

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

Doc. CXI
n. 1

RELAZIONE

SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO

Presentata dal Ministro per gli affari sociali
(CONTRI)

—————
Comunicata alla Presidenza il 30 dicembre 1993
—————



G. Il Ministro per gli Affari Sociali

DAS/18361/1/DAS/RPA

SERVIZIO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	
Data	30 DIC. 1993
Arrivo

Roma, 30 DIC. 1993

Leo Craxi

sono lieta di trasmetterLe per il Senato in allegato la terza relazione sulla condizione dell'anziano, che su delega del Presidente del Consiglio, ho predisposto.

Con questo nuovo documento si ripropongono, all'opinione pubblica, agli addetti ai lavori ed ai cittadini tutti i dati inviati dalle singole amministrazioni centrali e locali che vengono offerti al dibattito per fornire un quadro quanto più esatto e realistico della situazione attuale, anche a conclusione dell'anno europeo degli anziani.

L'impegno sul terreno della politica socio-assistenziale nei confronti degli anziani viene richiesto sia alle Amministrazioni centrali che alle Regioni e prevede un coordinamento che dovrebbe partire dall'uniformizzare i criteri di analisi dei bisogni reali ed emanare delle linee guida utilizzabili dai singoli amministratori locali.

Sen. Giovanni SPADOLINI
Presidente
Senato della Repubblica
ROMA



Il Ministro per gli Affari Sociali

Come noterà, risultano non pervenute le relazioni di sette Regioni, ed anche quelle presentate sono abbastanza insufficienti.

Forse occorrerà per il futuro chiedere una relazione più precisa ogni due anni anzichè annualmente.

Le sarò grata se vorrà farmi conoscere eventuali osservazioni e suggerimenti sui contenuti di questo documento anche in considerazione dell'aumento della popolazione anziana che colloca l'Italia tra i Paesi più vecchi dell'Occidente e impone un ripensamento dello stato sociale.

AugurandoLe buon lavoro La saluto affettuosamente.

Fernanda Contri

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'F' followed by a series of loops and a long tail.

INDICE

Introduzione del Ministro Avv. Fernanda CONTRI	Pag. 7
Nota sull'attività previdenziale dello Stato	» 26
ISTAT: Alcuni aspetti demografici e sociali degli anziani in Italia (sintesi)	» 41

RELAZIONI DEI MINISTERI

Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento del Turismo e dello Spettacolo	» 47
Ministero dell'Interno	» 51
Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale	» 79
Ministero della Sanità	» 99

RELAZIONI DELLE REGIONI

Basilicata	» 123
Campania	» 129
Emilia Romagna	» 133
Friuli-Venezia Giulia	» 157
Lazio	» 179
Liguria	» 187
Lombardia	» 217
Marche	» 241
Molise	» 259
Piemonte	» 265
Sardegna	» 277
Toscana	» 285
Veneto	» 291
Provincia Autonoma di Trento	» 299

**INTRODUZIONE DEL SIGNOR MINISTRO PER GLI AFFARI SOCIALI
Avv. Fernanda CONTRI**

1. In virtù del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Carlo Azeglio Ciampi del 13 maggio 1993 pubblicato nella G.U. n.118 del 22 maggio 1993, con il quale il Presidente del Consiglio dei Ministri ha delegato il Ministro per gli Affari Sociali a predisporre "la relazione annuale al Parlamento sulla condizione dell'anziano e sulle attività per l'anno europeo dell'anziano, indetto con decisione CEE n.91/49", provvedo a trasmettere al Governo ed al Parlamento i dati inviati dalle singole Amministrazioni dello Stato e degli Enti locali e fornite a questo scopo entro il 15 dicembre 1993. I dati presentati si riferiscono a situazioni storiche concrete ed a provvedimenti normativi regionali che vengono proposti al dibattito così come sono pervenuti, al fine di consentire la formulazione di un quadro d'insieme il più realistico possibile. Dalla lettura di questi rapporti - pur con le carenze derivanti dall'assenza di un quadro legislativo nazionale di riferimento in materia di assistenza sociale si avverte un aumento di interesse per l'emergenza delle problematiche sociali degli anziani.

