla gestione delle patologie croniche. L'inserimento di soluzioni tecnologiche sperimentate e validate nei principali percorsi diagnostici che non necessitano di fare ricorso al ricovero in ospedale e al contrario ne riducono gli accessi contribuirà a migliorare gli outcome clinici ma anche a ottenere un risparmio di costi e di sostenibilità complessiva del sistema socio-sanitario.









| Use Case RER (Pazienti con Ictus) | ACTIVAGE Use Case | |
|--|---|-----------------------------------|
| Uso della toilette L'uso della toilette è un indicatore significativo per monitorare le condizioni di salute degli anziani. Un sensore installato nel bagno è utile per analizzarne le modalità di utilizzo. |  | Monitoraggio comportamento |
| Qualità del sonno I disturbi del sonno sono spesso associati a condizioni di salute precarie. Un sensore posto sotto il materasso può fornire indicazioni utili sulle modalità di occupazione del letto. |  | Monitoraggio comportamento |
| Mobilità Valutare l'attività fisica è rilevante per ottenere informazioni sullo stato di salute. Il livello di attività fisica è dedotto sia indirettamente, attraverso sensori ambientali, sia direttamente con dispositivi indossabili. |  | Monitoraggio comportamento |
| Monitoraggio terapia farmacologica L'aderenza alle terapie è di fondamentale importanza. L'utilizzo di un portapillole smart, dotato di un'app che comunica anche con il caregiver è la soluzione adottata in questo caso. |  | Supporto alle attività quotidiane |
| Monitoraggio del peso I cambiamenti del peso (lenti o improvvisi) forniscono indizi sulle condizioni di salute. In questo caso è stata proposta una bilancia collegata tramite wifi. |  | Supporto alle attività quotidiane |
| Notifica di situazioni sospette Basata su un primo livello di analisi dei dati prodotti dai sensori, la funzione analizza e combina i trend del comportamento e, nel caso di situazioni insolite, invia una segnalazione al caregiver. |  | Supporto alle attività quotidiane |
| Tele-visita I protocolli di riabilitazione richiedono controlli frequenti da parte di specialisti diversi. Per valutare l'evoluzione e rivedere le prescrizioni di fisioterapia, il servizio consente la visita da remoto mediante la video comunicazione. |  | Promozione esercizio fisico |
| Monitoraggio attività di socializzazione L'analisi dei dati prodotti dai sensori consente di dedurre dei trend che forniscono informazioni sulle attività sociali e sullo stato d'animo della persona assistita. |  | Prevenzione isolamento sociale |

Figura 3.

Use case e device nel deployment site in Emilia Romagna

- <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/horizon-2020-work-programme-2016-2017-internet-things-large-scale-pilots>
- <http://www.activageproject.eu/>
- www.geriatricresearch.medicine.dal.ca/pdf/Clinical%20Faily%20Scale.pdf
- 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
- <http://www.cup2000.it/>
- <https://www.fi-star.eu/fi-star.html>
- <https://www.progetto-sole.it/pubblica/>

City4Age – Elderly – Friendly city services for active and healthy ageing



City4Age - Elderly-friendly city services for active and healthy ageing è un progetto co-finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma Horizon 2020 (Grant Agreement number 689731) che si propone di rilevare e monitorare diverse tipologie di dati offerti dalle Smart Cities per individuare l'insorgenza di fragilità e lievi disturbi cognitivi nella popolazione anziana.

L'intento è di costruire città non più ostili dove gli anziani si sentono soli e abbandonati, ma centri urbani che - sfruttando le tecnologie dell'Internet of Things - li aiutino a muoversi in autonomia, prevenendo eventuali problemi di salute, accompagnandoli in caso di fragilità e difficoltà. Incrociando e analizzando informazioni provenienti dalle varie tecnologie che pervadono la vita urbana, quali dispositivi indossabili e mobili, smartphone, sensori in casa e nelle Smart Cities,

City4Age è in grado di rilevare cambiamenti nel comportamento della popolazione potenzialmente a rischio, interpretandoli come spia di un possibile decadimento. Una volta individuata la fragilità viene riconosciuta la necessità di un intervento, sempre attraverso le tecnologie dell'Internet of Things, che consiste nell'interazione con gli individui affinché adottino abitudini e stili di vita salutari atte a

posticipare il più possibile l'insorgere di disturbi legati alla cognizione e alla fragilità

La sperimentazione del progetto inizia a novembre 2016 con sei diversi gruppi pilota provenienti dalle città di Madrid, Atene, Montpellier, Singapore, Lecce e Birmingham.

Il Politecnico di Milano coordina il consorzio in collaborazione con la Fondazione Politecnico di Milano. City4Age coinvolge sedici partner da otto paesi: Universidad de la Iglesia de Deusto, GeoMobile GmbH, Comune di Lecce, Universidad Politécnica de Madrid, Consorcio Regional de Transportes de Madrid, DAEM S.A. (Municipality of Athens), Università di Pavia, Athens Technological Centre S.A., Centre National de la Recherche Scientifique – IPAL lab (City of Singapore), City of Montpellier, Belit d.o.o., Università del Salento, MultiMed Engineers S.r.l., University College London – Centre for Behaviour Change, Birmingham City Council, and Future Cities Lab Ltd.

