

Interventi regionali per la non autosufficienza a confronto

Cristiano Gori

Unicatt & Irs, Milano, Lse, Londra

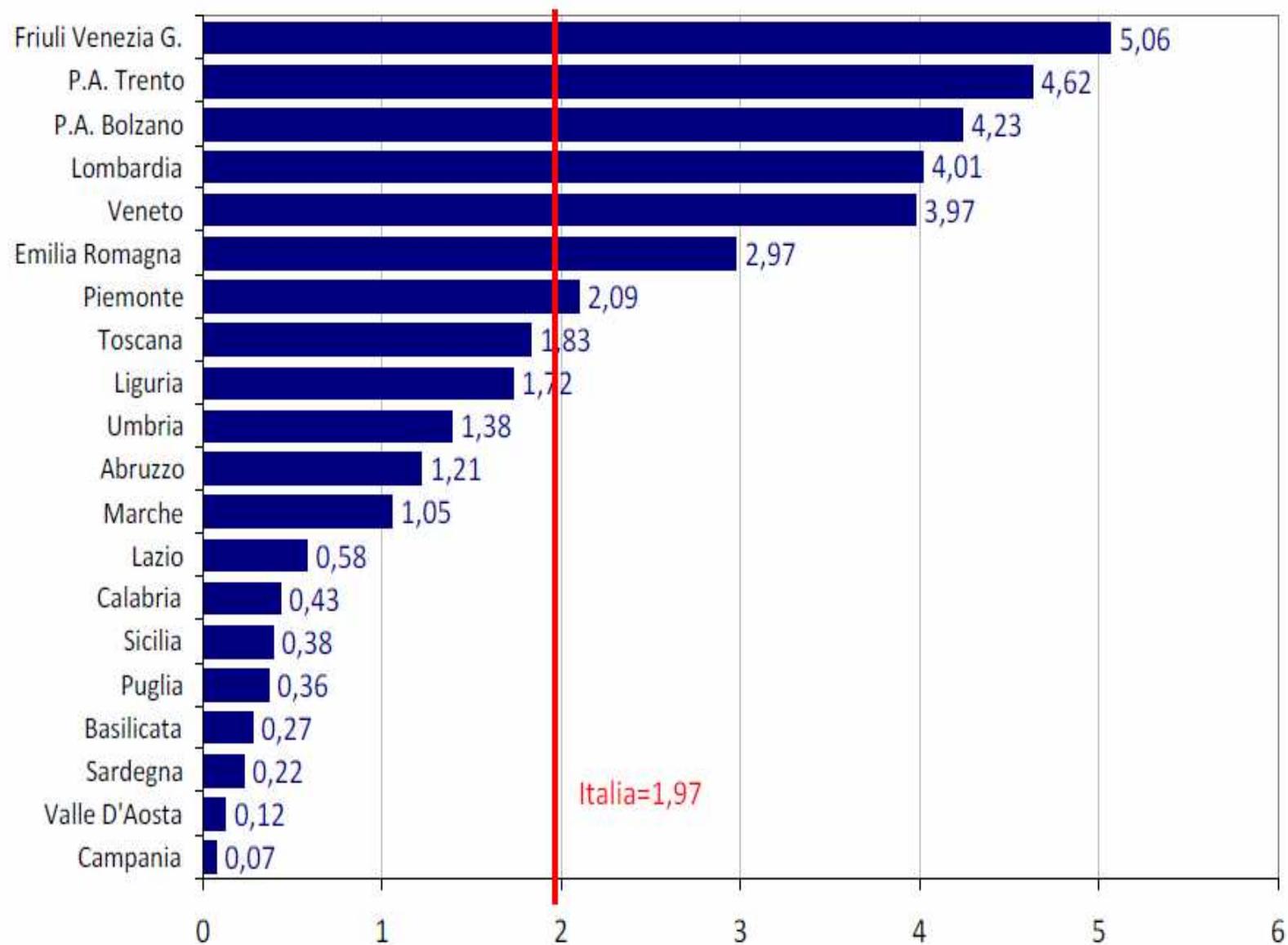
Bolzano, 23/11/2011

I Temi

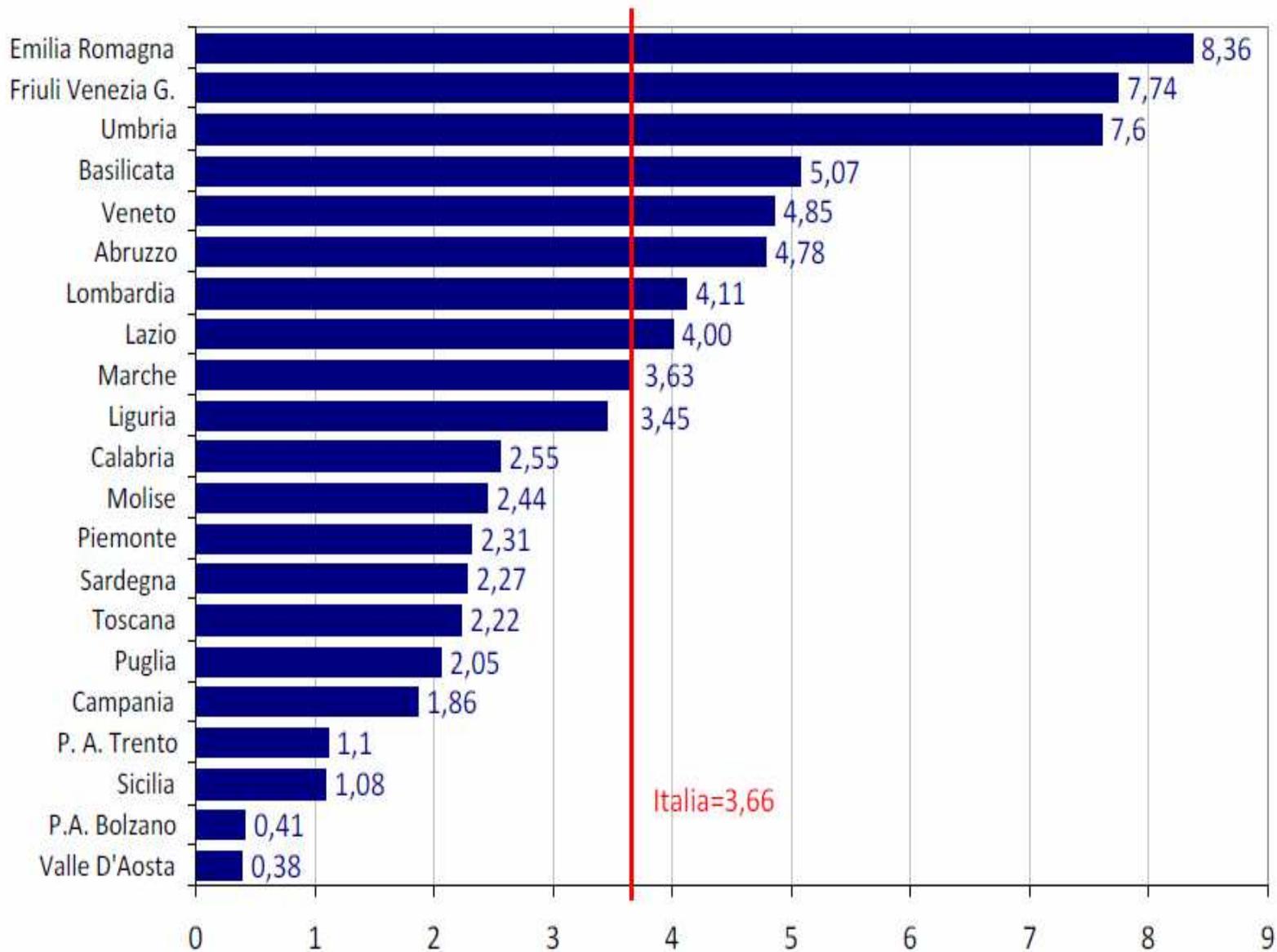
1. Il mix d'interventi
2. La fase attuale
3. Il percorso nei servizi
4. Gli strumenti per la valutazione dell'utente
5. La regolazione dell'offerta
6. La partecipazione degli utenti al costo dei servizi
7. Le assistenti familiari

1. Il mix d'interventi

Assistenza agli anziani in strutture residenziali - utenti ogni 100 anziani - anno 2009



Assistenza domiciliare integrata - casi di anziani ogni 100 residenti anziani - anno 2009



Servizio di Assistenza Domiciliare comunale per anziani: copertura, spesa media per utente e livello di integrazione con i servizi sanitari per regione – Anno 2007

	Copertura %	Spesa per utente (in €)	% integrazione con assistenza domiciliare sanitaria
Piemonte	1,4	1.135	49,2
Valle d'Aosta	4,3	4.136	11,4
Lombardia	1,9	1.624	61,1
Trentino-Alto Adige	3,8	3.779	2,4
- Bolzano-Bozen (e)	4,1	3.340	0,0
- Trento	3,6	4.219	4,9
Veneto	1,7	1.582	100,0
Friuli-Venezia Giulia	2,7	2.026	10,7
Liguria	1,3	1.877	4,0
Emilia-Romagna	1,6	2.296	38,4
Toscana	1,4	1.717	28,8
Umbria	0,5	1.500	100,0
Marche	0,9	2.070	17,7
Lazio	1,2	2.318	42,1
Abruzzo	2,3	1.357	12,9
Molise	3,2	818	6,8
Campania	2,1	1.169	10,4
Puglia	0,9	1.557	54,3
Basilicata	1,5	1.575	18,0
Calabria	1,4	815	30,6
Sicilia	2,5	1.557	3,4
Sardegna	2,5	2.928	7,3
