



Corso di formazione “Senior Service Worker”

AAL Tecnologie innovative di assistenza agli anziani a domicilio e in strutture di comunità

Utilizzare le tecnologie AAL

2014-1-CZ01-KA202-002058

2. Utilizzo dei Servizi Ambient Assisted Living (AAL)

Soluzioni abitative in ambiente assistito (AAL) hanno il potenziale per rendere ai propri utenti la vita più facile e più indipendente. Mentre lo sviluppo di soluzioni di successo AAL nel campo delle TIC è un compito importante e potenzialmente molto gratificante, può anche essere un problema scoraggiante: premiante, perché le soluzioni AAL offrono agli utenti indipendenza o supporto e perché i fornitori di tecnologia possono trarre benefici economici; scoraggiante, perché le tecnologie sono raramente facili da sviluppare e le esigenze dei diversi utenti sono troppo spesso difficili da soddisfare con singole tecnologie. Le soluzioni AAL vengo incontro a molti gruppi diversi di utenti, a volte chiamati gli utenti finali AAL o parti interessate AAL, e i gruppi di utenti possono essere classificati in utenti primari, secondari e terziari.

1. Gli utenti finali primari sono gli anziani che utilizzano soluzioni AAL.

2. Gli utenti finali secondari sono persone (famiglie, amici, vicini di casa ...) aziende o organizzazioni che accedono o utilizzano soluzioni AAL a beneficio degli utenti finali primari. Questo gruppo beneficia di prodotti AAL o direttamente quando usano questi servizi (a casa di un utente finale primario o in remoto) e, indirettamente, quando le esigenze di cura dei principali utenti finali sono ridotti.

3. Gli utenti finali terziari sono istituzioni e organizzazioni pubbliche o private che non sono direttamente in contatto con la soluzione AAL, ma svolgono un ruolo nella fornitura, finanziamento o autorizzazione. Questo gruppo comprende gli organizzatori di servizi del settore pubblico,, sistemi di sicurezza sociale, le compagnie di assicurazione. Essi beneficiano dell'aumentata efficienza e l'efficacia che le soluzioni AAL forniscono in termini di riduzione dei costi, o di evitare un aumento dei costi nel medio e lungo termine in aumento.

Tuttavia, la classificazione dipende dalla soluzione AAL; per esempio, quando la soluzione è un software che collega medici e gli anziani, entrambi sono utenti primari, ma quando il software connette gli anziani agli altri, permettendo loro di socializzare, sono utilizzatori primari. Analizzare le esigenze di tutti questi gruppi di utenti nelle prime fasi del processo di sviluppo è molto utile per assicurare il successo di una soluzione AAL. Questo può essere fatto, per esempio, integrando gli utenti nel processo di sviluppo, ma attraverso dati secondari (non c'è bisogno di replicare il lavoro e conoscere esigenze degli utenti attraverso la ricerca qualitativa se gli altri hanno già fatto il lavoro). Senza una buona conoscenza di utenti specifici, requisiti importanti possano essere

trascurati (ad esempio, quando paga una compagnia di assicurazioni per la tecnologia?), che può essere un grosso ostacolo più tardi durante l'implementazione di mercato di un sistema.

2.1 Gli anziani come utenti principali dei servizi AAL

Ambient Assisted Living (AAL) Soluzioni abitative in ambiente assistito (AAL) cercano di migliorare la qualità della vita delle persone anziane. Si rivolgono alle esigenze legate all'età degli anziani, che vanno dai danni alla salute ai cambiamenti nella loro vita sociale, e dalle esigenze di mobilità al caregiving. Tuttavia, la percezione che AAL è per persone anziane da spesso un'immagine distorta di anziani - vecchi, poveri, e solitari che hanno bisogno di cure, ma che si rifiutano di utilizzare la tecnologia (tranne la TV). Anche se alcuni anziani soffrono di deficit dovuti all'età, questo non è l'immagine completa delle loro vite. Le persone anziane (definite così per età compresa tra 65 e 85) possono anche essere molto attive:

- dal 30% all'80% degli anziani di oltre 65 anni ancora viaggia.
- in media, gli anziani trascorrono 5 di ogni 7 giorni fuori delle loro case.
- 68% degli anziani hanno la propria auto.
- due terzi di anziani hanno un partner.
- il 75% degli anziani sono nonni.
- circa il 70% degli anziani con figli li vede più volte al mese o alla settimana.
- solo il 4% degli anziani si sentono soli (in correlazione con i problemi di salute e lo stato singolo).
- il 45% degli anziani sono impegnati in attività di volontariato.
- il 42% degli anziani si sentono in buona salute o molto sani. (3)