Il progetto avrà una durata di 30 mesi, da dicembre 2015 a giugno 2018.

Maggiori informazioni al sito www.city4ageproject.eu.

LE RUBRICHE/1

a cura di **Fabio Piccolino**



GOVERNO E ISTITUZIONI ►

CRESCERE LA SPERANZA DI VITA. MA GLI OVER 75 VIVONO PEGGIO DEI COETANEI EUROPEI

Cresce di un anno la speranza di vita in Italia, 65 anni sia per gli uomini che per le donne; sopra i 75 però le condizioni degli anziani sono peggiori rispetto ai coetanei europei. I dati arrivano dall'ultimo Rapporto sulla salute dell'Istat, secondo cui per gli over 75 sono più frequenti le malattie croniche gravi (un anziano su due). Le malattie croniche gravi colpiscono meno le donne, che però accusano maggiormente multicronicità e limitazioni motorie o sensoriali.

UN ITALIANO SU TRE A RISCHIO POVERTÀ O ESCLUSIONE SOCIALE

Secondo il Rapporto Istat "Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie - anno 2016", il 30% delle persone residenti in Italia è a rischio di povertà o di esclusione sociale, con un peggioramento di circa un punto e mezzo percentuale rispetto alla precedente rilevazione.

L'area territoriale più esposta rimane il Mezzogiorno, dove il rischio di povertà o esclusione sociale è del 46,9%; il rischio è minore, sebbene in aumento, nel Nord-ovest (21,0% da 18,5%) e nel Nord-est (17,1% da 15,9%). Nel Centro un quarto della popolazione (25,1%) permane in tale condizione.

Allo stesso tempo i ricchi sono sempre più ricchi: si stima infatti che il rapporto tra il reddito equivalente totale del 20% più ricco e quello del 20% più povero sia aumentato da 5,8 a 6,3.

ISTITUITO IL FONDO PER I CAREGIVER

La commissione Bilancio del Senato ha approvato l'emendamento alla manovra che istituisce un fondo per le persone che si prendono cura dei familiari non autosufficienti, i cosiddetti caregiver. 60 milioni di euro per tre anni, a partire dal 2018, per un finanziamento complessivo di 20 milioni l'anno.

IL PIANO PER LA NON-AUTOSUFFICIENZA È PREVISTO PER LEGGE

L'Associazione Comitato 16 Novembre ha commentato positivamente il Decreto Legislativo sul contrasto alla povertà, che fissa appunto l'elaborazione di un Piano Nazionale per la Non Autosufficienza: «Finalmente la definizione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza è prevista per legge e in questo modo il nuovo Governo non potrà, per nessuna ragione, tergiversare e dovrà procedere con la redazione del Piano stesso, uniformando il trattamento dei gravissimi non autosufficienti di tutta Italia, senza le disparità che oggi esistono, a seconda della Regione in cui si risiede. Per noi, che ci battiamo da anni affinché venga realizzato un Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, questa è una conquista importante. Finalmente, infatti, la definizione del Piano è prevista per legge e in questo modo il nuovo Governo non potrà, per nessuna ragione, tergiversare e si dovrà procedere con la redazione del Piano stesso, uniformando il trattamento dei gravissimi non autosufficienti di

tutta Italia, senza le evidenti e inaccettabili disparità che oggi esistono, a seconda della Regione in cui si risiede».

PERIFERIE, ANCI CHIEDE UNA STRATEGIA NAZIONALE

L'Anci, associazione nazionale dei comuni italiani, propone di puntare su un'Agenda Urbana Nazionale che metta a sistema tutti i finanziamenti a disposizione (statali, europei, ecc) secondo una strategia nazionale per il recupero e il rammendo delle periferie che non sia basata soltanto sul sistema dei bandi. Secondo il presidente Antonio Decaro, il Bando Periferie 2016, grazie ai 2 miliardi di finanziamento da parte del Governo, "consentirà la realizzazione di centinaia di progetti nelle città italiane che permetteranno la ricucitura degli spazi urbani e la creazione di nuovi spazi come aree pedonali, giardini, parchi e playground all'aperto".

ANCHE LA BASILICATA DICE SÌ ALLA PROPOSTA DI LEGGE SU INVECCHIAMENTO ATTIVO

La Basilicata è la sesta regione italiana a dotarsi di un provvedimento per favorire l'invecchiamento attivo. Il consiglio regionale ha votato infatti all'unanimità la proposta di legge riguardante la "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni".

La legge valorizza le esperienze formative, cognitive, professionali e umane maturate dalla persona anziana nel corso della vita, promuove e valorizza l'invecchiamento attivo so-

stenendo politiche integrate a favore degli anziani e contrasta i fenomeni di esclusione e di discriminazione promuovendo azioni che garantiscano un invecchiamento sano e dignitoso e rimuovano gli ostacoli a una piena inclusione sociale.