ITALIA	1,7	1.761	47,4

Fonte: ISTAT

Tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento per invalidità civile secondo regione di appartenenza (per cento anziani), anni 2004-2008.

<i>Regioni</i>	Tasso di copertura degli over 65 (%)		
	2004	2008	Var. 2004-2008
Abruzzo	12,2	14,6	+ 2,4
Basilicata	10,8	12,6	+ 1,8
Calabria	14,2	18,0	+ 3,8
Campania	13,4	17,1	+ 3,7
Emilia-Romagna	9,9	11,4	+ 1,5
Friuli-Venezia Giulia	10,3	12,0	+ 1,7
Lazio	9,4	12,8	+ 3,4
Liguria	9,7	11,2	+ 1,5
Lombardia	8,8	10,2	+ 1,4
Marche	11,3	13,8	+ 2,5
Molise	8,1	12,1	+ 4,0
Piemonte	8,4	9,5	+ 1,1
Puglia	10,5	14,8	+ 4,3
Sardegna	12,3	15,9	+ 3,6
Sicilia	10,6	13,1	+ 2,5
Toscana	9,8	11,5	+ 1,7
Trentino-Alto Adige	7,0	7,8	+ 0,8
Umbria	15,9	19,9	+ 4,0
Valle d'Aosta	9,6	10,1	+ 0,5
Veneto	9,2	10,9	+ 1,7
Italia	10,2	12,5	+ 2,3

Fonte: ISTAT

Gli assegni di cura

- *Assegni*= contributi economici forniti da Asl o Comuni agli anziani non autosuff o ai loro familiari per finanziare l'assistenza ai primi, da impiegare liberamente
- *Legislatura regionale 2005-2010*= loro grande diffusione, sono l'unica misura compresa in tutti i Fondi regionali per la non autosufficienza. In tutto il centro nord utenza anziana è sopra 1%, in varie realtà sopra il 2% (ad es F.V.G. e Veneto). Iniziano a diffondersi anche nel meridione.
- *Tem*i:
cresce utenza e diminuisce intensità
monetizzazione della cura
quale presa in carico
assistenti familiari (parte 9)

2. La fase attuale

A partire dal 2000.....