Alcuni anziani si prendono cura dei loro genitori, dei figli dei loro figli, dei loro vicini, o amici. Questo significa che non solo non hanno bisogno di cure, ma anzi danno assistenza. E' quindi importante mettere in discussione le immagini stereotipate delle persone anziane, e per assicurarsi che la progettazione di soluzioni AAL si basi su nuovi dati empirici invece che su pregiudizi non realistici o pura congettura. I dati, in progetti AAL, devono essere controllati in base alle differenze specifiche per nazione. Questo è un punto di partenza iniziale per comprendere la grande varietà di stili di vita degli anziani, i loro bisogni più urgenti, e in che modo le soluzioni AAL possono creare un valore aggiunto per loro. Inoltre è un punto di vista molto importante nel nostro caso, prendere in considerazione le fasi di vita delle persone anziane. Durante la progettazione di prodotti per utenti anziani, è importante sapere che gli anziani non possono essere trattati come una

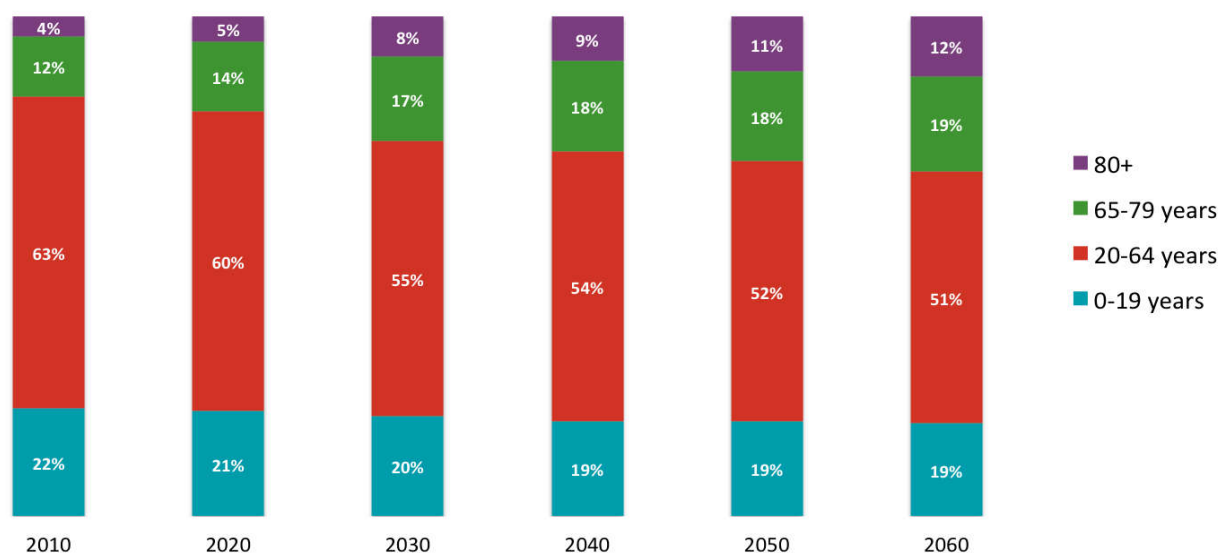
Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa

popolazione omogenea, ma comprendono diversi sottogruppi. La differenziazione di base è fra la terza e la quarta età, come presentato nel (1991) il modello fase di Laslett:

La terza età (giovane anziano) descrive una fase di vita sana e attiva adulti anziani, che si caratterizza per il proseguimento del loro stile di vita precedente dopo il pensionamento (circa da 65 a 80). Le implicazioni di questo periodo sono piuttosto positive e sono definite da successo e realizzazione personale.

La quarta età (vecchio anziano), a partire più o meno da 80, è associata a dissolvenza della salute e dell'indipendenza. L'età avanzata spesso porta alla perdita di peso, a movimenti più lenti, affaticamento più rapido attività fisica diminuita. La comorbidità (cioè contemporaneamente affetti da diverse patologie mediche), l'istituzionalizzazione e la necessità di aumentare i servizi medici e di assistenza. In contrasto con la terza età, questa fase della vita è caratterizzata da disfunzioni biologiche e psicologiche, la dipendenza e l'avvicinarsi della morte. La figura 1 mostra che il rapporto di questi due stadi di età (corrispondenti all'incirca ai gruppi di età verde e viola) salirà continuamente nei 27 stati UE entro i prossimi decenni.