E' doveroso ricordare che la relazione sulla condizione dell'anziano al Parlamento è stata già presentata nel 1991 dal Ministro Rosa Jervolino Russo e nel 1992 dal Ministro Adriano Bompiani, come richiesto dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano istituita nel marzo 1988 dal Senato della Repubblica e presieduta dal Vice Presidente Senatore Giorgio De Giuseppe. In ossequio alle richieste contenute in quella lucida e puntuale relazione, il Governo presenta questa terza relazione che si impegna a ripetere nei tempi stabiliti dal Governo stesso, con la consapevolezza che essa serva da stimolo per un dibattito periodico teso a migliorare le politiche sociali in favore delle persone anziane.

2. All'esposizione degli elaborati trasmessi dalle singoli Amministrazioni dello Stato sembra utile premettere alcune riflessioni. L'accelerata senescenza assoluta e relativa che caratterizza la nostra epoca, interessa tutti i paesi dell'occidente avanzato come ha messo in rilievo l'Osservatorio anziani della CEE nel suo rapporto 1993 pubblicato con il contributo di esperti

nazionali indipendenti nominati dalla Divisione Generale V[^] degli Affari Sociali CEE.

Per quanto riguarda l'Italia, possiamo notare che l'aumento della speranza media di vita alla nascita e la crescente denatalità risultano superiori alla media dei Paesi OCSE. Si prevede che la quota degli anziani (65 e più anni) se commisurata in percentuale alle persone comprese tra i 14 e i 64 anni, sarà nel 2030 del 35,3% e cioè due punti percentuali superiori alla media OCSE. Dai dati pubblicati nel settembre 1993 dall'ISTAT, si evince che in Italia - al 1° gennaio 1991 - il numero delle persone con più di 64 anni in maggioranza donne (59,7%) risulta pari a circa 8,5 milioni; ammontare che corrisponde al 14,8% dell'intera popolazione. La classe degli ultrasessantannovenni comprende, invece, circa 1,9 milioni di individui, pari al 21,9% della collettività degli anziani; all'interno di questo gruppo la quota delle donne risulta, in termini relativi, ancora maggiore (67%).

Se oggi gli ultrasessantannovenni rappresentano il 20% degli italiani, fra 7 anni, nel 2000 saranno

già il 22,7%, mentre gli ultraottantenni saliranno dal 2% attuale al 3,2%.

L'esame dei dati per ripartizione geografica rivela come nel Nord-Centro la percentuale di popolazione anziana superi di 4 punti quella del Sud, com'era ovvio attendersi per la differente dinamica demografica che ancor oggi caratterizza le due ripartizioni (il numero medio di figli per donna nell'Italia meridionale è ancora pari all'1,6).

L'indice di dipendenza - calcolato per il complesso dei due sessi - segnala a livello nazionale rispettivamente 21,5 anziani e 4,7 grandi vecchi a carico di 100 persone in età lavorativa, mediando situazioni differenti e, anche in questo caso, più sfavorevoli per il Nord-Centro.

Il quadro che risulta dai dati forniti, porta a mettere in rilievo due serie di bisogni nella programmazione dell'assistenza alle persone anziane:

- assistenza o aiuto domiciliare per chi è solo o vive da solo spesso in condizioni di solitudine involontaria;

-istituzionalizzazione in strutture residenziali con ricerca di soluzioni innovative sanitarie e sociali che non ledano la dignità dell'anziano e ne rispettino l'autonomia.

Con l'aumento dell'età, per effetto anche della vedovanza aumenta la quota di coloro che si ritrovano soli mentre diminuisce la proporzione di coloro che vivono in coppia. Ciò risulta particolarmente per il sesso femminile che com'è noto può contare su una speranza di vita superiore di circa sette anni rispetto al sesso maschile e che, mediamente, è più giovane di qualche anno rispetto al coniuge.

