

Abitazioni con servizi di assistenza in Svizzera

Le basi di un modello

Studio commissionato da CURAVIVA Svizzera, senesuisse, Pro Senectute Svizzera, Spitex Svizzera

Prof. Dr. Lorenz Imhof, Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof

Persona di contatto
Nursing Science & Care GmbH
Obertor 8
8400 Winterthur
052 213 65 65
Lorenz.imhof@ns-c.ch

Indice

1	Situazione di partenza	4
1.1	<i>Problematiche.....</i>	5
1.2	<i>Procedimento metodico.....</i>	5
2	Rassegna della letteratura.....	6
2.1	<i>Appartamento privo di barriere architettoniche</i>	7
2.2	<i>Le offerte di assistenza</i>	7
2.2.1	<i>Prestazioni per la sicurezza</i>	8
2.2.2	<i>Prestazioni per lo sgravio</i>	8
2.2.3	<i>Prestazioni di cura e assistenza</i>	9
2.2.4	<i>Prestazioni di animazione</i>	9
2.3	<i>Utenti delle abitazioni con servizi di assistenza</i>	9
2.4	<i>Obiettivi dei residenti e aspettative poste alle abitazioni con servizi di assistenza</i>	10
2.5	<i>Limitazione delle abitazioni con servizi di assistenza.....</i>	10
2.6	<i>Riassunto</i>	10
3	Tesi relative alle abitazioni con servizi di assistenza	12
3.1	<i>Popolazione</i>	13
3.2	<i>Scopi e obiettivi delle abitazioni con servizi di assistenza.....</i>	13
3.3	<i>Prestazioni di assistenza</i>	14
3.4	<i>Strutture</i>	14
3.5	<i>Qualità.....</i>	14
4	Un modello di abitazioni con servizi di assistenza incentrato sui clienti	15
4.1	<i>Vulnerabilità e capacità di self-care</i>	15
4.2	<i>Atti di assistenza tra sgravio e prevenzione.....</i>	17
4.2.1	<i>Sgravio.....</i>	17
4.2.2	<i>Prevenzione/promozione.....</i>	17
5	Abitazioni con servizi di assistenza: un modello a quattro fasi.....	18
5.1	<i>I quattro livelli.....</i>	19
5.1.1	<i>Categoria D.....</i>	20
5.1.2	<i>Categoria C.....</i>	20
5.1.3	<i>Categoria B.....</i>	21
5.1.4	<i>Categoria A.....</i>	21
5.2	<i>Criteri di qualità</i>	22
5.2.1	<i>Offerte di bassa soglia</i>	22
5.2.2	<i>Qualità professionale dei fornitori di prestazioni</i>	22
5.2.3	<i>Pianificazione, documentazione e valutazione delle prestazioni.....</i>	23
6	Riferimenti bibliografici.....	25
7	Allegato 1: Tesi Delphi.....	30

Compendio

Se con l'avanzare dell'età il disbrigo delle faccende quotidiane diventa gravoso, o addirittura si rischia di non riuscire più a organizzare la routine giornaliera, esiste la possibilità di far capo a servizi ambulatoriali (Spitex) o stazionari (istituti). Negli ultimi anni viene offerta anche una terza forma di cure di lunga durata, che si concretizza nell'offerta di abitazioni con servizi di assistenza.

Tuttavia, il concetto di abitazione con servizi di assistenza è ancora impreciso. Manca un disciplinamento normativo, e la discussione è ostacolata dall'importante divario esistente tra le diverse regioni, sia nell'ampiezza dell'offerta sia a livello di organi responsabili degli istituti.

CURAVIVA Svizzera, senesuisse, Pro Senectute Svizzera e Spitex Svizzera hanno dunque deciso di analizzare il concetto di "abitazione con servizi di assistenza" con un progetto congiunto, nell'ambito del quale sono state riassunte le evidenze raccolte nella letteratura specializzata, sono state condotte interviste con esperti e sono stati valutati, in seno a un gruppo di lavoro, i risultati di un sondaggio realizzato presso esponenti del settore delle cure di lunga durata e della politica.

Su un punto regna l'unanimità: l'offerta di abitazioni con servizi di assistenza comprende soprattutto appartamenti di 1, 2 o 2,5 locali con cucina propria e bagno/WC. Ora esiste anche una definizione che suddivide in quattro gradi le prestazioni di cura e di assistenza offerte in questo tipo di abitazioni. Al grado D viene offerto soltanto un aiuto per le faccende domestiche. Le offerte di grado C sono incentrate sul mantenimento e la sollecitazione delle capacità proprie. Un assistente specializzato è a disposizione come persona di riferimento. Le offerte di grado B comprendono tutti gli aspetti dei compiti di cura e assistenza. Le risorse disponibili dell'interessato e dei suoi familiari vengono considerate sistematicamente, come pure i fattori e rischi rilevanti legati alla salute. Per questa ragione sono disponibili assistenti specializzati 24 ore su 24.

Le offerte di abitazioni con servizi di assistenza di grado A consentono di rimanere nell'abitazione fino alla fine. Il team incaricato dell'assistenza è integrato da personale specializzato in cure palliative, demenza, malattie mentali o dipendenze.

Nelle offerte di grado A e B, l'effetto sulle capacità di prendersi cura di sé stessi e sulla qualità della vita dei residenti viene valutato in modo sistematico. A tutti i gradi, il criterio di qualità è costituito dalla misura in cui l'offerta permette di salvaguardare la dignità del residente, il suo sentimento di indipendenza e la sua autonomia.

1 Situazione di partenza

Dal punto di vista della politica sociale, la vecchiaia inizia con il pensionamento. Oggi il 18.2 % degli abitanti della Svizzera fa parte di questo gruppo di età 65+, circa 220'671 in più rispetto all'anno 2010¹. Il gruppo delle persone anziane di età superiore ai 65 anni non è omogeneo. Esso è suddiviso in due parti: persone della terza età, di solito tra i 65 e gli 80 anni e della quarta età, oltre gli 80 anni^{2,3}.

Le persone della terza età sono viste come anziani attivi ed efficienti. Il "mercato degli anziani" in crescita corteggia i membri di questo gruppo quali nuovi clienti solvibili. Differente invece è la visione della quarta età, in cui per quattro persone su cinque aumenta la vulnerabilità e nel contempo la fragilità, vale a dire diminuiscono le loro opportunità di reagire a cambiamenti, hanno sempre più bisogno di aiuto per le attività quotidiane⁴. Dal 2010 questo gruppo è aumentato di 61'390 persone, raggiungendo il 5.1 % della popolazione¹.

La quarta età, con un aumento della fragilità, è considerata un peso per gli enti sociali, a causa delle risorse necessarie per l'aiuto nelle attività quotidiane⁵. Nozioni quali "invecchiamento" contrassegnano la discussione modificata sull'età avanzata e sulla responsabilità della società nei confronti di coloro che hanno bisogno di aiuto. Le prestazioni di aiuto assistenziali spesso in tal caso vengono assegnate alla cura di sé stessi e all'autoresponsabilità. Il mandato della società alle cure viene privatizzato⁶.

In conformità con l'articolo 112c della Costituzione federale i Cantoni sono tenuti a provvedere all'aiuto e alle cure a domicilio per gli anziani e i disabili⁷. Tradizionalmente nel settore ambulatoriale ciò è svolto dai servizi Spitex e nel settore stazionario dagli istituti per anziani e di cura. Nel 2017, 295'054 persone hanno fatto capo a prestazioni di cura ambulatoriali dei servizi Spitex, 122'317 persone hanno ottenuto un aiuto per l'economia domestica o consulenza sociale⁸ e 153'046 persone hanno beneficiato di assistenza in quanto residenti in un istituto stazionario di cura⁹. Negli scorsi anni la trasformazione di case per anziani in istituti di cura ha contrassegnato un ritiro dell'ente pubblico dalla responsabilità per l'assistenza. Possibilità di alloggio e di assistenza a bassa soglia sono venute a cadere e l'organizzazione di assistenza e aiuto è stata nuovamente privatizzata.

Nel contempo la discussione su nuove forme abitative quali le abitazioni con servizi di assistenza si è intensificata; una forma abitativa che talvolta è interpretata anche quale sostituzione moderna delle case per anziani sopresse¹¹. Le abitazioni con servizi di assistenza sono dunque definite quale forma intermedia tra il classico settore degli istituti di cura e i servizi Spitex ambulatoriali¹². In tal modo alle abitazioni con servizi di assistenza viene attribuito un mandato di prestazioni di aiuto assistenziali e di cura^{13,14}. Le abitazioni con servizi di assistenza fanno così parte delle cure di lunga durata.

In mancanza di una definizione come pure di regolamentazioni di legge in Svizzera, non sono disponibili cifre precise relative alle abitazioni con servizi di assistenza. Secondo stime effettuate in Svizzera circa 843 istituti offrono appartamenti per anziani per circa 16'000 persone¹². In realtà probabilmente saranno però molti di più. Sulla base di informazioni provenienti da 10 Cantoni si stima che per il 6.3 % delle persone di età superiore agli 80 anni è a disposizione un posto nelle abitazioni con servizi di assistenza.

Spesso la discussione sulle abitazioni con servizi di assistenza è condotta dalla prospettiva di organizzazioni e dai campi di attività dei gruppi professionali coinvolti. In tale contesto sono impiegati

concetti teorici differenti strettamente legati a questioni politiche e finanziarie e che rappresentano forme di collaborazione esistenti nella pratica.

Il dibattito sulle abitazioni con servizi di assistenza è inoltre caratterizzato dall'impiego di sempre nuove nozioni non sufficientemente chiarite quali l'abitazione con servizi, l'abitazione con prestazioni, abitazione plus. Qualche volta non è possibile evitare che nelle discussioni vengano confrontate le mele con le pere. Pure in relazione con l'elaborazione di modelli di finanziamento urge perciò una definizione delle abitazioni con servizi di assistenza¹⁵.

Il presente progetto è partito da qui. Esso analizza ciò che è alla base della nozione di "abitazioni con servizi di assistenza" quale parte integrante delle cure complete di lunga durata per persone anziane. Esso raffigura gli obiettivi e il focus delle abitazioni con servizi di assistenza dal punto di vista dei clienti e cita inoltre strutture, contenuti e criteri di valutazione che in futuro saranno importanti quali caratteristiche per le abitazioni con servizi di assistenza. CURAVIVA Svizzera, senesuisse, Pro Senectute Svizzera e Spitex Svizzera hanno avviato tale progetto per trattare le problematiche seguenti.

1.1 Problematiche

- Quali modelli e concetti relativi alle abitazioni con servizi di assistenza sono utilizzati nella letteratura?
- Quali sono le condizioni strutturali, contenutistiche e professionali da osservare quali standard minimi affinché si possa parlare di abitazioni con servizi di assistenza?

1.2 Procedimento metodico

Per rispondere alle domande sono stati combinati tre processi: in primo luogo una ricerca nella letteratura relativa a modelli e concetti delle abitazioni con servizi di assistenza; in secondo luogo delle inchieste Delphi sulla qualità e sugli standard delle abitazioni con servizi di assistenza e in terzo luogo la discussione di sintesi in seno a un gruppo di lavoro, con il sostegno di opinioni di esperti (interviste).

- 1) La rassegna della letteratura ha sintetizzato 32 articoli sull'argomento delle abitazioni con servizi di assistenza. La base di tale sintesi era costituita da articoli scientifici fino ad arrivare a rapporti e dichiarazioni politici. Le affermazioni sono state analizzate e categorizzate per quanto riguarda la definizione e il modello delle abitazioni con servizi di assistenza, le caratteristiche dei residenti, le prestazioni e la relativa disponibilità, i requisiti posti allo spazio abitativo, le regolamentazioni finanziarie e gli aspetti giuridici.
Un gruppo di lavoro composto da due delegati di CURAVIVA Svizzera e un delegato o una delegata ciascuno di senesuisse, Pro Senectute Svizzera e Spitex Svizzera ha discusso sulle prime riflessioni concettuali basate su tale rassegna della letteratura.
- 2) Sono stati intervistati cinque esperte ed esperti provenienti da istituti di cura, Spitex, Università e gruppi d'interesse. Per la preparazione di un workshop sono stati formulati principi basati sulla rassegna della letteratura e sulle opinioni degli esperti.
In occasione di un workshop tenutosi a Berna nel mese di maggio 2018, a cui hanno partecipato 26 persone, sono stati presentati tali principi e posti in discussione quale base

per un processo Delphi (¹) in due fasi. Le persone provenivano dai seguenti settori (più citazioni possibili): abitazioni con servizi di assistenza (n = 1), istituti di cura (n = 7), Spitex (n = 3), assistenza (n = 5), autorità (n = 2), associazioni (9) e altri (4). Nelle discussioni di gruppo sono state sviluppate 13 tesi contenenti affermazioni di base relative agli obiettivi delle abitazioni con servizi di assistenza, alle strutture necessarie, ai processi di sostegno e all'orientamento a determinati gruppi di clienti. In un processo di rating i presenti hanno valutato l'importanza di tali affermazioni per lo sviluppo di un modello di "abitazioni con servizi di assistenza". Il rating ha confermato nove tesi approvate da oltre il 70 % dei presenti, in seguito consegnate al gruppo di lavoro per l'ulteriore discussione.

Il gruppo di lavoro ha formulato ulteriori 16 tesi per precisare le affermazioni. Queste ultime sono state spedite ai 26 partecipanti al workshop e a ulteriori persone provenienti dal settore degli istituti di cura (+1), delle abitazioni con servizi di assistenza (+2) e dello Spitex (+1). Con una quota di ristorni del 53 %, 13 delle 16 tesi sono state sostenute e sono commentate per scritto. Dopo questa seconda fase di Delphi, per l'ulteriore sviluppo del modello, è stato possibile impiegare 22 tesi con una quota di approvazione superiore al 70 % delle persone partecipanti (allegato 1: 22 tesi relative alle abitazioni con servizi di assistenza).