- *Scorso decennio* = la non autosufficienza è diventata, progressivamente, un settore di rilievo in molte Regioni italiane
- *Legislatura regionale 2005-2010* = la non autosufficienza si è spesso imposta come una priorità delle amministrazioni («Fondi regionali per la non autosufficienza»)
- *Legislatura regionale 2010-2015* = per lungo tempo è stata diffusa l'aspettativa che avrebbe visto un ulteriore rafforzamento del settore

Le ragioni di un arretramento

Oggi, invece, la crisi mette a rischio i percorsi regionali e locali di riforma. Tre motivi principali:

- *Sociale* = tagli agli Enti Locali e ai Fondi sociali nazionali
- *Socio-sanitario* = i crescenti vincoli posti alla spesa sanitaria, che rendono sempre più problematica l'ipotesi di spostare risorse, all'interno del bilancio regionale, dalla sanità acuta alla non autosufficienza
- *Stato* = percezione diffusa che lo Stato non intenda aiutare le Regioni a sviluppare i servizi neppure nel prossimo futuro

Se le Regioni rinunceranno ai percorsi di riforma avviati?

Le conseguenze	Cosa significa in pratica
<i>Le famiglie non ricevono le competenze che richiedono</i>	<ul style="list-style-type: none">• Rallentamento dei servizi di informazione/consulenza• Domiciliarità sempre più prestazionale
<i>Un welfare delegante è di bassa qualità</i>	<ul style="list-style-type: none">• La riduzione dei finanziamenti spinge ad abbassare la qualità dei servizi• I. accompagnamento non prevede tutele alla qualità del <i>care</i>
<i>Una questione di donne</i>	<ul style="list-style-type: none">• E' donna l'assistente familiare che assiste• E' donna la familiare che fa "regia"
<i>Un lavoro spesso sfruttato</i>	<ul style="list-style-type: none">• Meno risorse nei servizi si scaricano (anche) sugli operatori
<i>Non autosufficienza come origine di disuguaglianza</i>	<ul style="list-style-type: none">• Nei servizi residenziali un gruppo crescente di famiglie non riesce a pagare retta o lo fa solo a costo del proprio impoverimento
<i>Il futuro perde i pezzi</i>	<ul style="list-style-type: none">• Il modello d'intervento che si prefigura prevede basse aspettative di qualità e alto coinvolgimento dei familiari. Entrambi i presupposti sono destinati, nel futuro, a indebolirsi

3. Il percorso nei servizi

Il percorso nei servizi.

- Nel periodo 2005-2010 tutte le Regioni convergono su un obiettivo: **sostenere il percorso assistenziale e costruire un sistema per presidiarne le fasi fondamentali** (accesso, valutazione iniziale, progettazione personalizzata, responsabilità nel tempo/case manager). Fa eccezione la Lombardia, che dal 2008 mostra però segnali di cambiamento.
- Situazioni di partenza, capacità di tradurre il “dichiarato” nella pratica operativa e velocità di realizzazione del cammino di sviluppo sono molto diverse nelle varie Regioni.
- Si rintracciano quattro percorsi assistenziali principali (due agli estremi opposti e due intermedi) e cinque preminenti modalità di accesso agli interventi.
- Punti da approfondire in futuro: aspetti tecnici e modalità attuative.

Visione d'insieme del percorso nei servizi

Fasi del percorso \ Tipologia di percorso	Percorso deregolato	Posizione intermedia 1	Posizione intermedia 2	Percorso regolato
Accesso: PUA	NO	NO	SI	SI
Valutazione e progettazione: UVG	NO	SI	SI	SI
Responsabilità nel tempo: CASE MANAGER	NO	NO	NO	SI
<i>Esempi</i>	Lombardia 2000-2008	Calabria, Molise	Liguria, Piemonte	Toscana, Marche

Cure domiciliari: la fase della segnalazione/accettazione.

Regioni	Chi fa la segnalazione	proposta obbligatoria del MMG?	Dove si accolgono le domande
Abruzzo	Singolo cittadino o familiare, MMG o PLS, servizi sociali, Servizi sanitari, servizi istituzionali (scuola, ecc.), servizi non istituzionali (volontariato, cooperative, ecc.).	No	Punto unico di accesso
Basilicata	MMG, medico ospedaliero all'atto della dimissione, struttura residenziale, servizi sociali, volontariato, cooperative, familiari.	No	Centro di coordinamento delle Cure domiciliari e delle cure palliative
Emilia Romagna		No	Sportello sanitario: in ogni distretto un unico punto di riferimento
Lazio	Chiunque.	Si	MMG
Lombardia		Si	Punto unico di accesso
Molise	Diretto interessato, famiglia, vicinato, volontariato.	Si	Porta unitaria di accesso
Puglia		No	Punto unico di accesso
Sardegna	MMG, PLS, reparto ospedaliero, servizio sociale, familiari, altri soggetti della rete informale.	Si	Punto unico di accesso
Sicilia	Famiglia, medico, comune, ospedale, altro.	No	Ufficio assistenza domiciliare del distretto
Toscana	MMG, Medico ospedaliero, Operatore socio-sanitario, Familiari, Volontariato.	Si	Punto unico di accesso
Umbria	MMG. Possono farla anche la famiglia, i servizi sociali, la RSA, il reparto ospedaliero.	Si	MMG
Veneto		No	punto di accesso unitario per la domiciliarità

Fonte: Pesaresi, 2010

Modelli di accesso agli interventi

Modelli	Regioni	Prestazioni	Note
1.Porta sociale senza presa in carico	Emilia Romagna, Liguria, Marche	Sociali	Modalità organizzativa della accoglienza che non si sovrappone all'organizzazione dei Servizi sociali.
2.Porta sociale con presa in carico	Umbria	Sociali	Riproduce modello dei servizi sociali (segretariato sociale + servizio sociale professionale).
3.Sportello sanitario	Emilia Romagna, Marche	Sanitarie	Per le prestazioni sanitarie distrettuali
4.Punto unico di accesso	Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana	Sociali, sociosanitarie, sanitarie	In genere per prestazioni sociali e sociosanitarie. Più raramente anche le altre prestazioni distrettuali.
5. Segretariato sociale	Lombardia	Sociali	Modalità organizzativa della accoglienza che si sovrappone all'organizzazione dei Servizi sociali.