3. A causa della crescita della popolazione anziana ed il contemporaneo determinarsi di una nuova situazione economica dovuta alla crisi ancora in atto del sistema monetario mondiale e della perdita di produttività del sistema industriale, si è determinata una situazione complessa che può rischiare di smantellare lo stato sociale. Facendo proprie queste preoccupazioni l'OCSE, l'ONU e la CEE incitano i Governi nazionali ad avere un'attenzione speciale verso strategie concrete

per realizzare un piano di azione per l'invecchiamento della popolazione al fine di prevenire gli stati di non-autosufficienza negli anziani, incoraggiarne l'inserimento sociale a qualunque titolo, incrementare la solidarietà fra le generazioni con progetti finalizzati.

Dalle relazioni qui di seguito riportate emergono due domande a cui le politiche sociali del futuro dovrebbero tentare di rispondere. Si tratta da un lato della richiesta di definire con precisione le competenze delle Amministrazioni regionali in materia di assistenza e dell'istituzione di un coordinamento nazionale efficace affidato ad un dicastero munito di deleghe precise ed anche di portafoglio. La società civile, di cui sono una felice e matura espressione i sindacati pensionati con le numerose associazioni di anziani e pensionati di tutte le categorie sociali, chiede che venga identificato un referente unico istituzionale con veri poteri politico-amministrativi con il quale collaborare per affrontare effettivamente i problemi delle persone anziane con equità e giustizia.

4. Ancora oggi, alla luce dei recenti provvedimenti

Legislativi in materia di sanità, assume valore di riferimento il Progetto-Obiettivo "Tutela della salute degli Anziani", promosso dal Ministero della Sanità e approvato con atto parlamentare del 30 gennaio 1992 dalla Camera dei Deputati e dal Senato della Repubblica.

Esso costituisce il presupposto per imprimere all'assistenza sanitaria quella svolta in senso sociale più volte richiesta dagli stessi cittadini e dagli operatori specializzati. Le sue indicazioni hanno valore di indirizzo nei confronti dell'attività regionale e rappresentano il punto di riferimento per un modello assistenziale uniforme diretto ad assicurare pari condizioni di accesso ai servizi su tutto il territorio nazionale.

La valenza sociale del P.O.A. risalta ancora di più se si tiene conto dei modelli di assistenza cui si è data la priorità:

1. l'assistenza domiciliare integrata (ADI) intesa come insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, sociali rese al domicilio dell'anziano-malato.

2. La spedalizzazione domiciliare, che comporta una nuova concezione del servizio sanitario, è attuata dall'unità operativa di geriatria e si differenzia dall'ADI per il contenuto tipicamente ospedaliero delle prestazioni erogate.

3. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), rappresentano la collocazione residenziale dell'anziano quando non può essere assistito a domicilio o in Reparti ospedalieri di lunga degenza.

In questa logica di progetto obiettivo, si dovrebbe unificare anche la nomenclatura riguardo le strutture per anziani, al fine di evitare confusioni interpretative della legislazione esistente, o creare testi normativi contraddittori ed ambigui. La documentazione fornita dal Ministero della Sanità riguarda la spedalizzazione a domicilio quale obiettivo programmatico specifico per il 1994.

Fermo restando che il P.O.A costituisce un punto di riferimento per tutte le strategie di assistenza sanitaria alle persone anziane, occorre ricordare che il Piano Sanitario Nazionale del dicembre 1993 ne ha recepito alcune parti rendendole immediatamente operative.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

A questo proposito ricordiamo che l'Ufficio Studi e Programmazione del Ministero della Sanità esegue un monitoraggio permanente sull'attuazione in sede regionale del Progetto Obiettivo Anziani. Sono in via di completamento e saranno presto disponibili presso gli Uffici competenti le statistiche contenenti i dati relativi all'organizzazione dei servizi distinti in:

- strutture socio-sanitarie;
- unità di valutazione geriatrica (UVG);
- servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI).

5. Il fenomeno dell'anziano attivo si va rivelando sempre più evidente in varie forme di attività culturale organizzate e soprattutto nelle Università della terza età. Sono stati avviati rapporti con il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica per favorire un organico sviluppo di queste istituzioni che mirano a mantenere in attività le persone anziane e garantire standards uniformi di programmazione di contenuti e di strutture. Sebbene con diverse finalità, sono fortemente in

crescita i Centri per anziani nei singolo comuni e circoscrizioni. Essi rappresentano un organismo di base che organizza l'utilizzo del tempo libero, le attività ludiche e sportive fungendo spesso da polo di servizi sociali. Anche per queste strutture viene invocata una normativa specifica che ne regoli il funzionamento e stabilisca il ruolo nel quadro delle attività sociali in favore delle persone anziane.