- 3) Le informazioni tratte dalla letteratura e le tesi delle fasi Delphi sono state ulteriormente discusse in seno al gruppo di lavoro, per chiarire le nozioni utilizzate e raggiungere così un linguaggio comune.

In diverse sedute, il gruppo di lavoro ha sintetizzato la documentazione disponibile, la rassegna della letteratura, le interviste agli esperti e le tesi della fase Delphi ottenendo un quadro vincolante per l'ulteriore sviluppo del modello.

Il modello è stato valutato in occasione della consultazione conclusiva effettuata dai membri del gruppo di lavoro.

2 Rassegna della letteratura

Uno sguardo sulla situazione in Svizzera evidenzia che solamente sette Cantoni (VD, VS, LU, TG, AI, AR, BS) dispongono di regolamentazioni giuridiche per le abitazioni con servizi di assistenza, in due Cantoni (GR, JU) queste ultime sono state elaborate ma non ancora entrate in vigore e in un ulteriore Cantone (AG) si trovano in fase di elaborazione. Nella Svizzera romanda si conta un numero molto maggiore di regolamentazioni già entrate in vigore ¹⁸. Non vi sono cifre complessive sull'offerta in Svizzera. I dati di dieci Cantoni mostrano grosse differenze regionali nell'offerta di abitazioni con servizi di assistenza. Vi sono ad esempio appartamenti per persone anziane disponibili per il 13 % degli ultra-80enni nel Canton Basilea-Città, per il 6 % nel Canton Neuchâtel, ma solamente per circa il 2 % nei Cantoni di Glarona e Giura¹².

Si notano differenze regionali anche per quanto riguarda gli enti finanziatori delle abitazioni con servizi di assistenza. Lo studio OBSAN relativo alle strutture intermedie (abitazioni con servizi di assistenza, strutture diurne, permanenze di breve durata in istituti di cura) stima che mediamente circa il 60 % degli istituti di abitazioni con servizi di assistenza per persone anziane sono gestiti da enti gestori di utilità pubblica, con una quota elevata del 93 % nel Canton Basilea-Città e del 100 % nel Canton Zugo¹². La statistica non rivela quante siano le istituzioni gestite dallo Spitex. Secondo le

¹ Il metodo Delphi è una procedura di indagine a più livelli con feedback, finalizzato al rilevamento di opinioni di gruppo^{16,17}. Esso sfrutta un'indagine ripetuta presso esperte ed esperti provenienti da settori specializzati diversi, per consolidare opinioni esistenti e ottenere affermazioni ampiamente sostenute sull'argomento.

opinioni degli esperti, per gran parte delle istituzioni ciò sarebbe il caso ad esempio nel Canton Ginevra. Il 15 % delle abitazioni con servizi di assistenza è gestito da istituti di cura. Il Canton Grigioni, con il 78 %, presenta il valore più elevato in questo contesto. Il 14 % è gestito dai Comuni, ove nel Canton Uri il 50 % di tutti i posti in abitazioni con servizi di assistenza sono gestiti dai Comuni. Circa l'11 % delle istituzioni sono gestite da un ente gestore di diritto privato, e il Canton Ginevra presenta la quota parte più elevata, vale a dire del 35 %¹².

Osservando gli istituti per abitazioni con servizi di assistenza, si nota che il 25 % degli appartamenti per anziani non offre prestazioni supplementari oltre a una situazione abitativa priva di barriere architettoniche¹². Dal lato opposto vi è il 50 % delle istituzioni che aiutano gli utenti con otto o più prestazioni diverse. Nonostante le nozioni differenti quali "abitazioni con servizio", "abitazioni con accompagnamento", "appartamenti per anziani" oppure "strutture intermedie", due elementi sono sempre descritti quale parte costitutiva delle abitazioni con servizi di assistenza: 1) l'appartamento privo di barriere architettoniche e 2) la presenza di un'offerta di assistenza e di cura¹⁸.

2.1 Appartamento privo di barriere architettoniche

Le abitazioni con servizi di assistenza sono legate a condizioni specifiche per quanto riguarda la struttura dell'abitazione e dell'ambiente circostante. Ne fanno parte una cucina propria e un bagno/wc facenti parte dell'unità abitativa privata. Le offerte comprendono prevalentemente appartamenti da 1, 2 e 2.5 locali¹⁹. L'appartamento deve avere poche barriere architettoniche o esserne privo. Sporadicamente vengono citate norme corrispondenti, quali ad esempio la norma SIA 500, il centro per l'architettura senza ostacoli oppure le raccomandazioni PROCAP²⁰. L'offerta comprende anche i locali comuni o i giardini in comune che permettono una partecipazione a livello sociale. A volte viene attirata l'attenzione sull'importanza di un buon ambiente abitativo, contatti con il vicinato, opportunità per gli acquisti, collegamenti ai mezzi pubblici, sicurezza del traffico, sicurezza pubblica o calma nel quartiere²¹.

I requisiti posti alle abitazioni non rispondono dunque a criteri specifici, importanti solamente per persone anziane. Adempiono invece pure i requisiti che semplificano la vita abitativa a persone giovani con disabilità o a famiglie con bambini. Si nota dunque che abitare bene non dovrebbe limitarsi ad abitazioni prive di barriere architettoniche. Comprende attività utili per la vita quotidiana, contatti sociali e la presenza di mezzi finanziari²².

2.2 Le offerte di assistenza

La discussione in Svizzera, a sapere se e quali offerte di assistenza dovranno essere fatte per poter parlare di abitazioni con servizi di assistenza, presenta grandi parallelismi con le discussioni in altri paesi. Negli USA, già negli anni 90 del secolo scorso, si è potuto osservare un boom delle abitazioni con servizi di assistenza (*assisted living*), da cui è scaturita una discussione animata su quali caratteristiche debbano essere adempiute perché si possano riconoscere le abitazioni con servizi di assistenza come tali^{23,24}.

Supposto che le abitazioni con servizi di assistenza debbano costituire un'offerta delle cure di lunga durata, gli appartamenti per anziani senza prestazioni di assistenza si distinguono nettamente dagli offerenti che combinano abitazioni prive di barriere architettoniche con prestazioni di assistenza. Tale distinzione non è però sufficiente, visto che anche in queste ultime vi sono differenze.

Nelle discussioni le prestazioni di assistenza vengono suddivise in prestazioni di cura e prestazioni di assistenza^{25,26}. Tale suddivisione, dovuta al sistema di finanziamento, non genera unicamente una nozione poco chiara di "assistenza", bensì pure una definizione di cura lontana dalla pratica²⁷.

In tal modo il bisogno di cure risulta ridotto alle attività legate a mangiare, alzarsi, vestirsi e spogliarsi, andare alla toilette e fare il bagno/la doccia. La valutazione è rilevante ad esempio per la concessione dell'assegno per grandi invalidi o per le statistiche dell'indagine nazionale sulla salute. Il Consiglio federale stesso però precisa che

"... quella delle cure è un'attività vasta, estremamente sfaccettata e pluridimensionale, il cui scopo è aiutare i pazienti la cui autonomia negli atti ordinari della vita è limitata a riprendere, proseguire, riadeguare o riorganizzare la loro vita quotidiana"²⁸.

Tale definizione viene pure ripresa per analogia nella discussione sulla trasformazione delle strutture di assistenza²⁹.

Il fatto di ridurre le cure a prestazioni della LAMal è in contrapposizione con la citata definizione del Consiglio federale. Dato che la nozione di assistenza continua a servire quale termine generico che indica tutto quello che non è considerato come una prestazione di cura³⁰, il termine stesso di assistenza legato a tale contesto rimane poco chiaro.

Le prestazioni di assistenza possono essere ripartite in quattro categorie. Si tratta di 1) prestazioni volte a incrementare la sicurezza in situazioni di emergenza, 2) prestazioni per lo sgravio delle persone colpite e dei loro familiari, 3) prestazioni delle cure di base (cura/assistenza, strutture diurne), 4) prestazioni nel settore delle attività e delle manifestazioni.

2.2.1 Prestazioni per la sicurezza

La sicurezza è uno degli argomenti centrali citato sia nei regolamenti cantonali sia nelle pubblicazioni. Nelle prestazioni per la sicurezza si parte da un potenziale pericolo. In questo gruppo di età ne fanno certamente parte le cadute, in considerazione delle circa 80'000 cadute di persone anziane che ogni anno causano la morte di circa 1'200 persone³¹.

La prestazione di assistenza più citata riguarda la sicurezza di poter allarmare qualcuno. I sistemi elettronici di chiamate d'emergenza oggi sono impiegati in tutti i Cantoni e nel 70% degli istituti¹². Nel 2013, il 2% delle persone di età compresa tra i 75 e i 79 anni e il 9% di quelle di età superiore agli 80 anni disponeva di un sistema di chiamate d'emergenza²¹. Oggi si stima che siano in uso circa 50'000 apparecchi di questo tipo³². Le persone che reagiscono alla chiamata di emergenza variano a seconda del legame con l'offerta delle abitazioni con servizi di assistenza. Se questi ultimi sono collegati a un istituto di cura, le chiamate di emergenza vengono inoltrate a un servizio esterno oppure alla centrale di soccorso, allo Spitex o a infermieri presenti sul posto. Nel 51% degli istituti, su richiesta dei residenti, i sistemi di chiamate d'emergenza vengono completati con visite di controllo e il controllo attivo di un segnale di vita.

2.2.2 Prestazioni per lo sgravio

Il secondo gruppo di prestazioni di assistenza concerne lo sgravio dei residenti e dei loro familiari per le attività quotidiane. Singole attività vengono cedute totalmente o in parte, perché troppo faticose per i residenti stessi o per i loro familiari. Nella maggior parte dei casi si tratta di tre attività nel settore dell'aiuto domiciliare: lavare la biancheria (il 50% degli istituti), pulire l'appartamento (il 51%

degli istituti) e prestazioni di gastronomia, fare le spese, servizio pasti o il pasto nel ristorante presente in loco (il 64% degli istituti).

2.2.3 Prestazioni di cura e di assistenza

La terza categoria, prestazioni di cura di base e di assistenza, presenta grandi differenze per quanto riguarda l'estensione e la qualità.

Nella maggior parte dei regolamenti cantonali la cura/l'assistenza è esplicitamente nominata quale prestazione possibile. 23 Cantoni e il 58% degli istituti offrono tali prestazioni¹².

Se lo Spitex o gli istituti si assumono tali mansioni negli appartamenti per persone anziane, sussistono determinate prescrizioni da osservare. Nel Canton Turgovia ad esempio gli istituti che si assumono mansioni di cura e di assistenza negli appartamenti per persone anziane, necessitano di un'autorizzazione Spitex e nel Canton S. Gallo la cooperazione con lo Spitex o una casa di cura è obbligatoria.

La descrizione delle prestazioni di assistenza nella categoria cura/assistenza, nella maggior parte dei casi, si limita ad elencare le nozioni e non fornisce ulteriori spiegazioni. Nella letteratura internazionale si trovano basi giuridiche che indicano quali siano le prestazioni di assistenza che le abitazioni con servizi di assistenza devono offrire in situazioni particolari, ad es. per l'organizzazione della vita quotidiana legata alla demenza, per le cure palliative, per la gestione delle depressioni o in caso di insufficienza cardiaca grave^{23,33}. Queste offerte di assistenza specializzate, tese a evitare lo spostamento in un istituto di cure stazionarie, in Svizzera sono offerte soltanto in misura limitata. Non vi sono definizioni dei termini di cura e assistenza, e soltanto in alcuni casi, quale il Canton Vallese, sono citati concretamente gli obiettivi di prestazioni di assistenza, ad esempio il fatto di evitare l'isolamento o di mantenere l'autonomia¹⁸.

2.2.4 Prestazioni di animazione

Nel materiale pubblicitario per le abitazioni con servizi di assistenza le prestazioni nel settore attività e manifestazioni compaiono in maniera prominente, proponendo un ampio ventaglio di offerte. In 21 Cantoni e nel 68% degli istituti le "attività e manifestazioni" hanno una posizione di punta tra le prestazioni di assistenza offerte.

Alle manifestazioni, alle gite o agli incontri nei locali comuni sono spesso invitati pure abitanti della zona. Le attività che permettono di partecipare attivamente alla vita sociale sono usate per prevenire la solitudine e l'isolamento sociale^{19,20,34}. Le prestazioni in questa categoria sono spesso comprese nelle pigioni degli appartamenti o nei forfait riscossi.

2.3 Utenti delle abitazioni con servizi di assistenza

Nonostante l'ostacolo emozionale legato al momento in cui si tratta di lasciare il proprio appartamento per trasferirsi in un istituto che offre abitazioni con servizi di assistenza, tra il 2003 e il 2013 si è notato un aumento del numero di persone anziane disposte a compiere questo passo²¹. Tra gli ultra-80enni il 40% delle persone era chiaramente disposto a trasferirsi. Tale assenso dipendeva in misura elevata da limitazioni nelle attività quotidiane dovute alla salute.

Oggi, secondo Köppel³⁵, nonostante una grande eterogeneità, è possibile distinguere due gruppi di residenti (gruppo A e B). Le persone del gruppo A sono della terza età, spesso coppie, che non dipendono né da un sistema di chiamate d'emergenza né hanno bisogno di assistenza di altro genere. Spesso in questo gruppo l'abitazione con servizi di assistenza viene scelta quale alternativa, perché a causa della situazione architettonica alla persona in questione o al suo/alla sua partner

risulta difficile rimanere nell'appartamento originario. Le persone del gruppo B invece vivono spesso da sole e di solito hanno più di 80 anni. Esse necessitano di assistenza nell'ambito delle cure e dell'aiuto domiciliare ⁽²⁾. La permanenza di tali residenti nelle abitazioni con servizi di assistenza è molto più breve, rispetto a quella delle persone del gruppo A.