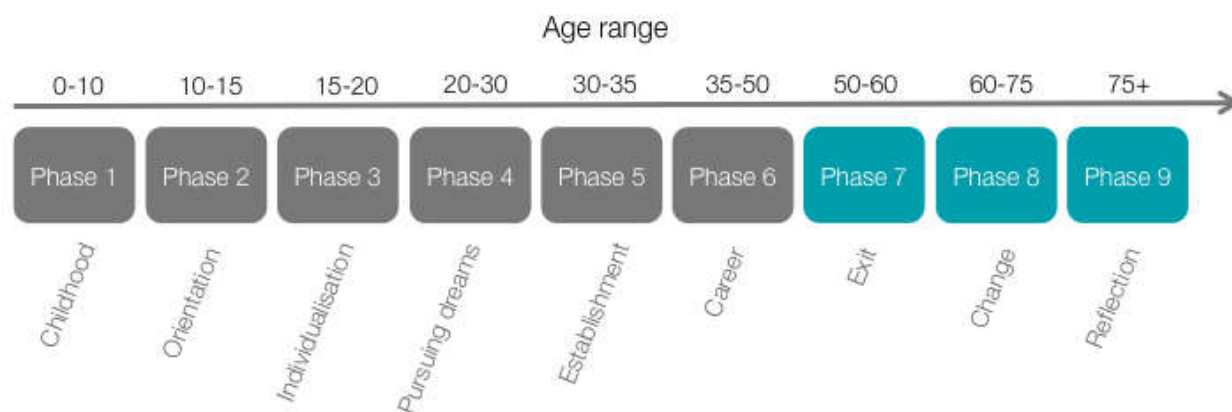
Un altro approccio per distinguere tra sottogruppi di senior è quello di concentrarsi in modo dettagliato sulle fasce di età che correlano con temi di vita specifici (o eventi del corso della vita / LCEs) con cui le persone hanno a che fare, per esempio, i figli che escono di casa, l'andare in pensione, o diventare nonni. La figura 2 mostra un modello di base sviluppato per la popolazione

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa



tedesca, che potrebbe essere leggermente diverso in altri paesi, a seconda degli eventi storici specifici o regole di pensionamento.



Dal punto di vista AAL, è particolarmente interessante considerare le questioni con cui le persone si occupano dall'età di 50 in poi:

Fase 7 - Preparazione all'uscita dal lavoro (da 55 a 59 anni): da 55 anni in poi, la gente inizia a pianificare la loro pensione (che partirà fra 60-67 anni), anche se l'età ufficiale di pensionamento è di solito superiore). (4)

In questa fase, le persone diventano più consapevoli di invecchiare e inizieranno a perdere i propri cari: non solo i figli escono di casa, ma i genitori stanno invecchiando, e loro ruoli potrebbero cambiare da essere un destinatario di cura a quella di un caregiver. Inoltre, il tasso di divorzio è relativamente elevato in questo gruppo (circa il 25% di tutti i divorzi). In linea con questi cambiamenti, il loro ambiente di vita è spesso cambiato, ad esempio, spostandosi in una casa più piccola, mobili nuovi, oppure utilizzando il loro spazio domestico diversamente.

Fase 8 – Cambiare e sperimentare (da 60 a 74 anni): In questa fase, quando gli anziani vanno in pensione, riorganizzano il loro nuovo tempo libero per hobby o eventi per i quali non avevano in precedenza abbastanza tempo, e che li fanno sentire bene o necessari: viaggi, attività culturali, apprendimento di nuove competenze, o di volontariato. La loro capacità di spesa è di solito



superiore rispetto a prima, dal momento che le loro case sono state pagate ed i loro figli sono indipendenti. Il focus di questa fascia di età è il divertimento e l'attività.

Fase 9 - Riflettere e ridurre (75 anni e oltre): Fino a quando gli anziani sono ancora in buona salute in questa fase, cercano di prolungare le comodità della fase precedente più a lungo possibile, ne tentano di compensare le limitazioni relative all'età o alla salute, per quanto possibile. L'attenzione è sempre più ai contatti sociali e alle attività ritenute più importanti. Dal momento che apprezzano molto altamente, il loro tempo rimanente sono meno in grado di tollerare le questioni irrilevanti, il fallimento o delusione. Se i disturbi e malattie dominano la loro vita, il sostegno degli altri diventa molto importante.

Questi temi di vita forniscono un'idea di base delle diverse soluzioni AAL per gruppi target a cui sono destinati e loro esigenze, che le soluzioni AAL possono supportare.