Le scelte regionali relative alla valutazione multidimensionale

Percorsi della valutazione	Strumenti di valutazione	Composizione dell'UVM	Il potere di spesa del membro comunale
<i>Valutazione uguale per tutti</i> : tutti i casi vengono sottoposti alla UVM (es. Sicilia).	Vengono usati <i>strumenti di valutazione monodimensionali</i> . (es. Abruzzo)	I membri dell'UVM sono indicati <i>solo dalla ASL</i> . (es. Calabria)	Il membro comunale dell'UVM <i>non ha potere di spesa</i> . (Marche).
<i>Valutazione differenziata</i> : I casi complessi vengono sottoposti alla UVM mentre è prevista una procedura semplificata per i casi semplici (Es. Emilia Romagna, Sardegna, Veneto).	Vengono usati <i>strumenti di valutazione multidimensionali</i> . (Veneto, Puglia, Trento, ecc.)	Un membro dell'UVM viene <i>indicato dall'ambito sociale o dal comune</i> (Es. Campania, Friuli, Umbria, Marche, ecc.).	Il membro comunale dell'UVM <i>ha potere di spesa</i> . (es. Veneto, Toscana)

Fonte: Pesaresi, 2010

Le scelte regionali relative al Case manager

Viene nominato?	Chi lo nomina?	Quali figure?
<p><i>Si</i> (es. Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, ecc.).</p>	<p><i>Il servizio che eroga le cure domiciliari</i> (es. Emilia Romagna, Umbria)</p>	<p>Un membro dell'quipe curante, come un infermiere o un assistente sociale (es. Liguria, Veneto, ecc.)</p>
<p><i>No</i> (Es. Lazio, Puglia, Sardegna, ecc.).</p>	<p><i>L'UVM</i> (Veneto, Marche, ecc.)</p>	<p>MMG (Es. Toscana, ecc.).</p>

Fonte: Pesaresi, 2010

Effetti dei tagli

- La diminuzione dei trasferimenti per la spesa sociale metterà a rischio il potenziamento del percorso dei servizi realizzato in particolare nel 2005-2010
- Di fronte a richieste crescenti e risorse calanti, per non tagliare del tutto gli interventi gli Enti erogheranno servizi sempre più prestazionali e ridotti all'essenziale (per quantità e durata)
- Nel percorso assistenziale, diminuirà il tempo che può "fare la differenza" nella qualità dell'intervento: quello che gli operatori possono dedicare alla progettazione personalizzata, all'ascolto e all'accompagnamento di utenti e caregiver
- Rallenterà anche lo sviluppo dei servizi che hanno lo specifico obiettivo di fornire informazione e consulenza alle famiglie (sportelli informativi, unità di valutazione professionali, indicazioni di figure cui far riferimento nel tempo/case manager)

4. Gli strumenti per la valutazione dell'utente

Le tendenze

- Il tema della valutazione integrata è centrale nella legislazione regionale a favore dei soggetti non autosufficienti, portatori di bisogni complessi.
- Il momento della richiesta e dell'ammissione alle prestazioni viene collegato a quelli della valutazione del bisogno (generalmente svolta tramite strumenti validati ed omogenei) e della progettazione integrata ad opera delle équipes di valutazione, in qualunque modo esse siano denominate e composte.
- Le regioni adottano procedure e modelli diversi, che si riflettono anche nella denominazione dell'unità valutativa.
- La tendenza prevalente è quella di attribuire all'Unità di valutazione un ruolo chiave di perno, intorno al quale ruota l'accesso ai servizi, e di "governo" della rete (Veneto, Toscana).

Strumenti valutativi: le dimensioni considerate

- A) area funzionale (esempi: Barthel ADL e Mobilità di Veneto e Trento, MDS ADL long form in Toscana).
- B) salute (esempi: scala CIRS, ICD IX, ICPC)
- C) condizione cognitivo-comportamentale (esempi: short portable mental status questionnaire in Toscana, Trento, Veneto, scala ad hoc a Bolzano e in Liguria)
- D) ambito assistenziale e socio-relazionale : valutazione sociale con strumenti ad hoc ampiamente variabili per composizione e voci rilevate. Due esempi: ER con checklist di bisogni che definiscono 3 livelli di gravità. FVG definisce 2 livelli di gravità in base al numero di ADL perse.

Strumenti valutativi: a cosa servono?

- Per definire l'esigibilità di un intervento / l'accesso al sistema
- Per preparare il progetto personalizzato
- Per classificare l'utente ai fini della remunerazione delle prestazioni
- Per programmare il sistema