REDDITO DI INCLUSIONE, COME PRESENTARE LE DOMANDE

Il reddito di inclusione (ReI) è rivolto a quei nuclei familiari, nei quali siano presenti minorenni, oppure persone disabili e almeno un suo genitore ovvero un suo tutore; donne in gravidanza; o ancora almeno un lavoratore di età pari o superiore a 55 anni, che si trovi in stato di disoccupazione per licenziamento, anche collettivo, dimissioni per giusta causa o risoluzione consensuale intervenuta nell'ambito della procedura di cui all'articolo 7 della legge 15 luglio 1966, n. 604, ed abbia cessato, da almeno tre mesi, di beneficiare dell'intera prestazione per la disoccupazione, ovvero, nel caso in cui non abbia diritto di conseguire alcuna prestazione di disoccupazione per mancanza dei necessari requisiti, si trovi in stato di disoccupazione da almeno tre mesi.

I punti di accesso individuati dai Comuni, presso cui si possono presentare le richieste del Reddito di Inclusione, hanno tempo 15 giorni lavorativi per girare all'Inps le domande pervenute, a partire dalla data di presentazione; entro questo stesso periodo di tempo, dovranno verificare che ciascun richiedente risulti residente o in possesso di titolo di soggiorno. L'Istituto previdenziale, a sua volta, entro

cinque giorni verifica la sussistenza dei requisiti familiari ed economici previsti dal D.lgs 147/17, per il riconoscimento della reddito di inclusione in favore delle famiglie più povere. di inclusione (Rei).

PRESTAZIONI FAMILIARI ALLE UNIONI CIVILI

Alle coppie omosessuali che abbiano contratto una Unione civile spettano gli assegni familiari, quelli al nucleo familiare e il congedo matrimoniale, al pari di quanto previsto per i coniugi. È quanto precisa l'Inps nella circolare n. 84 del 5 maggio scorso, con la quale l'Istituto fornisce i chiarimenti necessari alla luce delle novità introdotte dalla legge n. 76 del 2016 sulle Unioni civili.

Analizzando alcune situazioni tipo, l'Istituto precisa che nei casi in cui in una Unione Civile, solo un componente risulti essere lavoratore dipendente o titolare di prestazione previdenziale, al pari del diritto riconosciuto nell'ambito del matrimonio, devono essere riconosciute le prestazioni familiari per la parte dell'unione civile priva di posizione tutelata.

L'Anci, associazione nazionale dei comuni italiani, propone di puntare su un'Agenda Urbana Nazionale che metta a sistema tutti i finanziamenti a disposizione (statali, europei, ecc) secondo una strategia nazionale per il recupero e il rammendo delle periferie che non sia basata soltanto sul sistema dei bandi.

LE RUBRICHE/2

a cura di **Fabio Piccolino**



ORGANIZZAZIONI SOCIALI ►

CGIL: “IL REDDITO DI INCLUSIONE NON BASTA”

“Un primo atto concreto nella costruzione di una strategia nazionale di contrasto alla povertà, ma ancora insufficiente”. Così la Cgil nazionale commenta l’approvazione da parte del Consiglio dei ministri del Reddito di inclusione (Rei), e aggiunge: “con le risorse sin qui stanziare, il decreto limita l’intervento ad una platea ristretta, meno di un terzo delle persone in povertà assoluta”.

Per la confederazione serve quindi “adeguare progressivamente il finanziamento, già con le prossime manovre finanziarie, per rendere il Reddito di inclusione una misura effettivamente universale che copra l’intera platea delle persone aventi diritto, senza alcuna discriminazione”. “Inoltre - prosegue la Cgil - bisogna fare in modo che il Rei non si riduca a mero trasferimento monetario, ma sia effettivamente accompagnato da un progetto personalizzato per le persone e i nuclei familiari con un percorso di reinserimento socio-lavorativo a cura dei servizi del welfare locale. Solo così si potrà realmente favorire l’uscita dalla condizione di povertà”.

CGIL, POLITICHE STRUTTURALI PER AFFRONTARE L’EMERGENZA ABITATIVA

“I temi della casa e del welfare abitativo devono essere al centro dell’impegno di Governo, Parlamento ed Enti locali. Manca una vera politica abitativa”. È quanto dichiara la segretaria confederale della Cgil Gianna Fracassi.