2.2 Utenti secondari e terziari dei servizi AAL

Agli anziani di solito non sono gli unici utenti di Ambient Assisted Living Technology (AAL): i loro parenti, gli operatori sanitari professionisti, medici, personale dalle case residenti, ed i manager immobiliari, ecc sono spesso interessati all'installazione di una soluzione AAL. Questi soggetti supplementari e loro interessi e bisogni dovrebbero pertanto essere integrati nel processo di sviluppo. Le seguenti sezioni forniscono informazioni su questi gruppi di utenti per garantire che le loro esigenze siano incluse nella progettazione di tecnologia.

2.2.1. I parenti e gli assistenti informali

Anziani di 50 anni e più sono per lo più curati dai loro figli o coniugi (vedi tabella sotto); due terzi di questi assistenti sono donne. In Europa centrale, un coniuge fornisce il 42,3% di cura intensiva, opposto a solo il 3,4% delle cure non intensive. Nell'Europa meridionale, tuttavia, figli e altri parenti forniscono cure intensive più frequentemente. Se gli accompagnatori non possono più prendersi cura dei loro partner, i figli (o figliastri) di solito subentrano. Questi figli sono in media 25 anni più giovani rispetto alla persona assistita, e - a seconda della loro età - potrebbero anche avere moderati problemi di salute.



Paese	Coniuge	Figli	Parenti	Amici
Austria	36.3	34.7	14.7	16.8
Belgio	33.7	40.4	16.6	23.4
Danimarca	39.7	41.3	15.9	20.9
Francia	31.8	40.5	19.6	13.7
Germania	34.9	44.2	13.0	21.5
Grecia	33.2	35.2	14.9	14.7
Irlanda	28.5	35.2	22.4	18.8
Italia	23.1	36.2	22.6	24.1
Olanda	27.4	46.9	17.2	24.7
Polonia	33.8	10.6	27.9	8.0
Spagna	28.0	39.9	20.6	10.9
Svezia	26.5	48.5	19.0	18.1
GB	34.1	32.2	5.4	27.4

Percentuale di assistenti in base alla parentela Con l'assistito e per paese (OCSE, 2011).

Anche se la cura non sembra influenzare le decisioni di lavoro a bassi livelli di intensità di cura (al di sotto di 10 ore a settimana) e per la cura extra-residenziale, lo fa per i fornitori di cure intensive e assistenti co-residenziale. Chi provvede a cure intensive ha maggiori probabilità di essere casalingo/a e ha meno probabilità di essere impiegato/a. Se stanno ancora lavorando, di solito riducono l'orario di lavoro o smettono di lavorare. La ragione di questo è che fornire la cura personale può essere un compito molto impegnativo che non è compatibile con un tempo pieno o

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa

lavoro part-time. Fino ad oggi, i posti di lavoro disponibili spesso non sono sufficientemente flessibili in termini di ore di lavoro, o non lasciano abbastanza opzioni per consentire responsabilità di cura. Compiti di cura possono anche essere imprevedibile a volte per quanto riguarda la loro intensità, che potrebbe portare a assenze temporanee dal lavoro. Quindi, il lavoro di assistenza è associato ad una maggiore probabilità di sperimentare la povertà in tutti i paesi (tranne che in Europa meridionale), soprattutto per le donne.

L'intensità delle cure fornite varia con le attività della vita quotidiana (ADL), le limitazioni del anziani curati così come tra i paesi (vedi Figura 5 e Figura 6). I parenti caregiving di solito sostengono coloro che necessitano di cure praticamente con tutte le loro attività quotidiane, come:

- Sanità e / o la riabilitazione: la cura delle ferite, il controllo di farmaci, esercizi per la salute e la mobilità, esercizi di memoria.
- Attività della vita quotidiana (ADL): la preparazione dei pasti, assistenza con esigenze, di evacuazione, vestirsi e svestirsi, alimentazione, cura di notte.
- Attività strumentali della vita quotidiana (IADL): affari finanziari, spese, lavanderia, pulizia, fornire interazione sociale.