Una ripartizione in due gruppi è utile visto che le prestazioni di assistenza formali e informali aumentano nella quarta età (gruppo B), mentre nella terza età (gruppo A) sono costanti e riguardano soprattutto l'animazione e l'impegno sociale³⁶.

2.4 Obiettivi dei residenti e aspettative poste alle abitazioni con servizi di assistenza

Alcuni studi svolti all'estero hanno analizzato i desideri e le aspettative poste da parte delle persone anziane alle abitazioni con servizi di assistenza, così come i fattori che influiscono su tali desideri e aspettative. Non è stato possibile trovare uno studio svizzero al riguardo. Gli obiettivi delle persone nelle abitazioni con servizi di assistenza sono di invecchiare nel loro ambiente di origine, di non dover traslocare (un'altra volta), di poter vivere nell'abitazione con servizi di assistenza fino alla fine^{23,37,38}. Ogni trasloco, che sia verso l'abitazione con servizi di assistenza o un istituto di cura, chiede molto alla persona e alle sue capacità di riorganizzare la quotidianità. Si descrive che gli istituti pianificano dunque tale passo con la necessaria diligenza e che dovrebbero esserci regolamentazioni speciali per un passaggio più semplice delle persone dalle abitazioni con servizi di assistenza a un istituto di cura^{34,39}.

Studi effettuati in Germania hanno confrontato le aspettative precedenti all'entrata nell'abitazione con servizi di assistenza con le esperienze dopo tre anni³⁵. La valutazione dell'ottenimento di aiuto in ambito sanitario ha avuto esito negativo. Dopo tre anni meno della metà si attendevano cure e aiuto nella vita quotidiana 24 ore su 24. Solamente la metà degli interpellati diceva di attendersi l'ottenimento di cure e assistenza fino al decesso nell'abitazione con servizi di assistenza, e circa il 60% si attendeva che qualcuno si sarebbe occupato di loro in caso di disorientamento e stato confusionale. Le persone erano però convinte che grazie alla loro situazione abitativa fosse perlomeno possibile rimandare l'entrata in un istituto di cura.

2.5 Limitazione delle abitazioni con servizi di assistenza

Le abitazioni con servizi di assistenza non sono adatte a tutte le persone. A seconda dell'offerente, le prestazioni di assistenza sono limitate, così come dunque anche il gruppo target. In situazioni in cui ad esempio le persone per un lungo periodo necessitano di prestazioni più volte al giorno, soffrono di incontinenza, sono in stato confusionale, mostrano comportamenti che si fanno notare a livello sociale o necessitano di prestazioni di cura durante la notte, le abitazioni con servizi di assistenza possono raggiungere i propri limiti^{34,35,39-41}. Le offerte delle abitazioni con servizi di assistenza fanno poca presa soprattutto quando il sostegno nel settore delle cure è ridotto alle quote parti a carico della LAMal e non può reagire in modo completo alla vulnerabilità nell'ambito della salute.

2.6 Riassunto

La letteratura fornisce una prima panoramica sull'attuale offerta disponibile e una raccolta di caratteristiche dei diversi istituti. Tali caratteristiche descrivono da una parte i requisiti posti allo spazio abitativo di appartamenti per anziani e dall'altra parte l'offerta di prestazioni d'assistenza.

² La nozione di "cure e aiuto domiciliare" viene impiegata qui in sostituzione di prestazioni di assistenza, assunte da diversi gruppi professionali nel settore delle prestazioni medico-infermieristiche, dell'aiuto domiciliare o di assistenza sociale.

Le caratteristiche degli appartamenti presentano poche differenze e all'interno di una medesima classe di prezzi sono paragonabili. Per quanto riguarda invece le prestazioni di assistenza, a causa dell'offerta, dell'estensione e della qualità, risulta più difficile fare dei confronti. Il ventaglio di offerte spazia così da 0 a 9 prestazioni. L'estensione di tali prestazioni varia tra 10 minuti/giorno fino al picchetto 24h/24 e la qualità offre dal servizio telefonico fino al contatto personale con un operatore qualificato.

Il termine di abitazione con servizi di assistenza viene impiegato per prestazioni di assistenza diverse. Essa è usata quale termine generico per raffigurare le cosiddette prestazioni che non si riferiscono alle prestazioni di cura. La separazione tra cura e assistenza permette di raffigurare i meccanismi di finanziamento nel sistema odierno. Nella prassi tale separazione non è però né all'altezza delle cure, come definite dal Consiglio federale, né permette di integrare mansioni assistenziali in un'assistenza medico-sanitaria orientata alla clientela⁴².

Il fatto che manchi la precisazione delle prestazioni costituisce un problema per le abitazioni con servizi di assistenza. In tal modo non è quasi possibile trarre conclusioni in merito alle condizioni di ammissione, all'organizzazione delle prestazioni di servizio o ai limiti dell'offerta.

Nella popolazione a cui sono destinate le abitazioni con servizi di assistenza, oltre all'offerta per le persone con disabilità a vita è possibile distinguere tra un gruppo più giovane, di solito persone di età compresa tra i 65 e gli 80 anni che fanno capo a un ventaglio limitato di prestazioni di assistenza, e un gruppo più anziano, nella maggior parte dei casi persone di età superiore agli 80 anni, sole, con un bisogno di assistenza che aumenta nel tempo. La valutazione a sapere a quale gruppo di persone dovrebbe rivolgersi l'offerta delle abitazioni con servizi di assistenza differisce molto e influisce sulla definizione della nozione.

Concludendo si può dire che la disponibilità a trasferirsi in abitazioni con servizi di assistenza aumenta parallelamente all'aumento del bisogno di assistenza. I residenti e i loro familiari approfittano di una maggiore sicurezza, uno sgravio negli atti della vita quotidiana, nelle cure e nell'aiuto domiciliare e di un'offerta di attività che permette dei contatti sociali. Le abitazioni con servizi di assistenza offrono servizi che fanno parte delle offerte di altri settori delle cure di lunga durata, dello Spitex, degli istituti di cura o della Pro Senectute.

Le abitazioni con servizi di assistenza, secondo una definizione internazionale, sono un aiuto centrato sulla clientela nel settore delle attività quotidiane, in grado di coprire anche un bisogno non pianificato²⁴. Non tutti gli offerenti di prestazioni di assistenza adempiono queste pretese, come si nota nella dotazione di personale, che risulta molto variabile. Il 61% degli istituti non ha a disposizione persone di riferimento 24 ore su 24. La valutazione necessaria della situazione di vita e della salute o l'impiego di un operatore/un'operatrice che si occupa del caso è menzionata soltanto raramente o solamente in relazione al finanziamento^{39,43}.

Il descritto modello abitativo e assistenziale denominato abitazioni con servizi di assistenza non è concepito per tutte le persone. La letteratura elenca diverse malattie croniche per le quali non è possibile fornire le prestazioni di assistenza in maniera adeguata ai bisogni, perché queste ultime non sono adatte alla situazione architettonica, superano un determinato lasso di tempo o le qualificazioni del personale. L'elevata vulnerabilità nel settore della salute, presente nel gruppo della quarta età, rende perciò sempre più spesso necessari dei trasferimenti verso gli istituti di cura. Ciò non

corrisponde al desiderio dei residenti che indicano quali motivi più importanti a favore di un trasferimento in un'abitazione con servizi di assistenza la sicurezza in situazioni di emergenza, l'autonomia e l'indipendenza, la vicinanza sociale e il fatto di evitare un trasferimento in un istituto di cura.

3 Tesi relative alle abitazioni con servizi di assistenza

La letteratura internazionale distingue diversi tipi di abitazioni con servizi di assistenza. Tale tipizzazione avviene in base alla popolazione che fa capo alle abitazioni con servizi di assistenza; in considerazione di riflessioni teoriche sullo scopo e sugli obiettivi; per quanto riguarda i processi assistenziali e le strutture disponibili²⁴. Nel quadro del presente progetto sono stati invitati 26 operatori specializzati dalla Svizzera, con diversi background professionali, a partecipare a un workshop per uno scambio di idee su tali caratteristiche delle abitazioni con servizi di assistenza e per formulare tesi corrispondenti. In riferimento al processo Delphi¹⁷ è stata effettuata una prima valutazione riguardante la loro accettazione, in seguito sono state ampliate dal punto di vista contenutistico con ulteriori tesi e in una seconda inchiesta online sono state nuovamente esaminate. Ventidue tesi sono infine state accettate da almeno il 70% degli interpellati quali caratteristiche importanti per le abitazioni con servizi di assistenza (Allegato 1: 22 tesi relative alle abitazioni con servizi di assistenza). In maniera corrispondente ai loro contenuti, esse sono state attribuite ai quattro settori, vale a dire la popolazione di destinazione, le riflessioni teoriche (scopo, obiettivo), le prestazioni di assistenza e la struttura (organizzazione/qualità) (Tabella 1: contenuti delle tesi).

Tabella 1: Contenuto delle tesi (ordinate per settore)

Settore	Argomento
Popolazione	Il bisogno viene definito tramite la vulnerabilità e la fragilità
	Senza criteri riferiti all'età
	Nessuna limitazione relativa a reddito o sostanza
Scopo e obiettivo	Promozione della capacità abitativa in 3 settori Abitare dal punto di vista fisico Abitare dal punto di vista personale Abitare dal punto di vista sociale
	Quotidianità riuscita (routine)
	<ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza
	<ul style="list-style-type: none"> • Dignità
	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia
	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipazione sociale
Prestazioni di assistenza	in sostituzione e per sgravare come prevenzione, mantenendo e promuovendo le capacità di self-care
	tengono conto di risorse
	sono adeguati ai bisogni per quanto riguarda la salute, l'organizzazione della vita quotidiana (ADL, IADL) ⁽³⁾ e la partecipazione sociale
	sono pianificate
	negoziati sulla base dell'organizzazione delle relazioni
	tengono conto di bisogno e necessità

³ ADL = Activities of Daily Living (attività della vita quotidiana) / IADL = Instrumental Activities of Daily Living (attività strumentali della vita quotidiana).

Settore	Argomento
Strutture	fanno parte delle cure di lunga durata
	creano transizioni flessibili
	richiedono continuità nel finanziamento
Qualità	è multiprofessionale
	si basa sulla competenza professionale e la disponibilità a livello di tempo
	valuta la qualità di azioni e gli effetti sulla quotidianità e sulla qualità di vita

3.1 Popolazione

L'offerta di abitazioni con servizi di assistenza deve essere a disposizione di tutte le persone, indipendentemente dall'età e dalle possibilità finanziarie. Quale criterio di ammissione, nelle discussioni è stata posta la priorità sul bisogno di assistenza. Alle persone vulnerabili (⁴) con fragilità molto elevata dello stato di salute occorre permettere l'accesso alle abitazioni con servizi di assistenza (approvazione > 80 %). Occorre evitare di limitare l'accesso a causa di risorse finanziarie mancanti, ma anche a causa della sostanza disponibile. In caso di risorse mancanti occorre garantire un finanziamento. In tal senso il finanziamento di abitazioni con servizi di assistenza è inteso quale servizio pubblico. Questa garanzia finanziaria evita che le persone debbano decidere/decidano in favore di un'ammissione nell'istituto di cura perché l'abitazione con servizi di assistenza supera le loro possibilità finanziarie.

3.2 Scopi e obiettivi delle abitazioni con servizi di assistenza

La vulnerabilità, le capacità delle persone e del loro ambiente circostante, di occuparsi di sé stesse (capacità di self-care⁵), e gli obiettivi di vita devono essere integrati nella pianificazione delle prestazioni di assistenza (tesi 3, approvata dal 76% dei partecipanti). Occorre esaudire la richiesta di partecipazione sociale (tesi 4, approvata dall'82%).

Gli operatori specializzati si sono espressi a favore del fatto che le offerte nel settore dell'abitare dal punto di vista fisico (adeguatezza dei locali e dell'arredamento, che permettono una routine nelle azioni quotidiane) debbano essere combinate con riflessioni sull'abitare dal punto di vista personale (continuità biografica, sicurezza, controllo) e sull'abitare dal punto di vista sociale (rappresentazione della propria identità, contatti sociali, ma anche sfera privata e opportunità di ritirarsi) (tesi 13, approvata dal 79%, tesi 29, 100%).

Nella discussione all'abitare in tal senso è stato dato un significato di mondo vitale. Abitare genera vita quotidiana, in cui è possibile vivere delle esperienze e in cui sorgono conoscenze e routine⁴⁵. Se le persone riescono a organizzare la vita quotidiana in modo attivo e utile, è possibile parlare di una "vita quotidiana riuscita" (ted. "gelingender Alltag"). L'obiettivo dell'abitazione con servizi di assistenza deve essere di permettere ai residenti, tramite le prestazioni di assistenza (tesi 26,

⁴Per **vulnerabilità** s'intende che le persone sono vulnerabili a causa di una mancanza di risorse finanziarie, culturali, sociali e della salute⁴⁴.

⁵ La nozione di **"self-care"** nel presente rapporto è impiegata nella sua versione inglese quale termine generico. Si tratta di un concetto generale che si ritrova nella letteratura per indicare delle nozioni a volte specifiche quali la cura di sé, l'auto-aiuto, l'auto-gestione e che può esprimere anche l'idea dell'assistenza integrata.

approvata dal 100%) la citata vita quotidiana riuscita. Le capacità di self-care che sono necessarie a tale scopo vanno mantenute e sostenute (tesi 14, approvata dal 93%).

Le prestazioni di assistenza vanno fornite in modo tale da offrire sicurezza e contenere un'offerta per la partecipazione sociale (tesi 4, approvata dall'82%). La dignità e l'autonomia dei residenti devono essere protette e mantenute fornendo le prestazioni in modo orientato ai residenti (tesi 16, approvata dall'81%). Tali tesi hanno riassunto gli obiettivi secondo la letteratura più importanti per i residenti delle abitazioni con servizi di assistenza, e con percentuali superiori all'80% sono tutte state approvate da una folta maggioranza.