Per la dirigente sindacale “servono misure strutturali che riducano povertà, disuguaglianze sociali, disoccupazione, precarizzazione del mercato del lavoro, altrimenti andremo incontro ad una situazione sociale potenzialmente esplosiva. Riteniamo sia urgente un ‘Piano per l’emergenza’ che abbia come presupposto un reale monitoraggio del disagio abitativo nelle varie realtà territoriali e che preveda un sostegno al reddito delle famiglie, attraverso un fondo per l’affitto e per le morosità, con dotazioni adeguate, e l’ampliamento dell’offerta abitativa in affitto di edilizia residenziale sia pubblica che sociale, con canoni commisurati ai redditi delle famiglie”. Secondo la segretaria confederale “è necessario un programma pluriennale di investimenti per nuovi alloggi di edilizia pubblica, a partire dal pieno utilizzo dei fondi ancora giacenti e, come già da noi proposto, un piano pluriennale di edilizia sociale per rispondere ai bisogni della cosiddetta ‘fascia grigia’ della popolazione, attraverso risorse derivanti dall’accantonamento di una quota percentuale degli stanziamenti destinati alle ‘grandi opere’”.

“ASCENSORE È LIBERTÀ”; LA CAMPAGNA DI AUSER EMILIA ROMAGNA

“Ascensore è libertà”: è questo il titolo della campagna promossa dalle 12 Auser territoriali dell’Emilia Romagna. La campagna riguarda la consistente carenza, in regione, come nel resto d’Italia, di ascensori negli edifici con più di tre piani. “Ma consentire alle persone di uscire dalla propria

casa – afferma Fausto Viviani presidente di Auser Emilia Romagna - è un diritto da far rispettare”.

La campagna prende avvio da un Manifesto che fissa le motivazioni di questo nuovo impegno di Auser e le azioni che si vogliono intraprendere nei prossimi mesi.

Dai dati in possesso risulta che in Emilia Romagna, ma i numeri sono simili a livello nazionale, nel 69% dei casi gli edifici con quattro piani e oltre, non sono dotati di un ascensore, in termini assoluti 60.465 edifici. La legge n.13 del 1989 obbliga la dotazione di ascensori nei nuovi edifici con più di tre piani, ma tutti quelli che sono stati costruiti prima naturalmente non hanno questo obbligo.

PRIVATE, COSTOSE E POCO TRASPARENTI. FOTOGRAFIA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

Per lo più private, molto costose e mediamente poco trasparenti: sono le strutture residenziali per anziani fotografate dall'osservatorio nazionale presentato alla Camera dei deputati dallo Spi-Cgil, il sindacato dei pensionati.

Risultato: nove residenze per anziani ispezionate; tre attività risultate in esercizio in assenza di autorizzazione al funzionamento; nove persone segnalate all'autorità amministrativa e sanitaria; cinque persone segnalate all'autorità giudiziaria; circa 200 kg di alimenti di origine animale e vegetale sottoposti a blocco sanitario. Ennesima prova di un deficit di controllo da parte di regioni, comuni e Asl e della

scoperta delle irregolarità di carattere penale o amministrativo possibili solo con l'intervento delle forze dell'ordine.

IL SESTO RAPOPORTO SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

Domiciliarità, cure intermedie, residenzialità: sono alcuni dei temi trattati nel sesto Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia curato dal prof. Cristiano Gori e da Network Non Autosufficienza, promosso dalla Fondazione Cenci Galligani, e presentato nel corso della IX edizione del Forum sulla Non Autosufficienza (e dell'autonomia possibile).

Si tratta dei principali dati utili per mettere a fuoco il quadro d'insieme del settore nel nostro Paese, i suoi punti di forza e le sue criticità

ANZIANI E CASA DI ABITAZIONE, STUDIO DELLA FONDAZIONE CARIPLO

Anziani con abitazioni di valore e reddito basso. È questa una nuova contraddizione che si sta palesando nell'arcipelago della «disuguaglianza italiana»: sono circa 1,3 milioni i nuclei di anziani che dispongono di un reddito inferiore a 20 mila euro l'anno e però possiedono una casa che ne vale almeno 200 mila. Ancora più alta è la percentuale di anziani (21%) che abitano in casa di proprietà e hanno una capacità di risparmio basso o nullo. L'argomento è stato approfondito dal professor Luca Beltrametti che ha

preparato un apposito studio («House rich, cash poor») per la Fondazione Cariplo con l'obiettivo di favorire una riflessione sulla ricchezza immobiliare (statica) degli anziani e su come possa essere messa in circolo. Sia per sostenere il reddito e le spese sanitarie dei legittimi proprietari sia per favorire figli e nipoti al tempo giusto e non solamente dopo, ovvero sotto forma di eredità a seguito della scomparsa di genitori e progenitori.

ACCORDO SINDACATI INQUILINI-PIO ALBERGO TRIVULZIO SUL RINNOVO DEI CONTRATTI DI LOCAZIONE NEGLI STABILI DI PROPRIETÀ DELL'ENTE

È stato firmato un protocollo di intesa tra l'ASP Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio ed i sindacati inquilini (Sunia, Sictet, Unione Inquilini e Conia), per il rinnovo di circa 320 contratti di locazione di inquilini che abitano negli stabili dell'Ente. 'Questo accordo – spiegano i sindacati – pur prevedendo in molti casi aumenti sui canoni attualmente in essere, permette di mantenere un canone sopportabile e molto inferiore ai valori di mercato per la gran parte degli inquilini; rende più razionale ed equo il regime dei canoni; contempera le esigenze di redditività dell'Ente con quella di salvaguardare un inquilinato a reddito medio basso, nella maggior parte dei casi entrato nelle case a seguito di sfratto per finita locazione da case private.