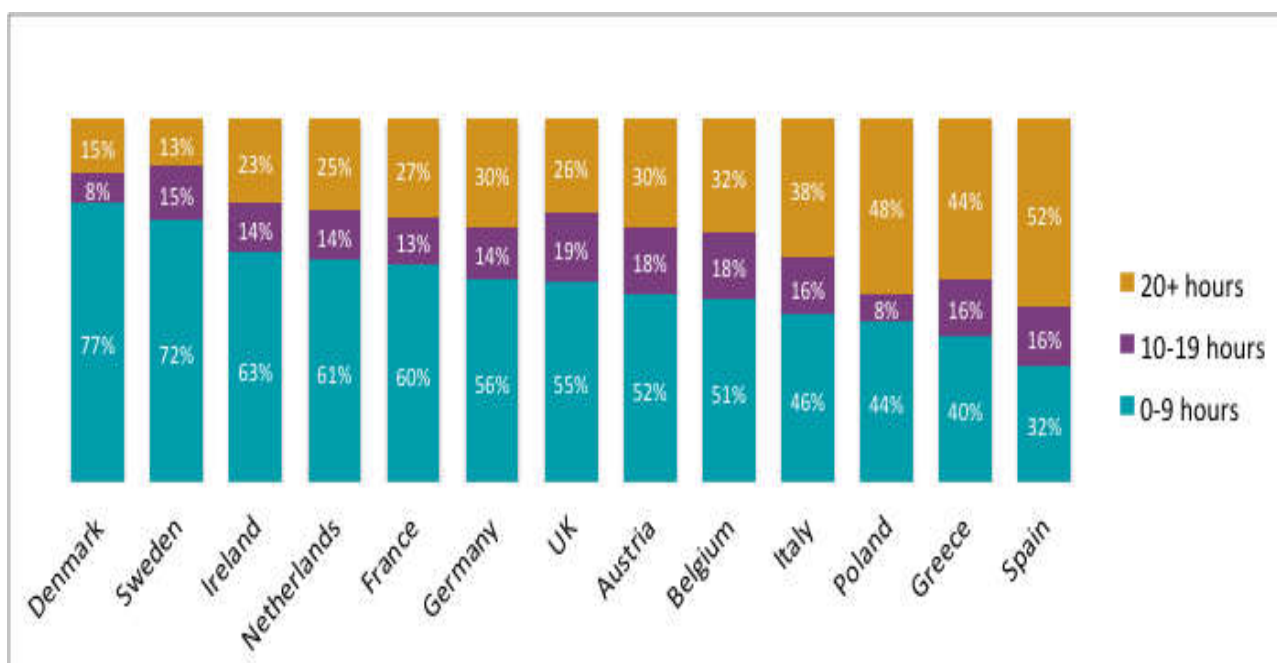


Figure 5: Percentuale di ore settimanali di cure informali per Paese (OECD study, 2011).