3.3 Prestazioni di assistenza

Sono stati discussi due tipi di prestazioni di assistenza: 1) prestazioni che sono sostitutive (azioni della vita quotidiana su richiesta/in caso di bisogno vengono eseguite in sostituzione della persona) oppure 2) prestazioni a carattere preventivo (il focus è sul mantenimento e/o il ristabilimento di capacità di self-care). Entrambi i tipi di prestazioni possono essere combinati o impiegati singolarmente, a seconda delle risorse e delle capacità dei residenti.

Le prestazioni secondo i bisogni riferite alla salute, all'organizzazione della vita quotidiana e alla partecipazione sociale vengono inserite in un contesto di mondo vitale. Le prestazioni di assistenza vengono offerte secondo i bisogni e tengono conto della salute, dell'organizzazione della vita quotidiana (ADL, IADL) e della partecipazione sociale (tesi 18, 19, 20, approvate dal'81 al 94%). Diverse tesi confermano la necessità di un processo sistematico e professionale di chiarimenti e di pianificazione (tesi 21, approvata dall'87%).

Si favoriscono le negoziazioni tra le persone coinvolte riguardanti gli obiettivi e le azioni. L'organizzazione delle relazioni è vista come una base importante per poter giungere a prestazioni negoziate (tesi 10, approvata dal 74%). Le esigenze e i bisogni devono confluire in una pianificazione comune degli atti di assistenza ed essere evidenziati. La divisione, impiegata dai sistemi di finanziamento, tra le esigenze (punto di vista dei residenti) e i bisogni (punto di vista della valutazione professionale della situazione) è stata valutata come un dilemma, ma nel contempo considerata necessaria dal punto di vista della tecnica finanziaria e perciò discussa in maniera controversa.

3.4 Strutture

Le abitazioni con servizi di assistenza vanno messe a disposizione quale parte integrale/intermediaria dell'assistenza di lunga durata, sotto forma di servizio pubblico (tesi 15, approvata dal 94%). L'inserimento delle abitazioni con servizi di assistenza quale parte intermedia dell'assistenza di lunga durata richiede un'organizzazione delle transizioni tra i diversi offerenti di servizi di assistenza nel settore ambulatoriale e stazionario (tesi 15, approvata dal 94%). Quando il bisogno di assistenza per le persone subisce delle modifiche e richiede una nuova forma di assistenza, si auspicano soluzioni flessibili. L'organizzazione del sistema di finanziamento deve tenere in considerazione la flessibilità (tesi 8, approvata dal 71%).

3.5 Qualità

Sono molte le professioni che forniscono aiuto nella capacità di abitare. In un'équipe multiprofessionale ciò richiede un'organizzazione flessibile dei ruoli e una buona cooperazione e

coordinazione per le persone assistite e i loro familiari (tesi 22, 23, approvate dall'86 e dal 79%). Gli offerenti di prestazioni di assistenza devono poter essere distinti tramite due criteri di qualità: 1) la competenza specializzata-professionale dei collaboratori e 2) l'estensione temporale delle prestazioni di assistenza offerte (tesi 25, approvata dal 94%). Mentre per il primo criterio di qualità si chiede se l'operatore specializzato è in grado di rivalutare cambiamenti e situazioni e agire di conseguenza, anche in modo previdente, nel secondo criterio si distingue la disponibilità temporale delle prestazioni, ad es. solamente orari di ufficio, poche ore, o disponibilità 24 ore su 24.

Un'approvazione molto elevata è stata data alle tesi secondo cui la qualità delle prestazioni di assistenza deve essere controllata. Andrà valutato se le azioni vengono eseguite con una determinata qualità (tesi 24, approvata dal 93%) e se hanno effetto sulla vita quotidiana riuscita e la qualità di vita dei residenti (tesi 26, approvata dal 100%).

4 Un modello di abitazioni con servizi di assistenza incentrato sui clienti

Sulla base della discussione svoltasi nel gruppo di lavoro e dell'inchiesta Delphi è stata elaborata una prima definizione dell'abitazione con servizi di assistenza, approvata a grande maggioranza dalle persone coinvolte.

Tale definizione tiene conto di tre aspetti dell'abitare descritti nella letteratura: 1) l'abitare dal punto di vista fisico, l'adeguatezza dei locali e degli arredamenti, che permettono una routine nelle azioni della vita quotidiana; 2) l'abitare dal punto di vista personale, che permette continuità biografica, sicurezza e controllo; 3) l'abitare dal punto di vista sociale, che crea la rappresentazione della propria identità, contatti sociali, ma anche sfera privata e opportunità per ritirarsi, permettendo così l'autonomia e l'indipendenza dei residenti^{46,47}.

L'integrazione di tali aspetti pone in primo piano i bisogni delle persone che oggi fanno capo a queste prestazioni.

Per lo sviluppo del modello qui di seguito, le questioni centrali erano di sapere quali persone, in quali situazioni e con quale obiettivo ottengano aiuto grazie alle abitazioni con servizi di assistenza.

4.1 Vulnerabilità e capacità di self-care

Come evidenziato dalla rassegna della letteratura e dalle affermazioni degli specialisti, nella transizione dalla terza alla quarta età la vita quotidiana è fortemente segnata da disturbi alla salute fisica e psichica. Un'elevata vulnerabilità si fa notare ed è vissuta come una minaccia⁴⁸. Nel contempo le capacità di self-care possono regredire. Entrambe le cose incentivano la decisione di trasferirsi nell'abitazione con servizi di assistenza.

La vulnerabilità ha diverse dimensioni. Oltre alla situazione relativa alla salute (capitale corporeo) essa comprende le possibilità finanziarie di una persona (capitale economico), la formazione della medesima (capitale culturale) e le relazioni/l'integrazione sociale (capitale sociale). Si tratta di fattori che influiscono fortemente l'uno sull'altro, che possono annullarsi o anche rafforzarsi^{44,49}. Le persone vulnerabili, ad esempio, non sono soltanto limitate nella loro mobilità. Eventualmente si aggiunge pure una mancanza di denaro, vivono isolati a causa del tipo di quartiere in cui abitano e devono far fronte a difficoltà di comprensione quando vengono spiegate loro le possibili terapie o devono compilare dei moduli per le autorità. Se a ciò si aggiungono anche ulteriori limitazioni fisiche quali ad es. problemi di vista o difficoltà psichiche, la combinazione di tutti i fattori di vulnerabilità limitano le routine quotidiane di queste persone in modo tale che esse non riescono più a svolgerle

autonomamente. Serve dunque aiuto, affinché la vita normale, la quotidianità possa nuovamente riuscire.

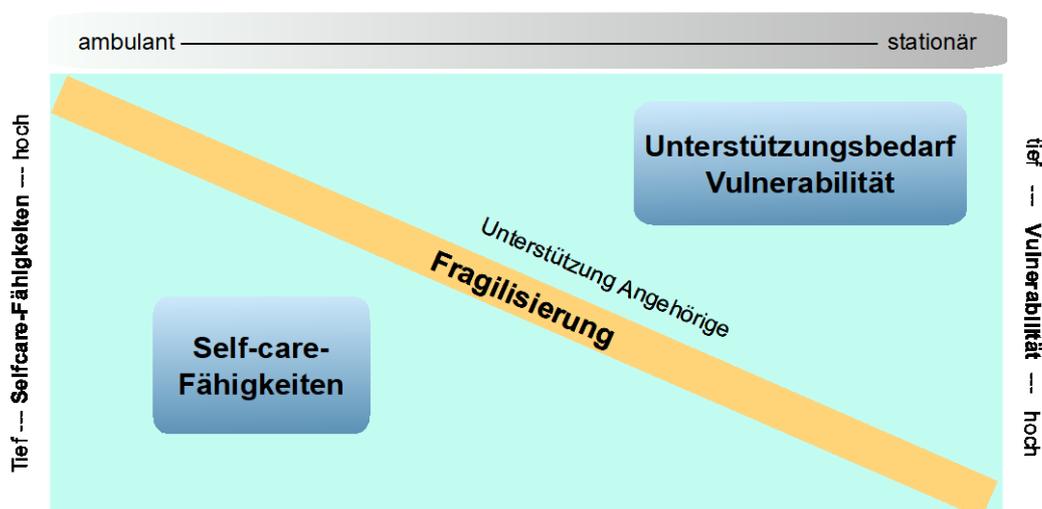
Se in questa situazione vi è un divario tra il bisogno di assistenza e l'aiuto offerto, sorge la sensazione di vulnerabilità chiamata "emic vulnerability"⁵⁰.

Le capacità di self-care influiscono sulle modalità di gestire i cambiamenti nella vita quotidiana. Un'interazione tra salute, capacità personali e fattori ambientali che influiscono è già stata impiegata negli anni '70 del secolo scorso usando i termini di self-care e self-care-capacity^{51,52}. Sussiste un collegamento tra le capacità e le risorse individuali necessarie per le azioni quotidiane e le condizioni ambientali in cui ha luogo tale quotidianità⁵³. L'OMS descrive le capacità necessarie a organizzare la quotidianità con successo, le capacità fisiche e psichiche di un individuo, chiamate "intrinsic capacity" e le condizioni ambientali quali fattori d'influsso esterni, chiamate "extrinsic capacity"⁵⁴.

Questa relazione è raffigurata in modo schematico nel grafico. Nelle capacità di self-care che diminuiscono con l'età o se aumentano le mansioni, si crea un divario tra capacità ed esigenze. Il settore della vulnerabilità è dunque il bisogno di assistenza aumenta e viene compensato da sistemi di assistenza informali o da aiuti professionali (figura 1).

Self-care comprende tutte le azioni che le persone avviano o eseguono per creare una vita quotidiana utile e riuscita per sé stessi e per l'ambiente sociale. Il loro obiettivo è di rimanere sani, di svilupparsi ulteriormente a livello personale e di vivere una vita con una buona qualità⁵⁵.

Figura 1: Capacità di self-care e vulnerabilità



Self-Care und Vulnerabilität

Die Grafik stellt schematisch die Fragilisierung, die alters- oder krankheits-bedingte Abnahme der Self-Care-Fähigkeiten dar. Gleichzeitig steigt die Vulnerabilität und der Unterstützungsbedarf. Diese Veränderungen werden stark durch einen lebensweltlichen Kontext beeinflusst. Der Entscheid, ob ambulante, stationäre Unterstützungsleistungen oder betreutes Wohnen sinnvoll ist berücksichtigt deshalb den Unterstützungsbedarf, die vorhandenen Ressourcen (Self-Care-Fähigkeiten, informelle Pflege) und Umgebungsbedingungen.

Oggi la nozione di "self-care" viene sempre più spesso collegata al concetto di "empowerment"⁵⁶. Self-care viene così combinato con l'attitudine delle persone a organizzare i cambiamenti tramite comportamenti personali e a riuscire a influire direttamente sulle situazioni sociali e le organizzazioni⁵⁷. Self-care esula dal livello personale comprendendo anche l'ambiente sociale⁵⁸.

A seconda del gruppo professionale considerato, il termine inglese si traduce in modi diversi⁵⁹.

Le prestazioni di assistenza basate sui concetti di self-care ed empowerment mirano a percepire la sensazione di sicurezza, appartenenza e continuità. Deve essere possibile realizzare i propri obiettivi di vita e vivere esperienze di successo^{60,61}. Questa possibilità sociale di gestione costituisce una base centrale per garantire tre obiettivi importanti per i residenti, vale a dire l'indipendenza, la dignità e l'autonomia^{38,60,62,63}.

I concetti di vulnerabilità e delle capacità di self-care sono idonei per stabilire nel modello di abitazioni con servizi di assistenza il bisogno di assistenza e le relative cause e di collegarli con la quotidianità.

4.2 Atti di assistenza tra sgravio e prevenzione

Le prestazioni di assistenza possono essere distinte secondo l'obiettivo dell'azione e il tipo di esecuzione. In base a tali criteri è possibile raffigurare gli atti di assistenza in un continuum tra i poli "sgravio" e "prevenzione/promozione". Nella prassi vengono combinati diversi tipi di atti e creano così un'offerta.

4.2.1 Sgravio

Da un lato di questo continuum le prestazioni di assistenza servono a ridurre le pressioni della vita quotidiana. Nella letteratura vengono impiegati termini quali "sgravio (ted. Entlastung)"^{19,39,64}, "offerte di sgravio"^{6,12}, "prestazioni di sgravio"⁶⁵ oppure "cure di sgravio"⁶⁶. Spesso tali prestazioni riguardano mansioni di economia domestica, quali lavare la biancheria, eseguire lavori di pulizia, fare la spesa e cucinare, oppure l'aiuto per le mansioni finanziarie/amministrative. Tale sgravio è offerto al/residente o al sistema familiare che assiste. In molti casi il sistema informale di assistenza fornito dai familiari ne risulta sgravato.

L'assistenza volta allo sgravio si concentra fortemente su atti che compensano le difficoltà oppure un deficit dei residenti o del loro sistema sociale. Gli atti vengono svolti in sostituzione da parte di terzi. L'obiettivo dello sgravio è raggiunto quando professionisti o volontari si assumono l'atto in sostituzione, dopo aver ottenuto il mandato. Anche nel settore della partecipazione sociale, il maggior settore di atti offerti dalle abitazioni con servizi di assistenza, un'offerta regolare di manifestazioni sostituisce l'opportunità di contatti sociali. Quest'ultima comprende attività all'interno delle abitazioni con servizi di assistenza, eventi nel quartiere e manifestazioni pubbliche con altre organizzazioni. La partecipazione dipende unicamente dall'iniziativa dei residenti.