L' accordo prevede l'applicazione del contratto a canale concordato per gli inquilini con ISEE inferiore a 25.000 euro mentre, per chi supera tale soglia, verrà applicato un canone di mercato calcolato al minimo dei valori dei borsini immobiliari. Prevede, inoltre, il mantenimento di una clausola sociale, che salverà i redditi sotto i 15.000 euro netti, aumentati di 5.000 euro per ogni persona sopra il primo componente. Per gli stabili più popolari, invece, il canone è stato fissato al minimo della fascia prevista dall'Accordo Locale per la Città di Milano per il canale concordato

Si è stabilito, inoltre, che anche gli inquilini che hanno un contratto in scadenza a "canale libero" con ISEE inferiore ai 25.000 euro, possano rinnovare i contratti a canale concordato. 'In questa maniera – concludono i sindacati – si compie una importante operazione di equità di trattamento, con una riduzione dell'attuale canone, e di razionalizzazione in un patrimonio nel quale negli anni si era verificata una continua sottrazione di alloggi dal "canale concordato" ed erano cresciute le disparità di trattamento tra inquilini nelle medesime condizioni socio-economiche.

LE RUBRICHE/3

a cura di **Fabio Piccolino**



OSSERVATORIO INTERNAZIONALE ►

LA CONDIZIONE ABITATIVA IN EUROPA E IN ITALIA

Housing Europe ha pubblicato il nuovo rapporto The State of Housing in the EU, che analizza la condizione abitativa in Europa. Dai dati, emerge che il settore abitativo è in ripresa che però sta determinando un contemporaneo aumento delle disuguaglianze: i prezzi delle abitazioni nella maggior parte dei Paesi infatti stanno crescendo più velocemente di quanto stiano crescendo i redditi. Sono in aumento i senza tetto, cresciuti del 50% in Francia

dal 2001 al 2012 e dal cambiamento delle loro caratteristiche – con un sensibile aumento dei giovani e delle famiglie con bambini. Inoltre, il numero di persone in attesa per alloggi pubblici è cresciuto ovunque. Ad esempio solo in Irlanda è duplicato dal 2008 al 2010, salendo oltre le 96mila persone. Nonostante i prezzi delle abitazioni siano complessivamente tornati a salire, il settore edilizio non è ancora ripartito del tutto, così in alcuni territori, e soprattutto in alcuni centri urbani ad alta densità abitativa, l'offerta di alloggi rimane scarsa. In Italia si riscontra ancora una forte prevalenza di persone che vivono in un alloggio di proprietà (71,9%) rispetto all'affitto (14,8%) in affitto e mentre il 9.6% vive in un alloggio in cui non paga affitto. Solo il 3,7% abita in un alloggio a canone ridotto, di cui il 75% in un alloggio ERP. Sono 7 milioni invece le abitazioni vuote o seconde case. Attualmente sono 1,7 milioni le famiglie a rischio di povertà abitativa, e sono in aumento le richieste di alloggi a canone ridotto, ma le liste di attesa municipali contano circa 650 mila persone.

Nonostante i prezzi delle abitazioni siano complessivamente tornati a salire, il settore edilizio non è ancora ripartito del tutto, così in alcuni territori, e soprattutto in alcuni centri urbani ad alta densità abitativa, l'offerta di alloggi rimane scarsa.

EUROPEAN DEMENTIA MONITOR, UNA RISPOSTA ALLE ESIGENZE DELLA DEMENZA

Lo "European Dementia Monitor" è uno strumento per misurare quanto uno Stato sia in grado di rispondere alle urgenze e alle esigenze imposte dalla demenza, che colpisce nel mondo 50 milioni di persone. Si tratta di un'indagine promossa da Alzheimer Europe - l'organizzazione che riunisce 39 Associazioni Alzheimer in Europa ed è stata

presentata al Parlamento Europeo.

Il Monitor basa la sua classificazione su un punteggio attribuito a 10 specifiche categorie, applicate in ognuno dei 36 Paesi considerati, relative alla disponibilità e all'accessibilità dei servizi di assistenza, al rimborso dei medicinali, agli studi clinici e alla ricerca, al riconoscimento della demenza come priorità, allo sviluppo di iniziative di inclusione sociale, al riconoscimento dei diritti delle persone con demenza e dei loro familiari. Ogni categoria contribuisce con un 10% al risultato totale.