Strumenti di valutazione/ classificazione nelle strutture

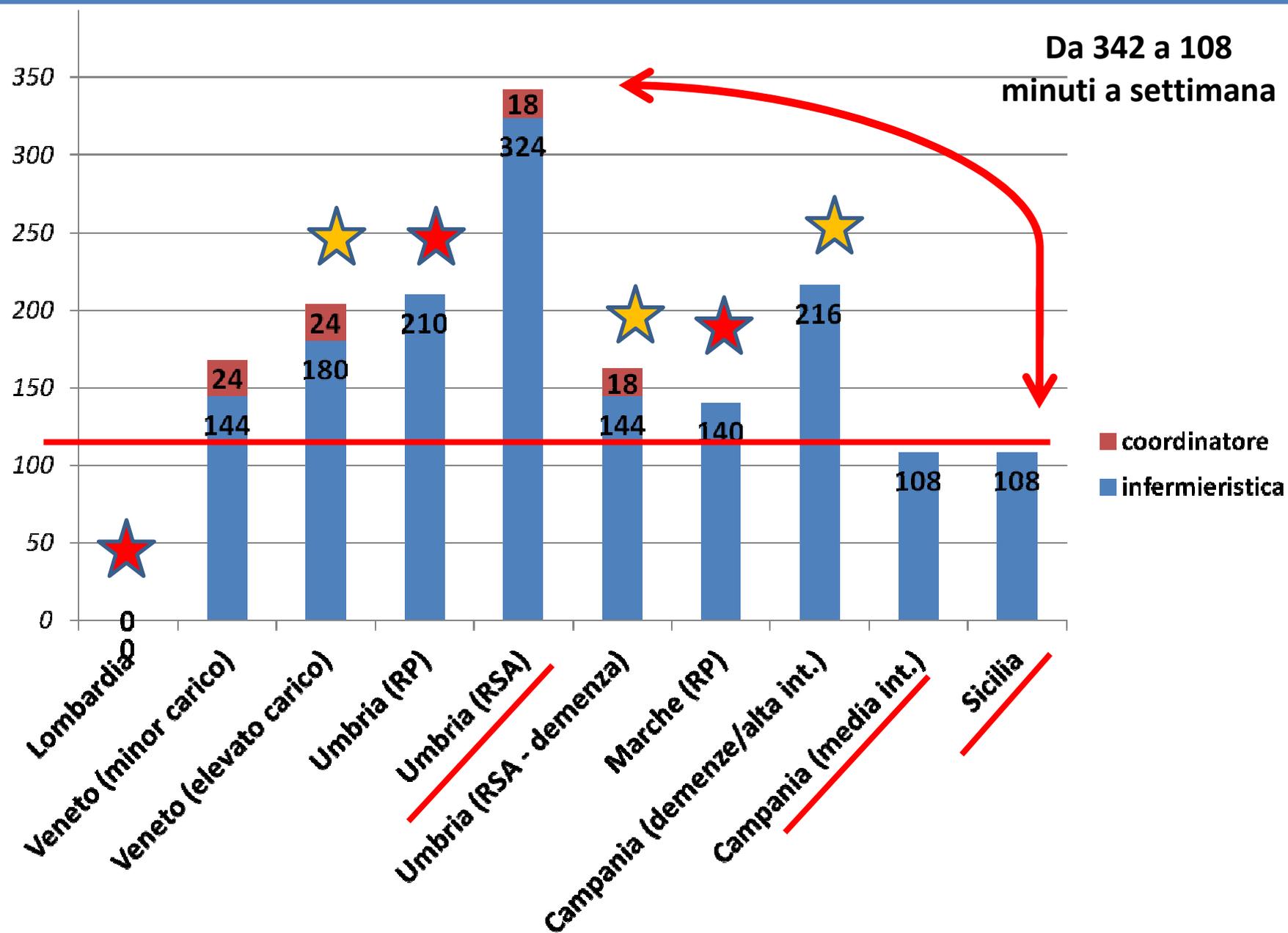
Regione	Strumento	Regione	Strumento
Piemonte	In sperimentazione	Toscana	Mix Rug e Svama
Liguria	Aged	Marche	Rug
Lombardia	Sosia	Umbria	Rug
Veneto	Svama	Lazio	Rug
Trento	Svama	Campania	Svama
FVG	Rug-Valgraf	Puglia	Svama
Emilia	Bina	Basilicata	Rug

5. La regolazione dell'offerta

Gli standard di personale delle RSA

- Presentiamo ora alcuni risultati di un lavoro di Masera et alii nel Terzo Rapporto NNA (2011). Un confronto tra gli standard di personale delle RSA in sei Regioni: Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Sicilia.
- Gli standard di personale delle varie Regioni evidenziano una grande variabilità legata a diverse interpretazioni del modello organizzativo della RSA.
- Caratteristiche comuni ai vari modelli organizzativi:
 - 1) il “clou” dell’assistenza è rappresentato dai servizi medico-infermieristici e tutelari.
 - 2) l’assistenza infermieristica è obbligatoria nell’arco delle 24 ore (anche mediante reperibilità notturna o con accorgimenti vari).
 - 3) Altre figure di diversa professionalità (animatori, assistenti sociali, psicologi, ecc.) sono presenti in modo variabile e minoritario.
 - 4) L’assistenza riabilitativa è prevista obbligatoriamente solo in alcune Regioni (es. Umbria) mentre in altre è offerta sulla base della necessità individuale.