Nelle offerte di assistenza volte allo sgravio, il o la residente sono visti quali clienti che annunciano autonomamente quali sono le loro esigenze e i loro bisogni e che conferiscono i mandati corrispondenti o fanno capo alle offerte. L'indipendenza è il principio supremo ed è parificato all'autonomia. L'abitazione con servizi di assistenza in tale situazione si rivolge a un mercato. Le persone nelle abitazioni con servizi di assistenza hanno la possibilità di consumare prestazioni. L'estensione dell'assistenza viene ordinata dai clienti conformemente all'offerta, viene fornita loro ed è limitata unicamente da risorse finanziarie.

4.2.2 Prevenzione/promozione

La complessità delle prestazioni di assistenza preventive/di promozione aumenta a causa dell'interazione di diversi fattori di rischio della vulnerabilità. Nella quarta età si tratta soprattutto di

limitazioni a livello di salute, come ad esempio dell'udito e della vista, della mobilità, l'aumento della smemoratezza, depressione, oppure anche incontinenza, che influiscono molto sulla vita quotidiana. In tal modo cambia il tipo di prestazioni di assistenza; queste ultime intervengono sempre più spesso anche in settori legati all'identità e al senso di autonomia dei residenti. Tener conto di tale circostanza significa concentrare le misure preventive sull'ambiente di vita dei residenti. Nella letteratura infatti si esige anche di combinare le misure di sostegno con obiettivi preventivamente fissati^{5,6,13,67}.

In molte pubblicazioni dedicate alla prevenzione, l'orientamento preventivo si limita a evitare i rischi medici. Nelle abitazioni con servizi di assistenza la definizione della prevenzione deve però essere più ampia. Deve riferirsi ad esempio anche alla partecipazione sociale. In Svizzera, infatti, il 7-8% delle persone di età superiore agli 80 anni soffre spesso e il 25% di esse soffre talvolta di solitudine⁶⁸. La partecipazione sociale e la vicinanza sono bisogni fondamentali degli esseri umani⁶⁹. La solitudine non è solamente un segnale di vulnerabilità sociale. La ricerca conferma la stretta interazione tra salute e integrazione sociale⁷⁰⁻⁷⁴, vale a dire che le limitazioni a livello della salute riducono le opportunità di contatti sociali, l'isolamento e la solitudine influiscono dall'altra parte sull'insorgenza e sul decorso di malattie. Soprattutto nella terza e nella quarta età non stupisce che l'integrazione sociale faccia parte dei quattro obiettivi principali dei residenti. Le prestazioni di assistenza possono essere intese nel senso di prevenzione - quale misura per mantenere o ampliare le capacità di self-care e dunque garantire la routine quotidiana. Ciò richiede una concezione integrata di assistenza, ciò che non permette una ripartizione in cure, assistenza e aiuto domiciliare^{6,27,75}.

Nelle offerte preventive di assistenza i residenti sono visti come clienti che, con un'autonomia negoziata, concordano con gli operatori specializzati l'esigenza e il bisogno. In tale processo di negoziazione gli atti vengono stabiliti in modo tale da mantenere, promuovere o ripristinare nella misura del possibile l'indipendenza e l'autonomia. A tale scopo vengono armonizzati le opportunità dell'istituto, le esigenze individuali dei residenti e l'obiettivo di miglioramento delle capacità di self-care⁷⁶. Le prestazioni di assistenza vengono stabilite in occasione di un incontro personale di consulenza.

La base di tale processo di negoziazione è costituita da un rapporto tra le persone coinvolte, che permette di stabilire assieme ai residenti gli obiettivi delle prestazioni e il tipo di fornitura⁷⁷⁻⁷⁹. Vivere delle relazioni ed essere socialmente integrati sono esigenze fondamentali dell'essere umano⁶⁹ e presupposto imprescindibile per una prestazione di assistenza efficiente ed efficace^{80,81}.

5 Abitazioni con servizi di assistenza: un modello a quattro fasi

Le caratteristiche rispondono a raccomandazioni internazionali⁸². In Svizzera però la responsabilità dell'assistenza spetta ai Cantoni e ai Comuni. Per questo motivo dai punti centrali differenti nel settore stazionario e ambulatoriale risultano strutture eterogenee di assistenza. Si è rivelato difficile proporre un unico modello di abitazioni con servizi di assistenza adatto a tutti. Questo è scaturito pure dalle discussioni nel gruppo di lavoro, in parte lunghe e complicate e condotte in maniera controversa.

Viene proposto un modello che tiene conto delle strutture assistenziali esistenti, degli sviluppi demografici differenti e delle risorse finanziarie dei diversi Cantoni.

Le abitazioni con servizi di assistenza, quale settore delle cure di lunga durata, devono integrarsi in

strutture e realtà politiche esistenti ed esaudire la richiesta di migliori punti di contatto. La coordinazione può creare una struttura assistenziale utile. Ciò non presuppone che i diversi fornitori di prestazioni debbano essere separati artificialmente, le rispettive offerte possono sovrapporsi per semplificare i passaggi da un istituto all'altro oppure - laddove possibile - evitarli. Questo permette non soltanto di sfruttare risorse esistenti, ma garantisce che la permeabilità tra appartamento e istituto funzioni in entrambe le direzioni⁸³.

Nel modello "abitazioni con servizi di assistenza" si presuppone che l'appartamento sia libero da barriere architettoniche. La distinzione si crea nelle prestazioni di assistenza, basata su tre criteri: 1) le possibilità di contatto con e la presenza temporale degli operatori specializzati, il criterio più importante per i residenti⁸⁴; 2) la qualificazione professionale dei fornitori di prestazioni e 3) la pianificazione, la documentazione e la valutazione delle prestazioni.

5.1 I quattro livelli

Con la descrizione di diversi gradi di assistenza, le abitazioni con servizi di assistenza possono essere suddivise in quattro livelli (A-D), ove le abitazioni con servizi di assistenza della categoria D presentano l'offerta più esigua e quelle della categoria A l'offerta più ampia di prestazioni di assistenza, presenza, consulenza e qualificazione professionale (Tabella 2). Le abitazioni prive di barriere architettoniche senza offerta di prestazioni di assistenza non sono considerate abitazioni con servizi di assistenza e non sono dunque tenute in considerazione nella presente categorizzazione.

Tabella 2: Rappresentazione delle caratteristiche delle abitazioni con servizi di assistenza A-D

		D	C	B	A
Obiettivi	vita quotidiana riuscita	X	X	X	X
	dignità, aiuto nell'autonomia	X	X	X	X
	possibilità di partecipazione sociale	X	X	X	X
	sicurezza	X	X	X	X
Presenza	telefonica (elaborare o inoltrare richieste)	X			
	personale, orari di ufficio (elaborare o inoltrare richieste)		X		
	presenza 24h/24h di un operatore specializzato (elaborare richieste)			X	X
Pianificazione	valutazione dei bisogni ADL/IADL		X	X	X
	valutazione dei bisogni a livello della salute		X	X	X
	valutazione dei bisogni/risorse reti sociali, familiari		X	X	X
	scambio di informazioni con altri fornitori di prestazioni			X	X
Offerta	lavaggio biancheria, economia domestica	X	X	X	X
	mansioni finanziarie, amministrative (banca, autorità, ecc.)	X	X	X	X
	aiuto per cucinare/fare spesa, servizio pasti, ristorante	X	X	X	X
	pasti, alimentazione (compresa dieta)		X	X	X
	cura del corpo, vestirsi, mobilitazione		X	X	X
	terapie, misure preventive e di promozione		X	X	X
	sicurezza tramite telefono/pulsante di emergenza (raggiungibilità 24h/24)	X	X	X	X
	sicurezza tramite operatore specializzato servizi esterni (Spitex ecc.)	X	X		

	sicurezza tramite presenza in casa di un operatore specializzato 24h/24			X	X
	sicurezza tramite controlli regolari			X	X
	misure contro l'isolamento sociale/solitudine	X	X	X	X
	eventi del tempo libero, partecipazione alla vita sociale del luogo di domicilio	X	X	X	X
	offerte specializzate: ad es. in caso di demenza, diabete, cure palliative, affezioni psichiche, dipendenze				X
Documentazione e qualità	documentazione: rilevamento del bisogno, convenzione, prestazioni		X	X	X
	valutazione del raggiungimento dell'obiettivo delle capacità self-care/vita quotidiana riuscita		X	X	X
	valutazione della sicurezza	X	X	X	X
	valutazione della qualità di vita, dignità, autonomia	X	X	X	X
	valutazione della collaborazione interprofessionale			X	X

5.1.1 Categoria D

Abitazioni con servizi di assistenza della categoria D dispongono dell'offerta più esigua di prestazioni. Abitazioni con servizi di assistenza in questa categoria forniscono aiuto ai residenti nelle attività della vita quotidiana. Vi rientrano almeno l'aiuto nei lavori domestici (pulizie, lavaggio biancheria), nel cucinare/fare la spesa o l'aiuto sotto forma di un servizio pasti/ristorante. Viene offerto pure l'aiuto per mansioni amministrative (rapporti con autorità, assicurazioni), aiuto nelle questioni finanziarie (effettuare i pagamenti, compilare le dichiarazioni fiscali) e nelle questioni dell'organizzazione della vita (offerte sociali, accompagnamento, trasporto).

In questa categoria le prestazioni vengono fornite sotto forma di mandato del cliente. Il o la cliente conferisce il mandato per il disbrigo sostitutivo di mansioni quotidiane. Per conferire il mandato il o la residente ha a disposizione un contatto telefonico durante gli orari di ufficio e un contatto personale di un ufficio di riferimento (durante almeno 3 ore settimanali).

Le abitazioni con servizi di assistenza della categoria D prevedono un'offerta di opportunità di contatti sociali in casa e nei dintorni (ad es. luoghi d'incontro, incontri per persone anziane). Per la sicurezza è a disposizione un telefono per le emergenze oppure un pulsante di emergenza con una raggiungibilità 24h/24. Per la fornitura delle prestazioni di assistenza l'incarico è dato a terzi.

5.1.2 Categoria C

Anche in questa categoria vengono offerte prestazioni nel settore delle attività della vita quotidiana. All'offerta della categoria D si aggiunge l'assistenza dei residenti nella cura del corpo, nel vestirsi, nella mobilizzazione ecc. Vi rientra pure la consulenza in materia di diete nel quadro dell'alimentazione.

L'assistenza comprende misure di prevenzione. Ciò significa che le prestazioni non vengono elaborate unicamente nell'ambito di un mandato del cliente e in sostituzione, ma che nella pianificazione si tiene conto di risorse personali esistenti e di strutture di aiuto. Tale assistenza richiede una valutazione professionale delle capacità di self-care e della vulnerabilità da parte di un operatore specializzato con una formazione SSS/SUP nel settore sociale o sanitario. Il mandato viene negoziato con i residenti ai sensi di un aiuto all'auto-aiuto. È allestita una documentazione relativa alla valutazione e al contratto di prestazioni.

Il contatto tra residenti e offerenti è reso possibile da un ufficio di riferimento che, perlomeno durante gli orari di ufficio, garantisce un contatto personale. Le richieste vengono elaborate da questo ufficio oppure inoltrate agli operatori specializzati corrispondenti. Anche in questa categoria la sicurezza è favorita da un telefono per le emergenze o un pulsante di emergenza con una raggiungibilità 24h/24. In caso di bisogno per situazioni di emergenza è a disposizione un operatore specializzato entro un lasso di tempo utile (15-20 minuti).

Abitazioni con servizi di assistenza nella categoria C, come quelle della categoria D, prevedono un'offerta di possibili contatti sociali.

5.1.3 Categoria B

L'offerta della categoria B comprende l'intero ventaglio di mansioni di cure e assistenza come pure aiuto e consulenza delle persone nello svolgimento di terapie necessarie. Il carattere preventivo delle prestazioni richiede una valutazione sistematica delle risorse esistenti della persona (compresi i familiari), delle capacità di self-care e dei fattori e dei rischi della salute rilevanti per la vita quotidiana.

Tali mansioni richiedono la presenza 24h/24 di un operatore specializzato (formazione SSS/SUP nel settore sociale o sanitario), che durante la notte può essere strutturata anche quale servizio di picchetto. In questa categoria la sicurezza è garantita da un telefono per le emergenze o un pulsante di emergenza con una raggiungibilità 24h/24. Per situazioni di emergenza sono a disposizione operatori specializzati in loco. Questa categoria, in caso di bisogno, offre inoltre controlli per poter garantire la sicurezza dei residenti.

Sull'impiego degli operatori specializzati (rilevamento del bisogno, accordi, prestazioni fornite) è allestita una documentazione. Le misure di assistenza vengono inoltre valutate per quanto riguarda il loro effetto sulle capacità di self-care e sull'aiuto nella vita quotidiana riuscita e sulla qualità di vita. Le abitazioni con servizi di assistenza della categoria B organizzano regolarmente degli eventi che possono essere sfruttati ai sensi di un'offerta per la partecipazione sociale. Pure questa offerta è pianificata e valutata individualmente quale misura di prevenzione contro l'isolamento e la solitudine.

Le abitazioni con servizi di assistenza della categoria B comprendono inoltre una partecipazione attiva alle misure che permettono il collegamento a un sistema locale di cure di lunga durata.

Rientrano in quest'ambito la partecipazione a strutture di coordinamento e la messa a disposizione di dati per audit e controlli di qualità.

5.1.4 Categoria A

Le abitazioni con servizi di assistenza della categoria A sono concepite per offrire assistenza alle persone fino al termine della loro vita. L'offerta e le condizioni della categoria A corrispondono perciò in tutti i punti a quelle della categoria B. Sono però completate da prestazioni di assistenza nell'ambito delle cure e dell'assistenza da parte di operatori specializzati specialmente formati (formazione a livello di esperti/master), per poter accompagnare le persone con competenza professionale nelle situazioni complesse di malattia. Abitazioni con servizi di assistenza (della categoria A) sono dunque adatte anche a residenti che necessitano di cure palliative o che presentano un bisogno più elevato di cure, perché ad esempio soffrono di complicazioni in caso di diabete mellito, demenza, malattie psichiche o una dipendenza. Le offerte di abitazioni con servizi di assistenza della categoria A dichiarano pubblicamente per quali mansioni speciali l'istituto è qualificato.