Per quanto concerne le attività delle persone ormai in pensione, le stesse associazioni di anziani e i sindacati pensionati chiedono che venga regolata la presenza del cittadino anziano come soggetto-risorsa capace di offrire soluzioni innovative ad una società in cui il ridotto ruolo della famiglia e l'incertezza di alcuni servizi pubblici impongono sempre più il ricorso alla solidarietà intergenerazionale.

In questa direzione è auspicabile che possano essere promosse iniziative atte ad inserire l'anziano in lavori ritenuti socialmente utili e a favorirne comunque l'inserimento nel lavoro.

6. Va ricordato che da un triennio la CEE promuove

con iniziative diverse la politica sociale in favore degli anziani, stimolando e coordinando programmi ed iniziative collegati a rete in tutti i paesi della Comunità.

L'impegno di coordinare le attività per l'Anno Europeo degli Anziani è stato affidato al Ministro per gli Affari Sociali, coadiuvato in quest'opera da un Comitato Nazionale rappresentativo di Ministeri, Regioni, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di categoria e Volontariato. Le attività svolte e le iniziative concrete intraprese a livello locale e nazionale dimostrano una diffusa sensibilità e attenzione della società civile nei confronti delle persone anziane. Si può affermare che gli obiettivi fissati dalla CEE per l'anno degli anziani siano stati raggiunti. Essi venivano così formulati:

- sensibilizzare la società alla situazione degli anziani e alle conseguenze dell'invecchiamento della popolazione;
- promuovere la riflessione e il dibattito sui cambiamenti da proporre riguardo a questa situazione;

-associare quanto più possibile gli anziani al processo di integrazione comunitaria e promuovere la solidarietà fra le generazioni.

Contrariamente a quanto possono far credere le varie inchieste allarmistiche o i casi drammatici riguardanti certi anziani, possiamo affermare che in Italia esiste un'elevata sensibilità verso la popolazione degli anziani. Il fatto sorprendente consiste nel constatare l'alto numero di persone anziane aderenti ai Sindacati pensionati da un lato ed alle Associazioni di anziani dall'altro.

Nell'opera di diffusione attraverso stampa, televisione e incontri, di messaggi pensati per l'Anno Europeo, ci si è continuamente incontrati, e a volte scontrati, con persone e gruppi informati, attenti e coscienti della nuova realtà cui vanno incontro le Regioni italiane a causa del naturale invecchiamento della popolazione.

Tale sensibilità è confermata dagli studi che le Organizzazioni Sindacali hanno condotto negli ultimi tre anni, di cui si ha testimonianza negli organi di stampa propri delle singole Associazioni.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tutti sanno oggi che occorre ridurre la spesa per l'eccessivo numero di pensionati e che si deve affrontare in modo radicalmente nuovo la divisione del lavoro a causa del calcolo dell'indice di dipendenza degli anziani dai lavoratori attivi.

La sensibilità verso i problemi della salute degli anziani ha prodotto non soltanto le iniziative legate al P.O.A. di competenza del Ministero della Sanità ma ha suscitato da diversi anni l'interesse della ricerca scientifica italiana.

Il CNR con il progetto finalizzato sull'invecchiamento della popolazione sta portando a termine un'indagine unica nel suo genere per individuare i modelli futuri dell'assistenza integrata alle persone anziane. Lo studio, le cui conclusioni provvisorie hanno già fatto l'oggetto di due meetings di grande interesse scientifico nel 1992 e nel 1993, sarà ultimato nel 1995.

Nel dibattito suscitato dall'Anno Europeo degli Anziani, un argomento di grande interesse è stato quello del trattamento pensionistico che coinvolge l'intero regime del trattamento economico dei lavoratori che cesseranno di lavorare già nel 1994.