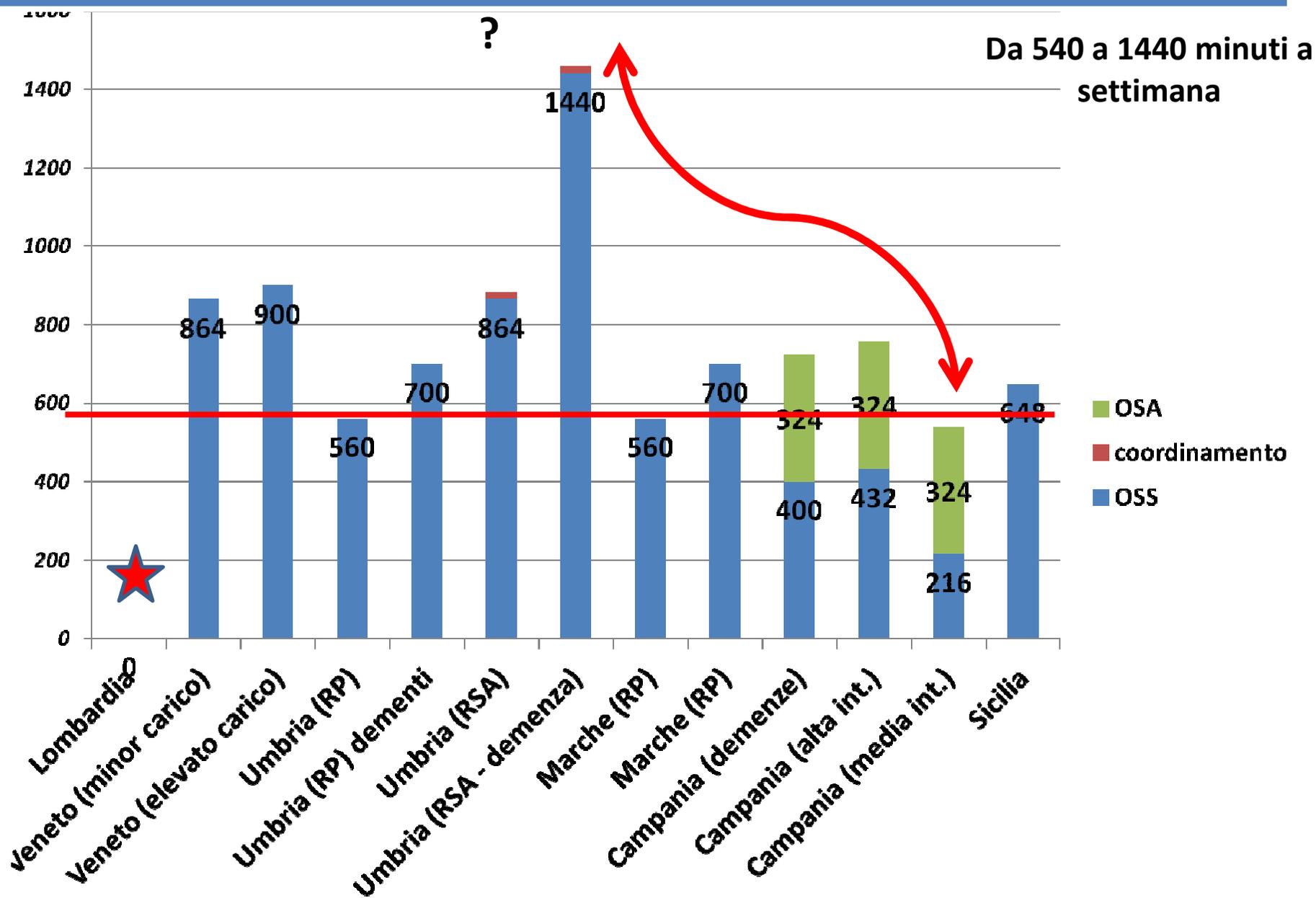
Dotazione di personale Infermieristico



Dotazione di personale Infermieristico

Lombardia	- L'assistenza infermieristica è garantita h24.
Veneto	- Obbligatoria h24 anche tramite reperibilità notturna (strutture a elevato carico è obbligatoria presenza notturna di 1 infermiere/60 ospiti).
<i>Umbria</i> (RSA)	- Obbligatoria h24 presenza coordinatore.
<i>Umbria</i> (RP)	- Reperibilità notturna possibile solo se prevista da accordi con il personale del Distretto Sanitario
Marche (RP)	
Campania	- Garantita dalla ASL
Sicilia	- Presenza infermieristica obbligatoria h24.