Tale offerta richiede la presenza di un operatore specializzato 24h/24. La sicurezza è garantita da un pulsante per le emergenze/un sistema di chiamata raggiungibile 24h/24 e in caso di bisogno da controlli regolari effettuati da un operatore specializzato. Quest'ultimo può adottare autonomamente misure terapeutico-curative.

Le prestazioni nell'ambito della categoria A vengono eseguite integralmente dall'offerente stesso o in stretta collaborazione (contratto di cooperazione) con un istituto di cure di lunga durata.

5.2 Criteri di qualità

In conclusione vengono formulati criteri di qualità necessari per valutare gli offerenti di abitazioni con servizi di assistenza, che riguardano l'accesso all'offerta, la qualificazione professionale delle persone che si occupano dell'assistenza e la pianificazione, la documentazione e la valutazione delle prestazioni.

5.2.1 Offerte di bassa soglia

Nella categoria D, basata su un modello di cliente, viene messa a disposizione un'offerta di prestazioni di assistenza. Nel settore della partecipazione sociale tale offerta comprende ad es. che manifestazioni ed eventi in comune permettono il contatto tra i residenti, come pure a livello di quartiere o di Comune.

Con l'aumento della fragilità si raccomanda che l'assistenza non deve essere richiesta, bensì offerta in maniera proattiva, perché le persone in questa situazione dipendono dagli aiuti²². Abitazioni con servizi di assistenza con un approccio di prevenzione/promozione, nelle categorie A-B, presuppongono un rapporto professionale in grado di garantire ad esempio che si riconosca il rischio di solitudine e che si possa discutere di un'offerta "proattiva" con il residente. "Avere tempo" diventa una caratteristica della qualità dell'assistenza curante e anche il tempo impiegato è sempre una caratteristica dell'attività stessa^{85,86}.

Molti elementi parlano perciò a favore della fornitura possibilmente da un solo fornitore delle prestazioni nelle abitazioni con servizi di assistenza, dalla chiamata di emergenza al rilevamento del bisogno fino alla prestazione di assistenza nella vita quotidiana³⁹. Si previene così una rigida ripartizione del lavoro che porta a una "privazione dell'anima" del lavoro delle persone che si occupano dell'assistenza e impedisce l'orientamento a un sostegno completo di self-care e a una riduzione delle vulnerabilità⁸⁷⁻⁸⁹.

5.2.2 Qualità professionale dei fornitori di prestazioni

Molti gruppi professionali quali operatori specializzati, assistenti sociali, educatori e diverse professioni terapeutiche nell'assistenza agli anziani hanno in comune il fatto che si concentrano sulle capacità di self-care, sull'organizzazione della vita quotidiana e sull'ambiente di vita dei residenti. Il loro focus è differente in riferimento ai rischi di vulnerabilità e ne consegue una differenza a livello di pratiche e procedure professionali.

Dato che i quattro fattori di rischio della vulnerabilità (situazione finanziaria, formazione, integrazione sociale e salute) si influenzano reciprocamente, ne risulta la necessità di una strategia comune, interdisciplinare. Quest'ultima, come già succede in altri settori delle cure di lunga durata, deve collegare il sostegno da parte di familiari, i servizi di volontari e il sostegno professionale in una rete di assistenza^{21,26,90}.

Si tratta di sfruttare pratiche e procedure diverse e mettere in sinergia la varietà di esperienze esistenti. A causa della complessità del mondo vitale le conoscenze continuano a raggiungere i propri limiti. Si tratta di offrire aiuto/assistenza per il bisogno concreto del residente, sulla base di "io riesco". Non ha molto senso categorizzare nella pratica gli atti di assistenza con una pretesa di

esclusività con le nozioni di cura, lavoro sociale, assistenza, consulenza ecc. creando così un caos di termini che riduce ogni discussione degli operatori specializzati alla domanda "io posso?".

La suddivisione del lavoro all'interno e tra le professioni e la creazione di pochi contenitori coordinati di aiuto professionale aumentano il dispendio amministrativo per la pianificazione e la coordinazione. Non è possibile offrire il lavoro di assistenza quale prodotto standardizzato. Sono dunque da attendersi e anche richieste delle sovrapposizioni di sapere e saper fare. La suddivisione del lavoro a livello di singoli atti racchiude il pericolo che gli operatori specializzati non combinino gli atti in maniera utile e che non sfruttino il sapere e il saper fare disponibili.

Le suddivisioni rigorose del lavoro aumentano inoltre la frammentazione del lavoro e tendenzialmente incrementano il lavoro amministrativo⁹¹. Le risorse personali disponibili in tal caso non vengono sfruttate del tutto o non in maniera sufficiente per assistere i clienti.

I modelli integrati si sono rivelati utili in molti settori, come pure nello Spitex. Una buona interazione delle diverse prestazioni di cura e medico-sanitarie, di economia domestica e di assistenza sociale si ripercuote positivamente sulla sicurezza, sull'autonomia e sulla dignità delle persone^{93,94}. Si evidenzia inoltre che un modello integrato con una collaborazione funzionante degli operatori specializzati è effettivo e permette di risparmiare sui costi^{95,96}. Il medesimo effetto è da prevedere pure nelle abitazioni con servizi di assistenza e uno sviluppo in questa direzione è richiesto⁹⁷. Questo permette non soltanto di sfruttare risorse esistenti, ma garantisce che la permeabilità tra abitazione e offerte di assistenza stazionarie funzioni in entrambe le direzioni³⁵.

5.2.3 Pianificazione, documentazione e valutazione delle prestazioni

Fatta eccezione per la categoria D, tutte le categorie di abitazioni con servizi di assistenza offrono aiuti con una parte preventiva e di promozione. Tali offerte si basano su una valutazione professionale del bisogno. Negli USA l'assistenza adeguata al bisogno è definita quale caratteristica della qualità delle abitazioni con servizi di assistenza e vista come mezzo per evitare sia l'assistenza insufficiente sia quella eccessiva⁸². Il carattere preventivo di prestazioni di assistenza richiede una procedura centrata sui residenti che integra le esigenze della persona nella pianificazione e formula obiettivi corrispondenti.

È utile che la valutazione della qualità si basi sull'organizzazione di questo processo di negoziazioni e sul raggiungimento degli obiettivi posti (criteri di outcome). Il processo di negoziazione è considerato riuscito quando nel corso di un processo di negoziazione la visione individuale del residente (esigenza) può essere collegata con il chiarimento del bisogno dell'operatore specializzato/dell'offerente (bisogno). Per tutte le prestazioni di assistenza vale dunque quale criterio di qualità il grado in cui è possibile mantenere la dignità e una sensazione di indipendenza e autonomia.

Quando si tratta di valutare il raggiungimento degli obiettivi, un ruolo fondamentale spetta alla sicurezza, alle ripercussioni sulle capacità di self-care e alla partecipazione sociale. Le abitazioni con servizi di assistenza dei livelli A-C fanno capo a tali criteri nella garanzia della qualità.

Il collegamento dei criteri di qualità citati creano la base per una buona assistenza. Esso favorisce gli sforzi verso un accesso semplice a un'offerta di prossimità. E non considera la varietà delle qualifiche professionali esistenti come un problema, bensì quale opportunità per l'assistenza di una vita quotidiana riuscita dei residenti. Con la documentazione professionale e la valutazione delle prestazioni si crea inoltre una base di conoscenze per uno sviluppo ulteriore eventualmente necessario. Infine in tal modo si favorisce pure il tanto richiesto sviluppo di un sistema di

finanziamento che tenga conto della complessità di cure e assistenza.

6 Riferimenti bibliografici

1. Ufficio federale di statistica. Popolazione residente permanente secondo l'età, per Cantone, Distretto e Comune, in data 31.12.2017 [internet]. Neuchâtel: UST; 2018. Report No.: su-i-01.02.03.06.xlsx. Disponibile all'indirizzo: <https://www.bfs.admin.ch>
2. Graßhoff G, Renker A, Schröer W. Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. (Lavoro sociale, un'introduzione elementare) Wiesbaden: Springer VS; 2018.
3. Höpflinger F. Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen [Internet]. (Mutamento dell'età/anzianità - nuova età per nuove generazioni) 2017. Disponibile all'indirizzo: www.hoepflinger.com (solo in tedesco)
4. Xue Q-L. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. Clinics in geriatric medicine. 2011; 27(1):1-15
5. Leser M. Herausforderung Alter: Plädoyer für ein selbstbestimmtes Leben. (La sfida dell'età (avanzata): plaidoyer per una vita autodeterminata) Stoccarda: Kohlhammer; 2017.
6. Knöpfel C, Pardini R, Heinzmann C. Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme. (Buona assistenza nell'età avanzata in Svizzera: un inventario) Zurigo: Seismo; 2018.
7. Confederazione svizzera. Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999 (stato 18 maggio 2014) [Internet]. 1999. Disponibile all'indirizzo: <https://www.admin.ch>
8. Ufficio federale di statistica. Statistica spitex 2017: Synthese nach Leistungserbringertyp [Internet]. (sintesi per tipo di fornitore; solamente in D e F) Neuchâtel: UST; 2018. Report No.: su-d-14.04.04-10.1.xlsx. / su-f-14.04.04-10.1.xlsx Disponibile all'indirizzo: <https://www.bfs.admin.ch>
9. Ufficio federale di statistica. Stabilimenti sanitari non ospedalieri: numero di clienti secondo età e sesso [internet], solamente D e F Neuchâtel: UST; 2018. Report No.: je-d-14.04.02.02 / je-f-14.04.02.02 Disponibile all'indirizzo: <https://www.bfs.admin.ch>
10. Ufficio federale di statistica. Statistica spitex [internet]. Neuchâtel: UST; 2017. (enciclopedia statistica svizzera) solo D e F Disponibile all'indirizzo: <https://www.bfs.admin.ch> (??)
11. Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbrunn Kohler A. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. (Il bisogno di cure delle persone anziane e le cure di lunga durata) solo D e F Berna: Huber; 2011.
12. Werner S, Kraft E, Mohagheghi R, Meuli N, Egli F. Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz [Internet]. (offerta e fruizione di strutture intermedie per persone anziane in Svizzera) solo in D Neuchâtel: OBSAN; 2016. (OBSAN Dossier 52). Disponibile all'indirizzo: www.obsan.ch
13. Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità & Ufficio federale della sanità pubblica Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe. (nuovi modelli di assistenza nelle cure mediche di base. rapporto del gruppo di lavoro) solo D e F Berna: CDS & UFSP; 2012. (Dialogo sulla Politica sanitaria nazionale).
14. Osservatorio svizzero della salute. Langzeitpflege in den Kantonen: Drei Betreuungsmodelle. (Cure di lunga durata nei Cantoni: tre modelli di assistenza.) solo in D e F Neuchâtel: Obsan; 2016 p. 1–8. Report No.: 13. (FF 2005/1835)
15. Bannward L, Künzi K. Untersuchung zum betreuten Wohnen - Einsparpotential, Ausmass der Hilfsbedürftigkeit, Höhe des EL-Pauschalbeitrags. (Studio sulle abitazioni con servizi di assistenza - potenziale di risparmio, estensione del bisogno di aiuto, ammontare del contributo forfettario PC) Berna: Büro Bass; 2018.
16. Vorgrimler D, Wübben D. Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. (Il metodo Delphi e la sua attitudine quale strumento di prognosi) Wirtschaft und Statistik. (economia e statistica) 2003;(8):763–74.
17. Brady SR. The Delphi Method. In : Jason LA, Glenwick DS, editori. Handbook of Methodological Approaches to Community-based Research: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 61-7
18. Oesch T, Künzi K. Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen. (Basi giuridiche cantonali e regolamentazioni per le abitazioni con servizi di assistenza) Berna: Büro Bass; 2016.
19. Meier K. Hilfe ist jederzeit zur Stelle [Internet]. (l'aiuto è disponibile in ogni momento) Zurigo:

- Fondazione Age; 2016 p. 19–27. (Age Dossier). Disponibile all'indirizzo: <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
20. Rügger H. Wohnformen im Alter [Internet]. (forme abitative nell'età avanzata) Berna: CURAVIVA Svizzera. Settore specializzato Persone anziane; 2014. Disponibile all'indirizzo: www.curaviva.ch
 21. Höpflinger F, Van Wezemaal J. Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. (Abitare nell'età avanzata, basi e tendenze) Zurigo: Seismo; 2014.
 22. Jann A. Man kann nur denken, was man kennt, und man kann nur wählen was es gibt. (si può pensare solamente a ciò che si conosce, e si può scegliere soltanto ciò che esiste) Eine explorative Studie des Wohn-Handelns bei alleinlebenden Menschen unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren. (uno studio esplorativo dell'abitare-agire delle persone sole tenendo conto di fattori sociali) In : Age Report III Wohnen im höheren Lebensalter - Grundlagen und Trends. Zurigo: Seismo; 2014. p. 159-67
 23. Carder P, O'Keefe J, O'Keefe C. Compendium of Residential Care and Assisted Living Regulations and Policy 2015 Edition. [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health & Human Services (ASPE); 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/>
 24. Zimmerman S, Sloane PD. Definition and classification of assisted living. *The Gerontologist*. 2007;47(suppl_1):33–39.
 25. Bühl H, Nagel Dettling M. Gute Betreuung im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Zurigo: Fondazione Paul Schiller; 2018.
 26. Hotz R, Ambrož F. Expertenbericht zum Postulat von S. Rigoni und L. Camenisch «Betreutes Wohnen statt verfrühter Heimeintritt» vom 12. Dezember 2016 (KR-Nr. 404/2016). (rapporto di esperti in merito al postulato di S. Rigoni e L. Camenisch «Abitazioni con servizi di assistenza invece di un trasferimento precoce nell'istituto di cura» del 12 dicembre 2016 (n° KR 404/2016)) Pro Senectute Canton Zurigo; 2016.
 27. Imhof L, Mahrer-Imhof R. Betreuung Plus: Ein Projekt der Spitex Mittelthurgau. (Assistenza un punto positivo: un progetto dello spitex Mittelthurgau) Winterthur: Nursing Science & Care; 2018 p. 1–30.
 28. Consiglio federale. Messaggio concernente la legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Berna: Consiglio federale svizzero; 2005 Report No.: 05.025. (FF 2005/1835)
 29. Gürtler D, Schäfer C, Breit S. Take Care: Der Mensch emanzipiert sich vom Betreuungssystem. Das wird die Care-Branche revolutionieren. [Internet]. Zurigo: GDI; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://gdi.ch>
 30. Strohmeier Navarro Smith R, Koch U, Baumeister B, Beck T. Pflege von morgen: Wo endet die Hilfe im Haushalt, wo beginnt die Pflege? Und wer trägt die Kosten für den stetig steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf? Dringliche Fragen, die auf Antworten warten. (Domande urgenti che attendono risposta) Zurigo: ZHAW Soziale Arbeit; 2016 S. 6–7. (Scuola universitaria per le scienze applicate di Zurigo Lavoro sociale; 2016 p. 6-7) (sociale). Report No.: 6. (FF 2005/1835)
 31. Wiesli U, Decurtins U, Zuniga F. Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen. Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis [Internet]. (Prevenzione delle cadute negli istituti per anziani e di cura. Strumento di analisi e informazioni specializzate quale guida per la pratica [internet]). Berna: Ufficio federale per la prevenzione degli infortuni; 2013. (documentazione specializzata upi). Report No.: 2.120. (FF 2005/1835) Disponibile all'indirizzo: <https://www.bfu.ch/it>
 32. Radiotelevisione svizzera SRF. Notfallalarm: Swisscom-Tochter mit happigem Aufschlag. *Espresso*. SRF Radiotelevisione svizzera di lingua tedesca; 2018
 33. Hawes C, Phillips CD, Rose M, Holan S, Sherman M. A national survey of assisted living facilities. *The Gerontologist*. 2003; 43(6):875-882
 34. Arnold U. In Sursee geht man heute ins betreute Wohnen. (A Sursee oggi ci si trasferisce nelle abitazioni con servizi di assistenza) [Internet]. Zurigo: Fondazione Age; 2016 p. 30-2. (Age Dossier). Disponibile all'indirizzo: <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
 35. Köppel R. Was Betagte sich wünschen [Internet]. (Ciò che desiderano le persone anziane) Zurigo: Fondazione Age; 2016 p. 5-10. (Age Dossier). Disponibile all'indirizzo: <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
 36. Schulz M. Lebensphasen: Kind, Jugend, Alter. (Fasi della vita: infanzia, gioventù, vecchiaia) In : Graßhoff G, Renker A, Schröer W, editori. *Soziale Arbeit: eine elementare Einführung*. (Lavoro sociale: un'introduzione elementare) Wiesbaden: Springer VS; 2018. p. 3-18

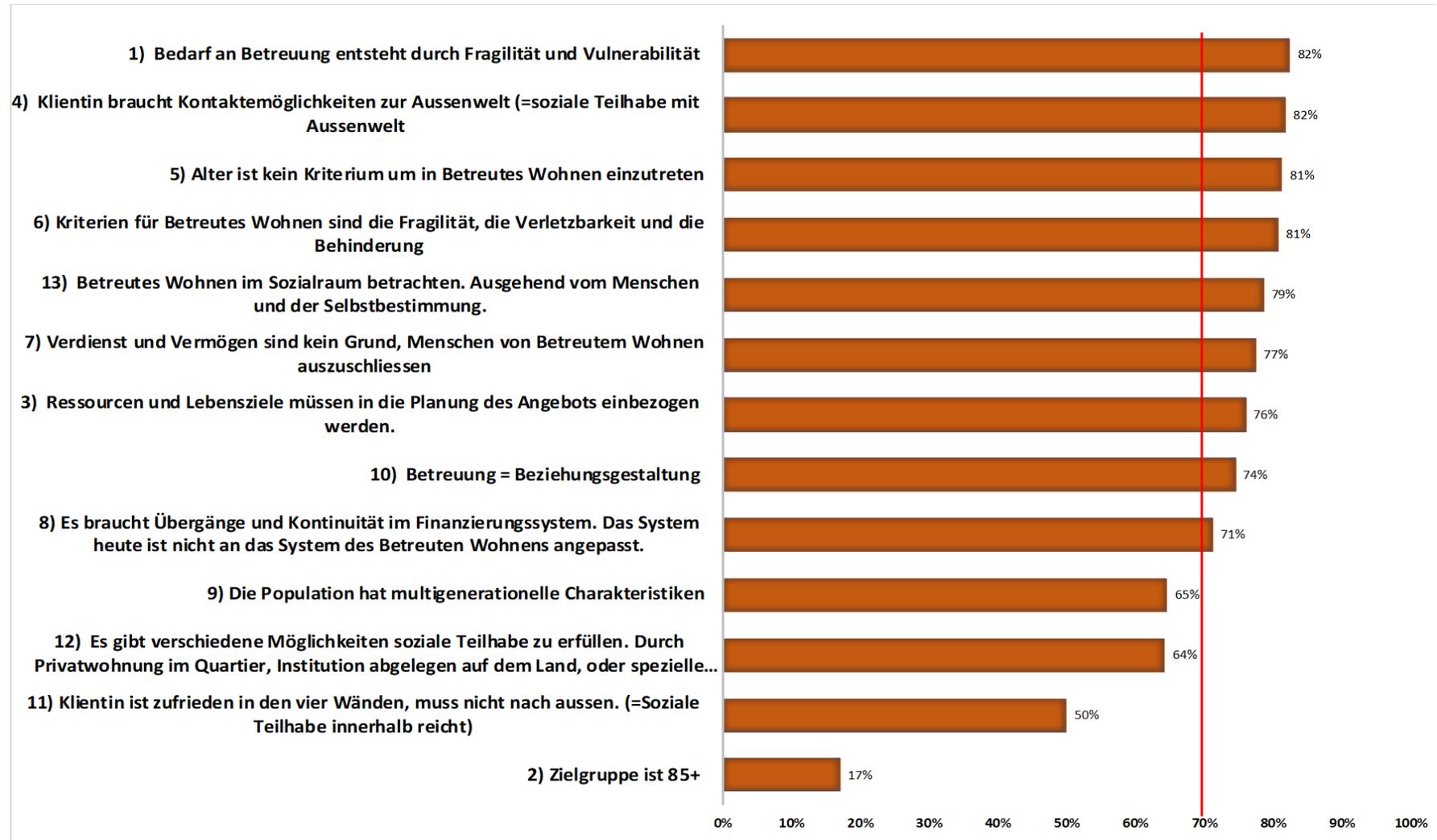
37. Hawes C, Phillips CD. Defining quality in assisted living: Comparing apples, oranges, and broccoli. *The Gerontologist*. 2007;47(suppl_1):40-50.
38. World Health Organization. (Organizzazione mondiale della sanità) World Report on Ageing and Health. Ginevra: OMS; 2015. 1-246 p.
39. Wenger S. Pflege zwischen Haus und Heim [Internet]. (Cure tra casa e istituto di cura) Zurigo: Fondazione Age; 2016 p. 33-7. (Age Dossier). Disponibile all'indirizzo: <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
40. Lange-Lagemann D. Betreutes Wohnen für Senioren: Ein Konzept für den ländlichen Raum des Kreises Steinfurt. diplom.de; 2010. (Abitazioni con servizi di assistenza per anziani: un progetto per la regione rurale del distretto di Steinfurt) 156 p.
41. Meier K. Wir lassen Menschen mit Demenz Zeit [Internet]. (Diamo tempo alle persone affette da demenza) Zurigo: Fondazione Age; 2016 p. 38-9. (Age Dossier). Disponibile all'indirizzo: <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
42. Gysi B. Pflege und Betreuung sind eine Einheit [Internet]. (Cure e assistenza formano un tutt'uno) Postulato 17.3808 Berna: Parlamento svizzero - Curia Vista - Banca dati degli oggetti; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.parlament.ch/it>
43. Cosandey J. Betreutes Wohnen mit Ergänzungsleistungen finanzieren? (Finanziare le abitazioni con servizi di assistenza tramite le prestazioni complementari?) [Internet]. Zurigo: Fondazione Age; 2016 p. 54-5. (Age Dossier). Disponibile all'indirizzo: <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
44. Lenz K, Gruetter M, Haering B. Konzept Vulnerabilität [Internet]. (Il concetto di vulnerabilità) Zurigo: Pro Senectute Svizzera; 2014. Disponibile all'indirizzo: www.econcept.ch
45. Grunwald K, Thiersch H, editori. Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit: Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. (Prassi del lavoro sociale orientato al mondo vitale: accessi alle azioni e metodi in campi di lavoro diversi) 2. ed. Weinheim: Juventa; 2008. 496 p. (Grundlagentexte Pädagogik).
46. Dahlin-Ivanoff S, Haak M, Fänge A, Iwarsson S. The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007; 14(1):25-32
47. Imhof L. Gesundheit und Wohnen im Alter - Eine Herausforderung für die professionelle Pflege. (Salute e abitare in età avanzata - una sfida per le cure professionali) In : Höpflinger F, Van Wezemael J, editori. Age Report III Wohnen im höheren Lebensalter - Grundlagen und Trends. Zurigo: Seismo; 2014. p. 169-77
48. Gasser N, Knöpfel C, Seifert K. Erst agil, dann fragil: Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen. (Prima agili, poi fragili: transizione dalla «terza» alla «quarta» età delle persone vulnerabili) prima edizione. Pro Senectute Svizzera, editore. 2015. 1-126 p.
49. Borg C. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;(15):607-18.
50. Abley C. Responding to vulnerability in old age: patient-centered care. *Nursing Standard*. 2012; 27(9):42-6
51. LeBlanc RG, Jacelon CS. Self-care among older people living with chronic conditions. *International Journal of Older People Nursing*. 2018;(e12191):1-9.
52. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.
53. Krohwinkel M. Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens [Internet]. (Attività, relazioni ed esperienze esistenziali della vita) 1999. Disponibile all'indirizzo: <https://www.pflegewiki.de>
54. World Health Organization. (Organizzazione mondiale della sanità) Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 2017.
55. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. St Louis, Missouri: Mosby; 1991.
56. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. August 2009;46(8):1143-7.
57. Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*. 2010;79:167-72.
58. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. giugno 2014;17(3):303-10.
59. Borgetto B. Pflege und Selbsthilfe im Kontext von chronischer Krankheit und Behinderung. (Cure e auto-aiuto nel contesto delle malattie croniche e delle disabilità) *Cure (infermieristiche)*. ottobre

- 2005; 18(5):313-9
60. Nolan M. Successful ageing: keeping the «person» in person-centred care. *Br J Nurs.* 2001; 10(7):450-4
 61. Nolan M, Brown J, Davies S, Nolan J, Keady J. *The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach.* Sheffield: University of Sheffield; 2006.
 62. Rügger H. Würde und Autonomie im Alter. (Dignità e autonomia nell'età avanzata) *Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen. (Sfide etiche nelle cure infermieristiche e nell'assistenza delle persone anziane)* [Internet]. 2013. Disponibile all'indirizzo: www.curaviva.ch
 63. Organizzazione mondiale della sanità, editore. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action.* Ginevra: OMS; 2002. 112 p.
 64. United Nations Economic Commission for Europe. *Innovative, wirkungsvolle Pflegestrategien. (Strategie di cura innovative ed efficaci)* Ginevra: UNECE; 2015 p. 1–20. (UNECE Kurzdossier zum Thema Altern; breve dossier sull'argomento dell'invecchiamento). Report No.: 15. (FF 2005/1835)
 65. Jäggi J, Künzi K. *Unterstützung für Hilfe-und Pflegebedarf im Alter—Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz. (Sostegno per il bisogno di aiuto e di cura nell'età avanzata - un confronto dei sistemi tra Germania, Giappone e la Svizzera).* Berna: Büro Bass; 2015.
 66. Bieri O, Amberg H, Ramsden A. *Begleitende Evaluation zum Projekt Känzeli Ebikon. (Valutazione accompagnatoria al progetto Känzeli Ebikon).* Rapporto finale. Lucerna: Interface; 2017. Report No.: P16-40.
 67. United Nations Economic Commission for Europe. *Aktives Altern. (Invecchiamento attivo)* Ginevra: UNECE; 2012 p. 1-16. (Policy brief). Report No.: 13. (FF 2005/1835)
 68. Höpflinger F. *Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder [Internet]. (Relazioni sociali in età avanzata - sviluppi e campi problematici)* 2009. Disponibile all'indirizzo: www.hoepflinger.com (solo in tedesco)
 69. Kahneman D, Krueger AB, Schkade DA, Schwarz N, Stone AA. *A Survey Method for Characterizing Daily Life Experience: The Day Reconstruction Method.* *Science.* 2004; 306(5702):1776-80
 70. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. *Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population.* *Am J Public Health.* 2008; 98(7):1215-20
 71. Hansen LR, Pedersen SB, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Ullits LR. *Associations between the structural and functional aspects of social relations and poor mental health: a cross-sectional register study.* *BMC Public Health.* 2017;17(1):860.
 72. Jessen MAB, Pallesen AVJ, Kriegbaum M, Kristiansen M. *The association between loneliness and health - a survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark.* *Aging Ment Health.* 2017;1–6.
 73. Nicholson NR. *A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults.* *J Prim Prev.* 2012;33(2–3):137–52.
 74. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. *Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey.* *PLoS One.* 2017;12(7):e0181442.
 75. Frey-Wettstein F, Raymann A. *Imperativ der Vernetzung. Leben und Wohnen im Alter: vernetzt denken und handeln. (Imperativo del collegamento in rete. Vivere e abitare da anziani: pensare e agire in rete)* Schweizer Gemeinde. 2018;(8):34-5.
 76. Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. *Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing.* *International Journal of Nursing Studies.* 2015; 52(1):393-402
 77. Benner P, Wrubel J. *The Primacy of Caring.* Menlo Park: Addison-Wesley; 1989.
 78. Beuthin RER. *Cultivating a narrative sensibility in nursing practice.* *Journal of Holistic Nursing.* 2015; 33(1):98-102
 79. Crary P. *Relatedness matters.* *Holistic Nursing Practice.* 2016; 30(6):345-50
 80. Dinç L, Gastmans C. *Trust in nurse–patient relationships: A literature review.* *Nurs Ethics.* 2013; 20(5):501-16
 81. Dwarswaard J, Bakker EJM, van Staa A, Boeije HR. *Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies.* *Health Expectations.* 2016; 19(2):194-208
 82. *Assisted Living Workgroup. Assuring Quality in Assisted Living: Guidelines for Federal and State*