Il dibattito centrato sull'ultima legge finanziaria e sul decreto legge 503/92 evidenzia in linea generale la necessaria sussidiarietà dei sistemi previdenziali e socio-economici se si vuole salvaguardarne l'equità. Il timore manifestato da più parti è quello di vedere chiudersi l'ombrello protettivo dello Stato che non potrebbe più pagare le pensioni qualora non si invertisse l'attuale metodo di distribuzione del trattamento pensionistico. Per quanto riguarda la solidarietà tra giovani e anziani, si è rivelato di primaria importanza il ruolo delle associazioni di volontariato che raccolgono anziani attivi capaci di fornire servizi di auto-aiuto ed anche servizi sociali in favore delle comunità. Gli anziani sono disponibili a collaborare con i giovani sia con il trasferimento di conoscenze in loro possesso che con la collaborazione ad iniziative congiunte in tutti i campi del sociale come risulta anche dall'inchiesta denominata Eurobarometro dell'Osservatorio Anziani della CEE. Concretamente, insieme al coordinamento e alla collaborazione dove richiesta, per le attività

dell'Anno Europeo, il Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha proposto due iniziative concrete atte a migliorare la partecipazione dei cittadini anziani alla vita sociale.

La prima consiste nel patrocinio di una carta di servizi denominata "Carta Anni D'Argento" gestita dalla società SINT di Torino per garantire ad un prezzo contenuto un pacchetto di utili servizi domiciliari e di supporti onde agevolare la mobilità degli anziani.

La seconda consiste in una "Guida ai servizi sociali" per gli anziani, frutto della collaborazione tra il Dipartimento per gli Affari Sociali che l'ha ideata e ne promuove stampa e diffusione e la fondazione Finney che la sponsorizza.

7. Prima di indicare i risultati ottenuti è doveroso indicare le difficoltà incontrate in questo Anno Europeo degli Anziani. E' risultato difficile far capire il messaggio che la CEE attraverso la sua direzione degli Affari Sociali voleva inviare al grosso pubblico.

Risultava difficile distinguere quegli obiettivi strettamente culturali voluti e perseguiti dalla CEE dalle esigenze e dai bisogni reali per i quali i cittadini aspettano risposte istituzionali di tipo politico-economico. In tal senso, non si accetta facilmente l'idea che si possa celebrare un Anno degli Anziani senza contemporaneamente compiere atti legislativi che migliorino la vita degli anziani. Da più parti si è richiesto che gli obiettivi venissero centrati maggiormente sulle politiche sociali anziché sulle discussioni, le analisi e i dibattiti cui da un decennio siamo abituati ad assistere. In ultimo la mancanza di disponibilità di finanziamenti dello Stato, per le note ristrettezze di bilancio, ha impedito in ogni caso che il ruolo del coordinamento nazionale fosse incisivo ed efficace.

In questo contesto si può affermare che sono stati raggiunti alcuni risultati che hanno permesso di individuare alcune linee di politiche sociali concrete in favore delle persone anziane e che vengono sottoposte qui alla riflessione di tutti:

- definizione precisa di obiettivi governativi

come linee-guida per le politiche nazionali per le Regioni, che in Italia sono i veri operatori delle politiche sociali;

- grazie all'inserimento nelle reti di progetti innovativi, l'assunzione, a livello locale e nazionale, di un nuovo metodo di lavoro sociale che consiste nel progettare, collegare a rete e programmare soluzioni a medio termine nelle politiche a favore degli anziani;

- rivalutazione del ruolo fondamentale della famiglia e individuazione di sostegni finanziari, o fiscali, per le famiglie anziane o per quelle che accudiscono in casa una persona anziana non-autosufficiente;

- avvio concreto dei finanziamenti per i progetti sperimentali di assistenza domiciliare integrata, spedalizzazione a domicilio e residenze sanitarie assistenziali (RSA) come momento attuativo del P.O.A.;

- presentazione di un disegno di legge per l'inserimento dell'anziano nel lavoro e la regolamentazione del lavoro cosiddetto socialmente utile;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- coordinamento delle Università della terza età e definizione di regolamenti e standards formativi validi su tutto il territorio nazionale;
- costituzione di un gruppo di lavoro e di un Osservatorio Nazionale sulla condizione dell'anziano in Italia.