L'Italia si posiziona a metà della classifica con un punteggio complessivo del 52,9%. In testa: Finlandia (75,2%), Inghilterra (72,4%), Paesi Bassi (71,2%), Germania (69,4%), Scozia (68,8%). Il nostro paese ottiene il primato nella categoria del "coinvolgimento nelle iniziative europee di ricerca sulla demenza", ma è però molto carente sul fronte della disponibilità dei servizi di assistenza (23esimo posto su 36) e ancora più nella loro accessibilità (30esimo posto). A ciò si aggiunge un basso riconoscimento della demenza come priorità di salute pubblica (26esimo posto).

POVERTÀ, ITALIA E EUROPA LONTANE DAGLI OBIETTIVI 2020.

Secondo il Rapporto 2017 su povertà giovanili ed esclusione sociale in Italia "Futuro Anteriore", realizzato da Caritas italiana, Italia ed Europa sono molto lontane dall'obiettivo di ridurre in modo drastico la povertà entro il 2020. A

soffrire di più di questa situazione sono i giovani, penalizzati dalla povertà economica e dall'esclusione sociale. I dati Eurostat riportati nello studio parlano di un'Europa ancora lontana dagli obiettivi di riduzione della povertà previsti dalla Strategia Europa 2020. L'obiettivo europeo era quello di ridurre di 20 milioni il numero di persone a rischio o in situazione di povertà ed esclusione sociale, mentre per l'Italia era di 2 milioni e duecentomila poveri in meno. Gli ultimi dati (relativi al 2015), però, ci dicono che "sono poco più di 117 milioni di europei a rischio di povertà ed esclusione sociale, mentre in Italia - aggiunge lo studio -, il numero totale di persone nello stesso tipo di condizione è pari a 17 milioni 469 mila persone. Sia in Europa che in Italia l'obiettivo è ancora lontano". In Italia, intanto, anche nel 2016 si registra un lieve incremento dell'incidenza della povertà: in uno stato di grave povertà vivono 4 milioni 742 mila persone. Un dato che se confrontato con quello di dieci anni fa, in termini percentuali, fa registrare un incremento del 165,2 per cento del numero dei poveri. Quattro le categorie più svantaggiate: i giovani (fino ai 34 anni); i disoccupati o i nuclei il cui capofamiglia svolge un lavoro da "operaio e assimilato"; le famiglie con figli minori e i nuclei di stranieri e misti.

SENZA UNA COMUNITÀ I CITTADINI SI SENTONO PIÙ INSICURI

Un gruppo di ricercatori italiani dell'Università Bicocca ed

europei ha condotto uno studio in due quartieri di cinque città: Milano, Londra, Parigi, Budapest, Barcellona, da cui emerge che ciò che ci rende insicuri, ciò che ci fa sentire in pericolo, è la trasformazione che sta avvenendo nei quartieri, nelle nostre strade. Non ci sentiamo più parte di una comunità. “Il materiale empirico raccolto nel corso della ricerca - scrivono gli studiosi -, ha messo ben in luce come nei quartieri delle città oggetto d’analisi i migranti, e tutti i soggetti che vivono ai margini della società (senza dimora, tossicodipendenti ecc.) rappresentino il peggiore incubo dei cittadini residenti, perché esprimono la precarietà e la fragilità della condizione umana. In un certo senso rappresentano l’essere ‘superflui’, quello che ognuno di noi, a causa della pressione di questo sempre più precario equilibrio economico, potremmo diventare e che vorremmo velocemente dimenticare. I migranti sono diventati per innumerevoli motivi i principali portatori delle differenze di cui abbiamo paura e contro cui tracciamo confini”. Non ci sentiamo più sicuri, perché non ci sentiamo più “a casa”. Usciamo dal nostro appartamento e il quartiere nel quale magari viviamo da decenni non lo riconosciamo più. E così tutto ciò che è diverso e sconosciuto, lo percepiamo come un pericolo. Rompe l’equilibrio che avevamo raggiunto nel corso degli anni. Di fronte ad una paura non legata a episodi criminali specifici, la reazione è quella di crearsi comunque un nemico. “Può sembrare paradossale, ma l’esplosione del conflitto sembra rispondere al bisogno di ripristinare una forma di

controllo su un ambiente urbano sempre meno familiare. Tali conflitti, peraltro, sempre più di frequente si declinano in termini securitari e vedono coloro che continuano a detenere una posizione di relativo vantaggio (in genere, i residenti di lunga data nel quartiere) evocare l’intervento repressivo della mano pubblica per ripristinare un ordine sociale che non può scaturire da processi sociali endogeni e informali”. Si ha bisogno di un capro espiatorio. “L’ansia collettiva, in attesa di trovare una minaccia tangibile contro cui manifestarsi, si mobilita contro un nemico qualunque e, spesso, lo straniero viene identificato tout-court con il criminale che insidia l’incolumità personale dei cittadini e i politici tendono a sfruttare questo disagio a fini elettorali”