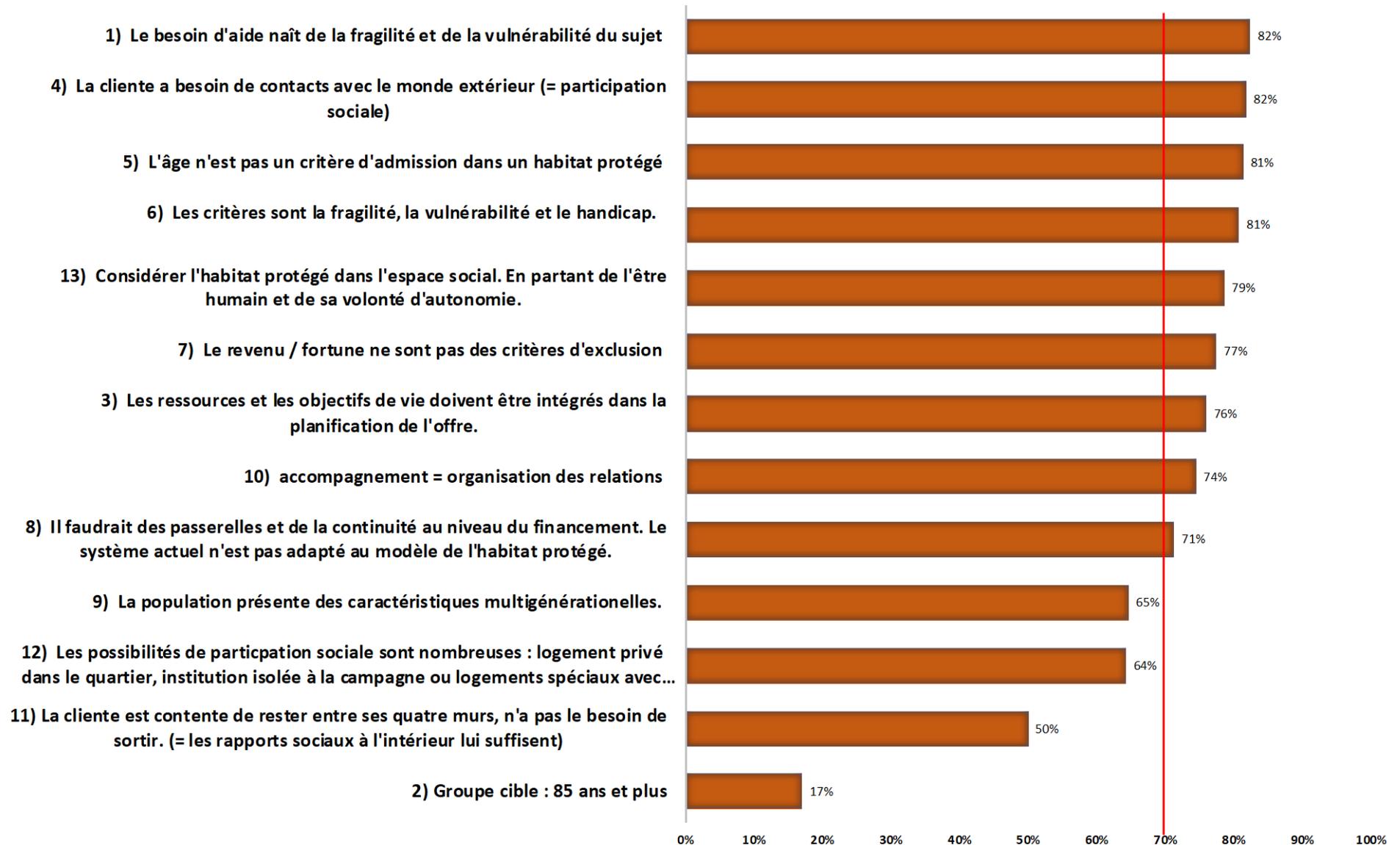
- Policy, State Regulation, and Operations. Washington D.C.: US Senate Special Committee on Aging; 2003.
83. Köppel R. Alternativen zum Heim. Bewohner mit niedriger Pflegestufe [Internet]. (Alternative alla casa di cura. Residenti con basso livello di cure.) Rikon: OrgaVisit; 2016 p. 1–55. Disponibile all'indirizzo: www.orgavisit.ch
 84. Engels D. Wunsch und Wirklichkeit des betreuten Wohnens. Die Ergebnisse einer Bewohnerbefragung im Licht der sozial-gerontologischen Fachdiskussion [Internet]. (Desiderio e realtà dell'abitare con servizi di assistenza. I risultati di un'indagine condotta tra i residenti alla luce della discussione socio-gerontologica tra specialisti) Colonia: ISG - Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH; 2001. Disponibile all'indirizzo: <https://www.ISG-institut.de>
 85. Hürny C, Münzer T. Übertherapiert? Vernachlässigt? Die vierte Generation aus geriatrischer Sicht. (Terapie eccessive? Trascurati? La quarta generazione dal punto di vista geriatrico.) In : La quarta età. Lucerna: Caritas; 2011. p. 133-48 (Sozialalmanach).
 86. Ryter E, Barben ML. Das vierte Lebensalter ist weiblich: Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter. (La quarta età è femminile: cifre, fatti e riflessioni sulla qualità di vita in età avanzata) Berna: Grossmütter Revolution; 2012.
 87. Barben ML, Stocker M, Gurtner B. Evaluation Neuordnung Pflegefinanzierung - Pflichtenheft - Brief an das Bundesamt für Gesundheit. (Valutazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure - cahier de charges - Lettera all'Ufficio federale della sanità pubblica) 2016.
 88. Madörin M. Ökonomisierung des Gesundheitswesens- Erkundungen aus der Sicht der Pflege. (Economizzazione del sistema sanitario - Esplorazioni dal punto di vista delle cure (infermieristiche)) Winterthur: ZHAW Institut für Pflege (Scuola universitaria per le scienze applicate di Zurigo Istituto per le cure infermieristiche); 2015.
 89. Van der Kooij C. Das mütterliche Pflege- und Betreuungsmodell. (Il modello di cure e assistenza maieutico) 2. ediz. Berna: Hogrefe; 2017.
 90. Gedamke S, Kessler O, Wächter M, Willisegger J, Jehle K. Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026 [Internet]. (Confederazione, Cantoni e Comuni nell'assistenza sanitaria integrata: scenari di ruolo 2026) Neuägeri: Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (Forum svizzero delle cure integrate); (Denkstoff No 4). Disponibile all'indirizzo: <https://www.fmc.ch>
 91. Ufficio federale di statistica. Gesundheit: Taschenstatistik 2016 [Internet]. (Sanità: Statistica tascabile 2016) Neuchâtel: UNECE; 2016 p. 1-43. (sanità). Report No.: 14. (FF 2005/1835) Disponibile all'indirizzo: <https://www.bfs.admin.ch>
 92. Kieft RA, de Brouwer BB, Francke AL, Delnoij DM. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 13. Juni 2014;14:249.
 93. Aufderreggen C, Ochsner S, Pfäffli E, Ledermann Bulti U. Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen in der NPO Spitex - Eine Notwendigkeit. Die Grundhaltung des Spitex Verbandes Schweiz. (Prestazioni di economia domestica e di assistenza sociale nel NPO Spitex - una necessità. La posizione di base della federazione svizzera Spitex) Berna: Spitex Verband Schweiz (Associazione svizzera d'assistenza e cure a domicilio); 2016.
 94. Wächter M, Hafen M, Bommer A, Rabhi-Sidler S. Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick (Schlussbericht). (Il futuro delle prestazioni di economia domestica dello spitex. Messa a punto della situazione e previsione (rapporto finale)). Lucerna: Hochschule Luzern (Università di Lucerna); 2015.
 95. Cavedon E, Minnig C, Zängl P. Übertragung des Buurtzorg-Modells auf schweizerische Verhältnisse. (Trasposizione del modello Buurtzorg alla situazione svizzera). Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz (Scuola universitaria professionale della Svizzera nord-occidentale); 2017.
 96. RCN Policy and International Department. The Buurtzorg Nederland (home care provider) model. Observations for the United Kingdom (UK). London: Royal College of Nursing; 2016.
 97. Paul-Schiller-Stiftung. (Fondazione Paul Schiller) Gute Betreuung im Alter: Perspektiven für die Schweiz. (Buona assistenza nell'età avanzata: prospettive per la Svizzera) Zurigo: fondazione Paul Schiller; 2018.

7 Allegato 1: Tesi Delphi

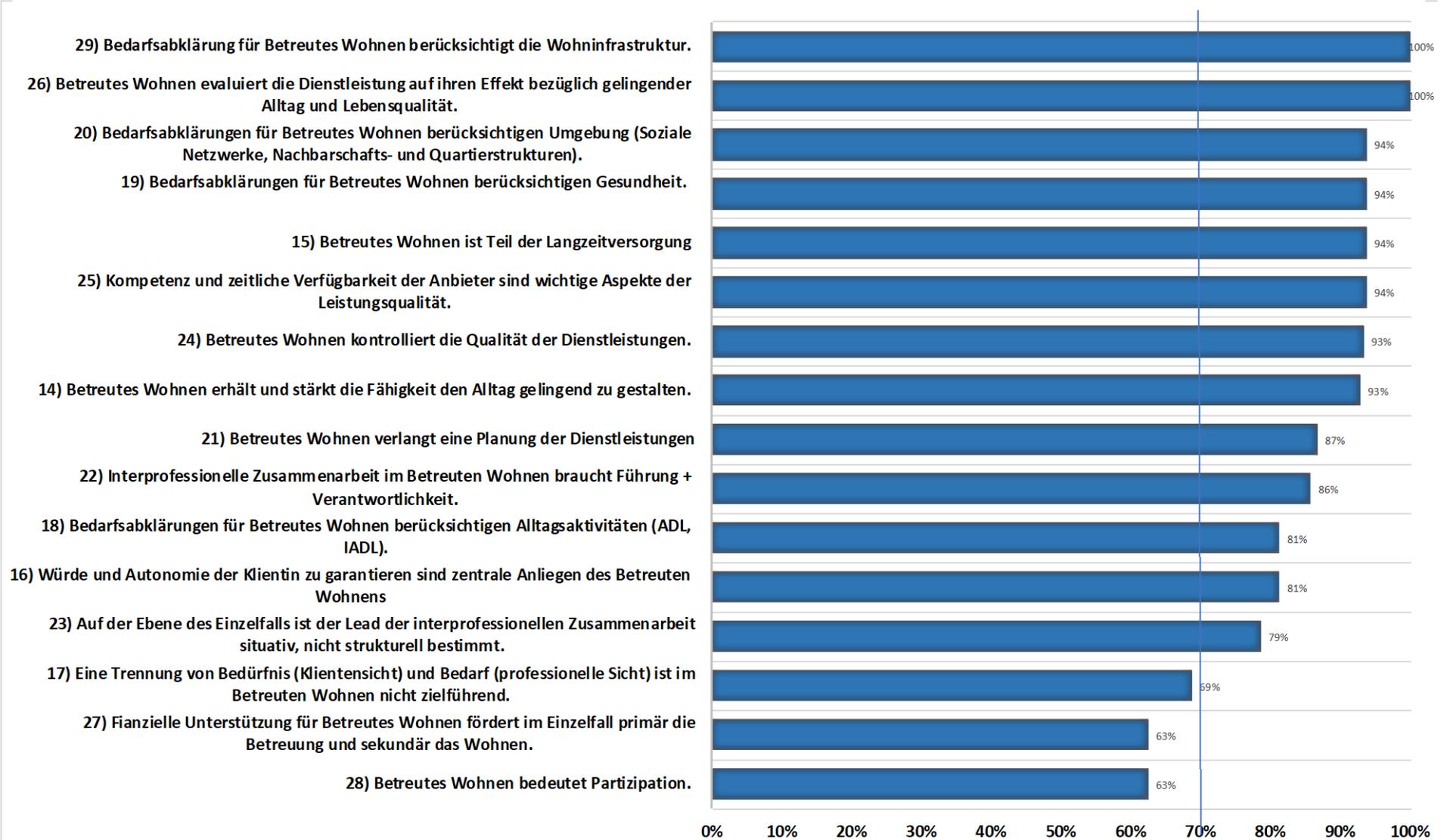
Delphi-Study 1st Round: Participants N=26 / Response rate n=20, 77%. / Theses accepted 9 of 13. (German)



Delphi-Study 1st Round: Participants N=26 / Response rate n=20, 77%. / Theses accepted 9 of 13. (FRENCH)



Delphi-Study 2nd Round: Participants N=34 / . Response rate n=16, 47%. / Theses accepted 13 of 16. (German)



Delphi-Study 2nd Round: Participants N=34 / . Response rate n=16, 47%. / Theses accepted 13 of 16. (French)