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa

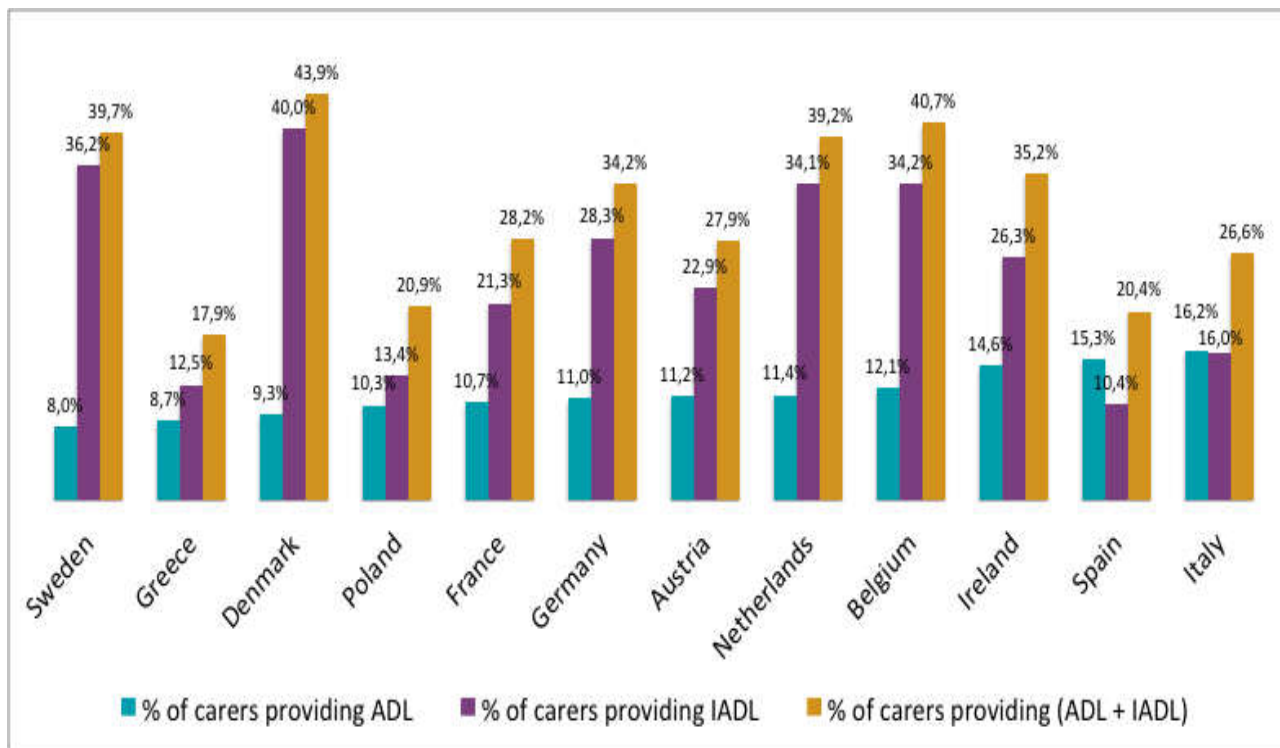


Figure 6: Percentuale di assistenti informali per tipo di aiuto e Paese (OECD study, 2011).

Da un lato, aver cura di un'altra persona può essere una fonte di soddisfazione, di realizzazione e crescita personale. Ma la cura intensiva può anche essere particolarmente stressante e faticoso, e potrebbe condurre a burn-out e stress. Il consumo di farmaci aumenta con l'attività di cura, in particolare l'assunzione di sonniferi, tranquillanti e antidolorifici. Nel complesso, la prevalenza di problemi di salute mentale tra gli accompagnatori è del 20% superiore tra i non-accompagnatori. I parenti sono spesso combattuti tra le loro responsabilità nei confronti della persona assistita e le proprie esigenze. Tra i temi con cui caregiver informali lotta sono:

- L'onere di garantire il benessere e la sicurezza della persona curata, anche quando non possono stare con quella persona.
- I sentimenti di colpa quando non sono in grado di prendersi cura del destinatario delle cure, o non così spesso come si presume necessario.
- Crisi di coscienza quando i parenti sono istituzionalizzate, perché viene interpretato come un abbandono.
- La necessità di informazioni sulle malattie dei loro parenti (ad esempio la demenza) e la loro potenziale progressione.

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa



- La necessità di consigli pratici e strategie di sostegno per il trattamento o strategie di coping; condividere con altre persone interessate.
- La necessità di informazioni sui servizi di supporto (ad esempio distribuzione di pasti caldi a domicilio a persone malate o anziane) o le strutture, e il finanziamento di questo supporto.
- L'organizzazione del tempo di cura, e il coordinamento con il posto di lavoro e la propria famiglia.
- La necessità di tempo libero per se stessi, al fine di riprendersi.
- I cambiamenti nelle persone dementi per quanto riguarda la diminuzione della loro indipendenza e / o loro personalità (ad esempio aggressività, mancanza di orientamento).
- Gli effetti psicologici di trovarsi di fronte a declino relativo all'età ("Sarò lo stesso quando invecchierò?").
- I conflitti con il destinatario delle cure, altri parenti, gli operatori sanitari professionali e / o compagnie di assicurazione sulle misure di assistenza, responsabilità o questioni finanziarie.
- I conflitti all'interno della famiglia per l'organizzazione per aumentare l'indipendenza della persona curata (ad esempio la condivisione dei costi per le strutture di assistenza) o di morte (questioni ereditarie, funerale, ecc). Questi problemi sono un buon punto di partenza per fornire agli utenti secondari il supporto utile, vale a dire soluzioni AAL. Dal momento che i parenti sono spesso i responsabili delle decisioni per quanto riguarda l'acquisto di soluzioni AAL, le loro esigenze dovrebbero essere affrontate

Le persone che si occupano della cura di un anziano sono prevalentemente donne e coniugi. Curare può fornire esperienze positive, ma può anche portare a gravi forme di stress e di disturbi di salute. Fornire informazioni e supporto che corrispondono alle esigenze dei caregiver, e fare in modo che questo si inserisca nella routine quotidiana.

2.2.2. Badanti professionali

L'impiego di professionisti sanitari è più probabile nei seguenti casi:

- Per le attività che richiedono una competenza medica cura (ad esempio cambiare le medicazioni)
- Per gli anziani con un più elevato livello di dipendenza dalla cura o sua intensità
- Per gli anziani single senza cure informali permanenti

- Per gli anziani di sesso maschile (circa due volte tanto quanto per gli anziani di sesso femminile).