FRANCIA, CON IL PROGETTO “VELLEIR SUR MES PARENTS” I POSTINI DIVENTANO BADANTI

Si può scegliere tra una, due, quattro o sei visite alla settimana: si parte da 19,90 euro e si può arrivare a una spesa massima di 139,90 euro al mese, con un credito d’imposta del 50%. È il nuovo servizio della Posta francese «Veiller sur mes parents», occuparsi dei miei genitori, che con un colpo di bacchetta trasforma i postini in assistenti familiari. Il programma, al quale a fine agosto avevano aderito 2.000 anziani, dopo una fase di sperimentazione è ora operativo su scala nazionale: ben 40mila portalettere su un totale di 73mila in servizio hanno seguito un corso di formazione online curato dal “Gérontopole des Pays de la Loire”. La



Posta ha diffuso alcuni spot, in cui si vedono giovali portalettere sorvegliare il caffè accanto ad anziani sorridenti o conversare con loro. Ma in realtà – e questo è un punto assai criticato dai sindacati dei postini francesi – le visite a domicilio secondo il regolamento devono durare 6 minuti, sono svolte nel normale orario di lavoro e non comportano un supplemento di paga... I postini-badanti poi, attraverso una app sul telefonino, fanno un resoconto ai figli su stato di salute e necessità. La visita a domicilio dei postini, pur essendo la parte più «mediatica» e pubblicizzata del progetto, ne è solo una parte: nel costo di «Veiller sur mes parents» c'è la fornitura dell'apparecchiatura per la teleassistenza 24 ore su 24, gestita da Europ Téléassistance, che comprende anche un servizio di pronto intervento per piccole riparazioni in casa.

LE RUBRICHE/4

a cura di **Fabio Piccolino**

OSSERVATORIO INNOVAZIONE ►

SMART AGEING PRIZE: TECNOLOGIE INNOVATIVE PER SUPPORTARE GLI ANZIANI

“Prodotti e servizi che utilizzano tecnologie digitali innovative per supportare le persone anziane a partecipare pienamente alla vita sociale”. Questo il principale obiettivo di Smart Ageing Prize, competizione promossa dal programma europeo AAL (Active and Assisted Living), in collaborazione con il Challenge Prize Center di Nesta, che mira a identificare le soluzioni più promettenti in Europa utilizzando le ICT (Information communication technology) per l'invecchiamento attivo e in salute.

L'invecchiamento della popolazione sta aumentando a un ritmo senza precedenti. Entro il 2060 un europeo su tre avrà più di 65 anni. Sono quindi necessari approcci tecnologici innovativi che soddisfino le esigenze e le aspirazioni degli anziani, consentendo loro di continuare a condurre una vita indipendente e svolgere un ruolo attivo nella società, sia che si tratti di casa, lavoro, istruzione o della propria comunità.

Il programma prevede il finanziamento di progetti transnazionali che coinvolgano piccole e medie imprese, organismi di ricerca e appunto gli anziani. Le prove della ricerca globale suggeriscono che sostenere le persone anziane a partecipare pienamente alla vita sociale li aiuterà a rimanere attivi e in buona salute più a lungo nella vita futura. Allo stesso tempo, ridurre l'isolamento sociale richiede impegni significativi ed esperienze sociali. Una proposta di valore

chiave dell'ICT è la sua capacità di connettere persone e comunità. Le tecnologie digitali possono quindi agire da mediatore per stimolare esperienze sociali che migliorano il benessere. Ecco perché l'innovazione digitale per soddisfare le esigenze e i desideri degli anziani è al centro di questa sfida.

I vincitori riceveranno un premio di € 50.000 (il primo premio di 35.000 euro, il secondo premio di 10.000 euro e un premio scelto dei giudici di 5.000 euro). La scadenza per la presentazione delle idee è venerdì 30 marzo 2018. Questo secondo premio Smart Age è alla ricerca di prodotti e servizi innovativi e stimolanti che utilizzano tecnologie digitali che facilitano le interazioni nel mondo reale per coinvolgere le persone anziane in attività sociali e stimolanti, promuovendo l'invecchiamento attivo e connesso. La scadenza prevista è per venerdì 30 marzo 2018.

ROBOTICA AL SERVIZIO DELLA DISABILITÀ: LE PROPOSTE DELLA MAKER FAIRE

Sono tante le soluzioni realizzate da start up, studenti ed istituti di ricerca dedicate alla disabilità, presentate durante la V edizione della Maker Faire Rome, la mostra dell'Innovazione digitale che si è svolta presso la Fiera di Roma. Robotica indossabile, esoscheletri riabilitativi, carrozzine Smart per l'inclusione ed invenzioni capaci di rendere il turismo e lo sport accessibili.

Fra le soluzioni proposte nel campo della robotica, quelle

del SIRS Lab dell'Università di Siena. Come il Sesto Dito Robotico, dispositivo in grado di aiutare persone colpite da ictus a compensare la funzionalità delle mani. "Per chi non può muovere un arto, afferrare una bottiglia diventa un problema. Il congegno crea una presa ibrida fra il braccio e un dito robotico, consentendo di svolgere tutti i task manuali", spiega Domenico Prattichizzo, docente di Robotica dell'Università di Siena, che ha presentato anche il progetto di comunicazione per ciechi Wearhap, per riprodurre sensazioni tattili nello spazio e nel tempo. "Grazie a delle interfacce aptiche da indossare sulle dita, sarà possibile aggiungere alla comunicazione audio Skype quella tattile, consentendo, ad esempio, di stringere la mano al proprio interlocutore a distanza o di registrare la sensazione di una carezza fatta al proprio figlio e percepirla in futuro per riviverla". Integrate con ambienti virtuali altamente immersivi, inoltre, possono essere applicati anche nelle simulazioni chirurgiche.