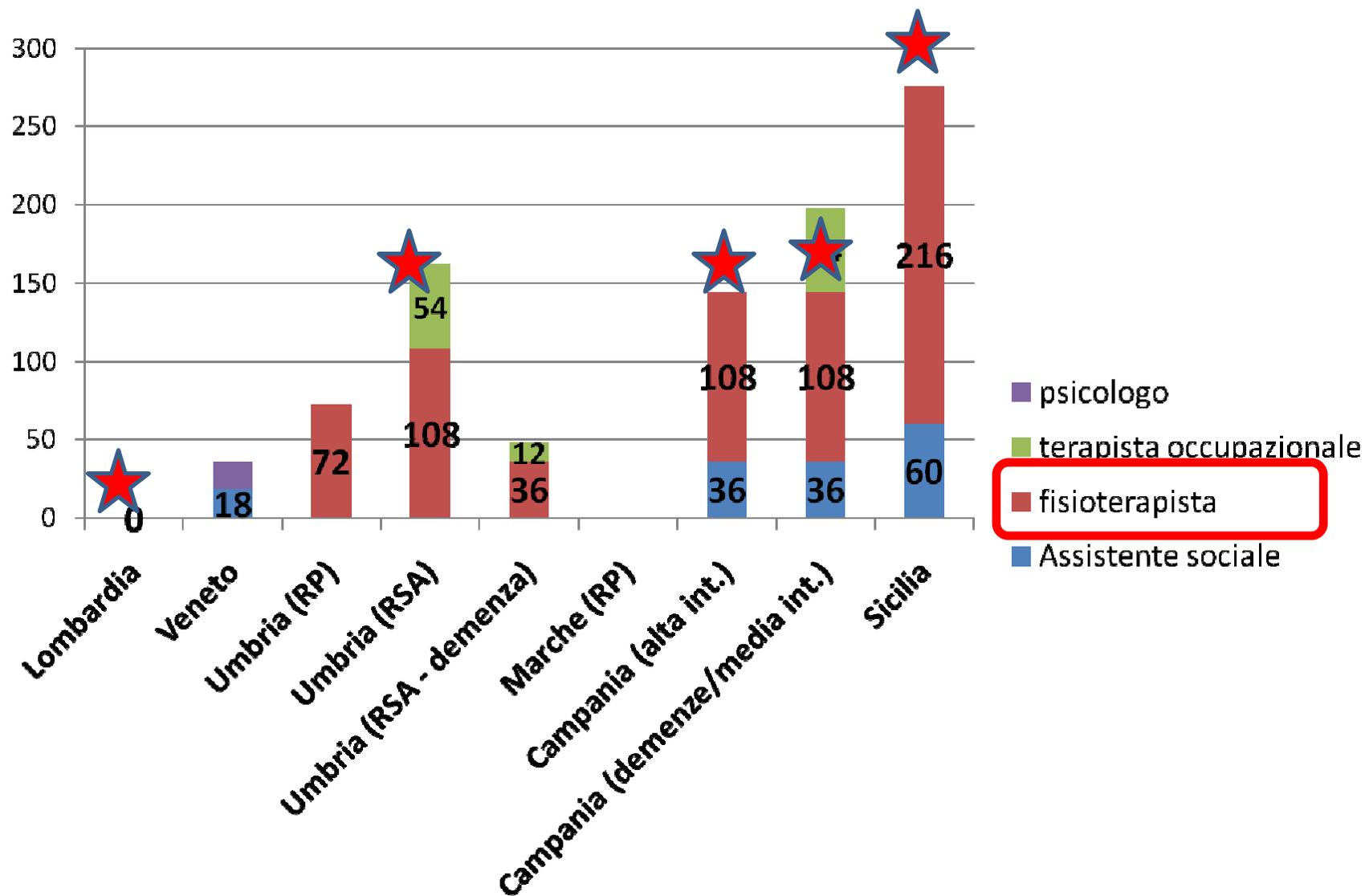
Personale per l'assistenza tutelare



Assistenza medica

<i>Lombardia</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Garantita h24, anche tramite reperibilità▪ Obbligo pubblicità orario settimanale
<i>Veneto</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Personale medico garantito dall'Azienda ULSS
<i>Umbria (RP)</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Partecipazione MMG e geriatria per consulenza e responsabilità
<i>Umbria (RSA)</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ <u>Geriatra responsabile</u>, presente giornalmente nei nuclei cronicodegenerativi per 7h/sett. (standard 1/200); nei nuclei demenze per 5h/sett. (standard 1/280)▪ <u>MMG, o medico dipendente</u> presente giornalmente, nei nuclei cronicodegenerativi per 20h/sett. (standard 1/72); nei nuclei dementi per 20h/sett. (standard 1/96). Obbligatorio servizio reperibilità▪ <u>Fisiatra</u> nei nuclei cronicodegenerativi per 6h./sett. (standard 1/360)
<i>Marche (RP-RSA)</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ MMG secondo modalità di accesso programmate ed a richiesta
<i>Campania</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ [34,6 min. sett./utente] nucleo con funzioni direzionali
<i>Sicilia</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ [108 min. sett./utente] medico specialista responsabile full time▪ [54 min. sett./utente] medico specialista collaboratore▪ Nelle ore non coperte prevista la reperibilità del servizio medico

Altre forme di assistenza

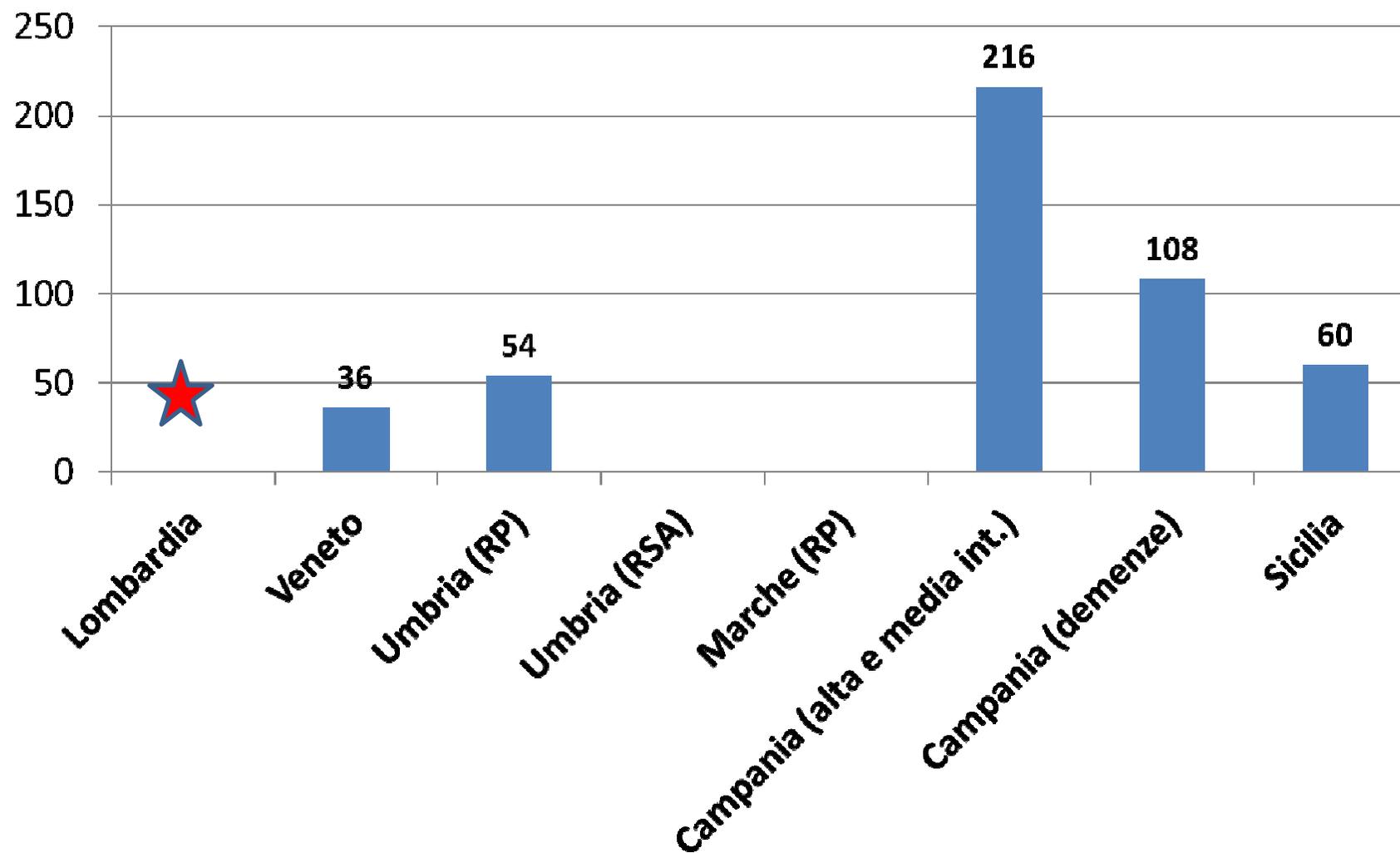


Altre forme di assistenza

<i>Lombardia</i>	- Concorrono raggiungimento soglia minuti: terapeuta occupazionale, podologo, educatore professionale, psicologi, operatori specializzati musicoterapia, arteterapia , danzaterapia e teatroterapia (secondo P.A.I.).
<i>Veneto</i>	- Presenza altro personale (psicologi, terapisti della riabilitazione, ecc.) garantita dalla ULSS nel rispetto schema tipo di convenzione regionale.
<i>Marche (RP-RSA)</i>	- Previsto svolgimento funzione riabilitativa; non esplicitati minuti; - Il terapeuta della riabilitazione attivato su prescrizione specialistica.