I caregiver professionisti sono influenzati da molti diversi e mutevoli fattori e requisiti (vedi figura sotto): aspetti sociali, come la crescente necessità di mobilità in un ambiente di lavoro moderno, motivazioni istituzionali per ridurre la durata del soggiorno in ospedale di anziani, e le variazioni di etica nei confronti dell'uso della tecnologia al fine di rimanere indipendente. I caregiver professionali sono tenuti a soddisfare i requisiti derivanti da queste dimensioni che influenzano: devono essere amichevole, empatici e attivi con i destinatari anziani della cura, prendere in considerazione le più recenti scoperte scientifiche, nel rispetto degli standard di qualità attuali di una struttura, le regole e routine.

1.

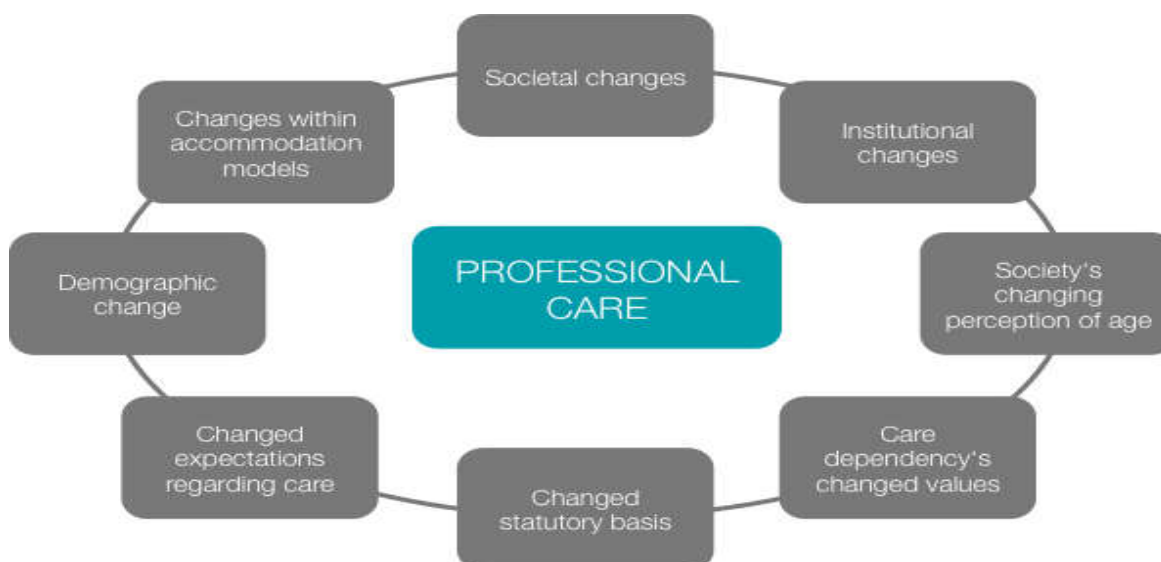


Figure 7 Fattori che influenzano la cura professionale per l'anziano (adapted from Engels et al., 2007)

I seguenti sono esempi di problemi con i quali gli operatori sanitari professionali si scontrano quotidianamente:

- La fatica del lavoro a causa di dover sollevare o girare le persone anziane.
- Lo stress psicologico a causa di dover vivere la malattia e la morte.
- Un elevato carico di lavoro, molti compiti organizzativi (ad esempio documentazione) e poco tempo per il contatto personale.
- Pressione forte del tempo a causa di una carenza di personale e di molti pazienti.
- I conflitti con i destinatari di cura, i loro parenti o all'interno del team / gerarchia.

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa



- Mantenere parenti informati sullo stato dei pazienti dementi, o il sostegno finanziario che possono ricevere.

Di conseguenza, gli obiettivi del caregiver riguardano i seguenti aspetti:

- Migliorare l'assistenza sanitaria degli anziani residenti monitorando / gestendo la loro condizione cronica.
- Fornire precoce valutazione sanitaria, individuazione e trattamento tempestivo dei sintomi / condizioni che normalmente possono portare ad una emergenza medica e possibile (ri) ammissione al settore cure acute.
- Fornire comunicazione avanzata, coordinamento e monitoraggio delle cure ad altri fornitori di servizi sanitari, al cliente e / o loro accompagnatori.
- Ridurre i ricoveri ospedalieri (al pronto soccorso o come degenti, la frequenza e la durata dei ricoveri in ospedale).
- Migliorare la sicurezza di persona assistita, per esempio, ridurre il rischio che persone dementi scompaiano o fuggano.
- Delega di funzioni organizzative minori e concentrandosi sulle attività di cura personale
- Utilizzare un sistema di documentazione intuitivo e appropriato.