Proposti, invece, dall'Istituto di Biorobotica della Scuola Sant'Anna, esoscheletri a più gradi di libertà, studiati per assistere o accrescere i movimenti di persone con disabilità motorie. "Strumenti che restituiscono mobilità anche ad anziani affetti da sarcopenia", ribadisce Nicola Vitiello, professore presso la Scuola Superiore Sant'Anna (SSSA) di Pisa. "Le patologie legate al cammino e alla funzionalità degli arti superiori sono tra le più devastanti nella popolazione degli anziani. Abbassano il tenore di vita, aumentandone la mortalità".

QUANDO LA ROBOTICA AIUTA LA MEDICINA

La chirurgia assistita da robot ha da sola, secondo le stime di Accenture, un valore di 40 miliardi di dollari da qui al 2026, ma le applicazioni dell'intelligenza artificiale (IA) non si fermano qui e sono destinate a popolare tutto il settore della salute. Dall'assistenza al paziente (20 miliardi di dollari di valore) al monitoraggio dei flussi di lavoro, la rivelazione delle frodi e il miglioramento delle cure attraverso il monitoraggio in continuo, la riduzione dei dosaggi e diagnosi sempre più precoci e low-cost perché automatizzate. Le innovazioni più radicali arrivano da startup come Butterfly Network, l'azienda creata da Jonathan Rotherberg che ha presentato iQ, un sistema a ultrasuoni low cost (meno di 2mila dollari) e già approvato dalla Fda americana che si aggancia a uno smartphone per rendere alla portata di tutti l'imaging medico per 13 diverse applicazioni, tra cui esami ostetrici, controlli muscoloscheletrici e controlli cardiaci. La forza del sistema non è solo il prezzo, ma anche la facilità di utilizzo resa possibile da algoritmi di machine learning che assistono anche chi non ha nessuna preparazione medica a orientare lo strumento nel modo corretto per l'esame. L'israeliana Mazor Robotics, specializzata nella chirurgia spinale, utilizza le immagini 3D prodotte dalle Tac per istruire il chirurgo, fin da prima che egli veda il paziente. Il suo robot Renaissance, utilizzato in più di 5mila interventi e in 54 ospedali in tutto il mondo tra i quali il Cto di Torino, è dotato di un braccio che guida gli strumenti del chirurgo

con una precisione impossibile con le tecniche tradizionali. Nell'ambito dell'assistenza ai pazienti un esempio è quello della statunitense Sensely. La sua infermiera virtuale Molly assiste ormai migliaia di pazienti colpiti da patologie croniche. La sperimentazione con Kaiser Permanente, gruppo previdenziale degli Usa, mostra che l'assistente virtuale riduce i costi di assistenza fino all'86% e migliora l'adesione alle terapie. La Winterlight Labs di Toronto, in Canada, che sta sperimentando un sistema basato sull'IA in grado di diagnosticare stati di demenza, afasia e varie altre malattie neurodegenerative come l'Alzheimer attraverso l'analisi del parlato di una persona. In questo caso la tecnologia fa fare un salto alla stessa ricerca perché la diagnosi di queste malattie complesse non è più solamente affidata alle valutazioni cliniche.

ASTI, QUANDO ALLE CURE SI AFFIANCA LA TECNOLOGIA

La Casa di Riposo Città di Asti aggiunge un nuovo tassello per garantire assistenza agli ospiti. La struttura di via Bocca ha scelto un servizio in grado di monitorare gli spostamenti delle persone affette da demenza: "Trovami" è un dispositivo portatile, con localizzatore gps che trasmette in tempo reale la posizione della persona assistita, movimenti e percorso.

Entro il 2060 un europeo su tre avrà più di 65 anni. Sono quindi necessari approcci tecnologici innovativi che soddisfino le esigenze e le aspirazioni degli anziani, consentendo loro di continuare a condurre una vita indipendente e svolgere un ruolo attivo nella società, sia che si tratti di casa, lavoro, istruzione o della propria comunità.

E SE CI FOSSE UNA VECCHIAIA SENZA EMARGINAZIONE?

CI METTEREI LA FIRMA!

Scegli di destinare
il 5 per mille
all'Auser.

c.f. 97321610582

Ci aiuterai a promuovere
l'invecchiamento attivo
e a realizzare attività
per gli anziani
che vivono in solitudine.



Rosaria,
sostenitrice Auser

idea comunicazione



La cittadinanza non ha età

www auser it