Animazione

Minuti animazione



7. La partecipazione degli utenti al costo dei servizi

Il quadro

- La ripartizione dei costi dei servizi è collegata a due punti strettamente integrati:
 1. suddivisione della spesa fra settore sanitario e sociale, determinata da Stato (LEA) e Regioni.
 2. suddivisione della spesa sociale fra utente e comune (più modalità individuate dall'Ente per determinare la compartecipazione). Questi aspetti dipendono da Regione e Comune.
- **Le regioni hanno un ruolo strategico:** devono sia stabilire la ripartizione sociale e sanitaria dei costi delle prestazioni sociosanitarie per non autosufficienti o disabili, sia determinare i criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.
- Per quanto riguarda le RSA, la quota sociale viene ripartita fra l'utente e il comune di residenza sulla base di criteri regionali.
- Se mancano i criteri regionali, la ripartizione avviene in modo eterogeneo con grandi differenze tra un Comune e l'altro.

Quota sanitaria e quota sociale

RSA: quota (%) sanitaria e quota sociale della spesa, ultimo anno disponibile

Regione	Quota sanitaria	Quota sociale
Abruzzo	75,0-80,2	19,8-25,0
Basilicata	80,8- 81,5	18,5-19,2
Bolzano	variabile	36-53,2
Calabria	70	30
Campania	50	50
Emilia Romagna	56-61	39-44
Friuli V.G.	70	30
Lazio	50-60	40-50
Liguria	54-64	36-46
Lombardia	35-31% Sosia 8; 49-45% sosia 1 (medie dei min e max)	65-69% Sosia 8; 51-55% sosia 1 (medie dei min e max)
Marche	73	27
Molise	50	50
Piemonte	50-57	43-50
Puglia	50	50
Sardegna	50	50
Sicilia	50	50
Toscana	54-62	38-46
Trento	65	35
Umbria	79-82	18-21
Valle d'Aosta	60 (media)	40 (media)
Veneto	50	50
Media (non pesata)	59	41

Fonte: Pesaresi, 2011

Valutazione del reddito e pagamento della retta nelle strutture residenziali per anziani

valutazione del reddito e pagamento della retta		
Regioni	Nucleo familiare	Solo l'assistito
Abruzzo	Isee del nucleo familiare.	
Bolzano	No ISEE. Nucleo familiare ristretto.	
Calabria		Paga solo l'assistito. Calcolo reddito con ISEE solo a richiesta dell'assistito.
Campania	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Emilia Romagna	pagamento a carico dell'assistito e dei parenti obbligati ai sensi del C.C.	
Friuli Venezia Giulia	Isee del nucleo familiare. Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Lazio		ISEE e pagamento solo dell'anziano non autosufficiente
Liguria	Isee del nucleo familiare	
Lombardia	Partecipano al pagamento della retta anche i soggetti civilmente obbligati.	
Marche	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Molise		Anziani anche <i>parzialmente</i> non autosufficienti.
Piemonte		ISEE del solo anziano non autosufficiente beneficiario. La retta è pagata dal solo assistito e, se necessario, dall'ente gestore.
Puglia		Anziani non autosufficienti, qualora più favorevole. Il resto è pagato dall'ambito sociale.
Sardegna	Isee del nucleo familiare.	
Sicilia		Anziani non autosufficienti, se richiesto.
Toscana	ISEE separato del beneficiario e degli eventuali altri obbligati. Se il reddito non è sufficiente si passa a valutare l'ISEE degli altri. Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Trento	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Umbria	Quota di compartecipazione corrisposta dall'utente e, se necessario, dai parenti obbligati (CC 433).	
Valle d'Aosta	IRSSE del nucleo familiare anagrafico	
Veneto	Isee del nucleo familiare	

9. Le assistenti familiari

Una tendenza condivisa

- Le azioni di sostegno al *care* privato nella legislatura 2005-2010 sono state al centro della policy di molte Regioni.
- Lo sviluppo del dibattito tecnico ha portato all'adozione di modelli d'intervento sostanzialmente condivisi, che si pongono vari obiettivi e finalità.
- Un po' ovunque si stanno diffondendo interventi di formazione e qualificazione delle lavoratrici, iniziative di supporto a famiglia ed assistenti, sostegni economici, sportelli di orientamento ed informazione, albi o registri pubblici.

Interventi regionali per le assistenti familiari

(fonte: Pasquinelli)

Obiettivo	Intervento	Alcuni esempi regionali
<i>Sostenere la domanda</i>	1 Assegni di cura vincolati per chi si avvale di un' assistente. Due fini: a) sostenere e regolarizzare; b) sostenere, regolarizzare e qualificare la lavoratrice.	Assegni vincolati: Lombardia, Emilia Romagna, Liguria, Friuli Venezia Giulia.
<i>Sostenere l'offerta</i>	1 Percorsi formativi 2 Albi, registri o elenchi di assistenti accreditate.	Percorsi formativi: Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia. Albi, registri o elenchi: Veneto, Piemonte, Toscana
<i>Sostenere domanda ed offerta</i>	1 Sportelli e centri d'ascolto, informazione, orientamento e di incontro domanda/offerta 2 Iniziative di supporto a famiglie ed assistenti (<i>tutoring</i> domiciliare)	Gli sportelli sono diffusi e in grande aumento ovunque, sia al Nord sia al Sud. <i>Tutoring</i> domiciliare: Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte.

Il passaggio

- *Legislatura regionale 2005-2010*

Si è avuta una varietà d'interventi, sperimentazioni, azioni ecc. Costruzione di un ampio sapere «concreto» sugli interventi regionali per le assistenti familiari. La loro diffusione è stata contenuta

- *Legislatura regionale 2010-2015*

Gli interventi regionali passeranno dallo status di sperimentazioni/azioni di nicchia a quello di interventi strutturati capaci di raggiungere un'utenza più ampia?

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Per saperne di più:

NNA (Network Non Autosufficienza)

L'assistenza agli anziani non autosufficienti
in Italia

www.maggioli.it/rna