Ancora una volta, questa informazione deve essere integrata, caso per caso, con ulteriori risultati della ricerca primaria e secondaria. Simile a assistenti informali, gli operatori sanitari professionali hanno il potere di suggerire o decidere l'accesso alle tecnologie ICT, il che significa che dovrebbero essere tenuti in considerazione per quanto riguarda lo sviluppo di soluzioni AAL.

I caregiver professionali hanno a che fare con molti gruppi diversi (ad esempio parenti, dirigenti, assicurazioni per la cura, medici) e compiti (la cura, il monitoraggio, la documentazione, pulizia, etc.). Così, quello dell'assistente è un lavoro molto impegnativo, con elevati livelli di stress. Assicurarsi che i desideri e i timori di operatori sanitari professionali siano tenuti in considerazione nel processo di sviluppo. Riservare il tempo necessario per inserire caregiver, ma anche affinché imparino a gestire la tecnologia al minimo.

2.2..3. Altre parti interessate

Mentre alti utenti finali e dei loro assistenti sono spesso coinvolti nello sviluppo AAL, le altre parti interessate sono per lo più trascurate. I progetti AAL dovrebbero considerare di coinvolgere anche i seguenti gruppi (almeno in termini di tenerli informati):

- Medici
- Fisioterapisti / ergoterapisti
- Centri di riabilitazione

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa

- Agent immobiliari
- Cooperative di abitazione
- Architetti
- Compagnie di assicurazione
- Servizi sociali
- Comuni
- Ministeri.

A seconda degli utenti AAL specifici secondari e terziari coinvolti, devono essere considerati i seguenti aspetti per quanto riguarda la soluzione AAL:

- L'interoperabilità con i sistemi in uso
- La prova dei benefici della soluzione AAL (finanziari)
- I costi finanziari di installazione e le spese correnti
- Lo sforzo e il tempo necessario per l'installazione (in termini di effetti sulle operazioni in corso, la locazione, occupazione)
- La fruibilità della soluzione AAL (che influenzano lo sforzo di apprendimento, la conformità degli utenti)
- Considerazioni etiche: questioni di privacy, monitoraggio, supporto ma non paternalismo
- Collegamenti a servizi aggiuntivi (cioè i fornitori di servizi)
- La qualità e costi del servizio fornito (ad esempio supporto, riparazione)
- La correlazione con gli standard esistenti (qualità) e le esigenze pratiche (ad esempio wireless, lavabile, robusta, adattabile, modulare, di risparmio energetico, ecc)
- Design accattivante

Spesso è molto più facile convincere gli anziani ed i loro parenti a partecipare al processo di sviluppo, perché il loro guadagno personale è chiaro. Le parti interessate menzionate in questa sezione sono molto più difficili da reclutare per interviste o discussioni di gruppo. In realtà ci sono molti responsabili delle decisioni più cruciali nel campo delle soluzioni AAL più degli anziani e loro familiari. In realtà, le parti interessate, come gli agenti immobiliari o compagnie di assicurazione possono essere quelli che decideranno circa il successo (o accesso) del mercato di soluzioni AAL, anche se di facile uso e utile per gli utenti primari.

I sistemi AAL coinvolgono diversi aspetti quali la mobilità, la sicurezza, e l'inclusione sociale. Uno dei primi compiti all'interno dello sviluppo di soluzioni AAL è quello di individuare scenari applicativi o servizi che supportano gli utenti nella loro vita quotidiana. Essi rappresentano il vantaggio aggiuntivo di una soluzione AAL dal punto di vista dell'utente.

Questo progetto è stato finanziato con il sostegno della Commissione europea.

Questa comunicazione riflette solo le opinioni dell'autore e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute in essa



Scenari applicativi AAL preferiti dagli utenti finali primari:

- Risparmio energetico / costi
- Migliorare il comfort
- Migliorare lo stato di salute
- Prevenzione pericoli quali rilevamento danni da fumo / caduta / acqua
- Agendo come un allarme (per prevenire il furto con scasso)
- Sostenere le attività di tutti i giorni, per esempio, lo shopping, ricordare appuntamenti, lavori domestici
- Spegnimento automatico dispositivi elettronici, per esempio, quando gli utenti lasciano la casa

Scenari applicativi AAL preferiti da utenti secondari:

- Monitorare il benessere dell'utente primario
- Sostenere la comunicazione con l'utente principale o di altre parti interessate
- Sostenere il lavoro impegnativo del caregiver
- Sostenere le attività amministrative (nel contesto di accudimento)