8. Le informazioni fornite dalle Amministrazioni Regionali, anche se carenti in più parti, consentono un'aggiornamento parziale per il 1993-1994 dei dati già in nostro possesso.

La situazione dell'assistenza agli anziani risente ancora pesantemente di difficoltà gestionali proprie del comparto dell'assistenza sociale. La mancanza di risorse di progetti è carente soprattutto nel campo dell'assistenza agli anziani che trova poco spazio nei budget delle Amministrazioni Comunali.

Riteniamo si debba dare atto all'intenso lavoro delle forze sociali organizzate che hanno mostrato sensibilità e creatività nel lavoro sociale a favore dei nuovi bisogni dei cittadini anziani. In particolare, le Federazioni Nazionali dei Sindacati Pensionati con la loro grande

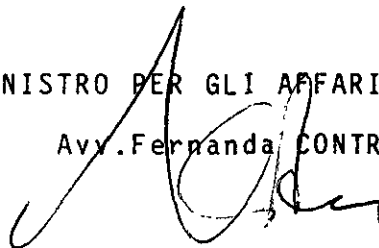
XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

capacità di analisi e con la forza di coinvolgimento che li caratterizza hanno dimostrato che esiste un ampio spazio di collaborazione tra Amministrazioni pubbliche e forze sociali.

Il Governo si impegna a portare avanti la tutela dei diritti dell'anziano facendo propria la convinzione già espressa nelle conclusioni della Commissione De Giuseppe secondo cui "I diritti dell'anziano possono essere realmente garantiti soltanto promuovendo la piena cittadinanza dell'anziano stesso in ogni campo dell'attività economica, sociale, politica".

IL MINISTRO PER GLI AFFARI SOCIALI

Avv. Fernanda CONTRI



NOTA SULL'ATTIVITA' PREVIDENZIALE DELLO STATO

Si pubblica qui di seguito una serie di dati statistici forniti dall'INPS riguardo l'attività previdenziale e assistenziale dello Stato per gli anni 1991-1992 rispettivamente per le categorie dei:

- Lavoratori Dipendenti;
- Coltivatori Diretti e Coloni Mezzadri;
- Artigiani;
- Commercianti;
- Pensionati sociali.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

F.P.L.D.
Tav.13 - Distribuzione per classe di età e sesso del titolare della pensione in pagamento all'1.1.1992(*)

Classi di età	Vecchiaia e Anzianità			Invalidità			Superstiti	Complesso
	Maschi	Femmine	Complesso	Maschi	Femmine	Complesso		
	0-4	-	-	-	-	-		
5-9	-	-	-	-	-	-	701	701
10-14	-	-	-	-	-	-	2.544	2.544
15-19	-	-	-	-	-	-	6.322	6.322
20-24	-	-	-	109	35	144	3.689	3.833
25-29	-	-	-	1.259	598	1.857	2.778	4.635
30-34	-	-	-	3.731	2.398	6.129	6.675	12.804
35-39	-	-	-	8.087	6.249	14.336	14.174	28.510
40-44	-	-	-	17.808	14.783	32.591	30.295	62.886
45-49	-	441	441	31.879	27.539	59.418	51.571	111.430
50-54	89.346	32.659	122.005	67.025	60.137	127.162	101.341	350.508
55-59	235.327	459.713	695.040	131.350	104.101	235.451	171.073	1.101.564
60-64	642.519	487.135	1.129.654	206.527	183.662	390.189	279.456	1.799.299
65-69	608.018	433.593	1.041.611	262.476	258.023	520.499	392.635	1.954.745
70-74	381.562	266.655	648.217	192.418	212.965	405.383	370.660	1.424.260
75-79	326.206	258.643	584.849	178.851	202.033	380.884	472.983	1.438.716
80-84	209.537	180.670	390.207	100.540	148.581	249.121	410.204	1.049.532
85-89	73.829	85.464	159.293	37.693	67.876	105.569	215.413	480.275
90-94	21.482	30.278	51.760	8.350	17.891	26.241	74.004	152.005
95 e oltre	4.439	5.804	10.243	851	2.987	3.838	14.613	28.694
TOTALE	2.592.265	2.241.055	4.833.320	1.248.954	1.309.858	2.558.812	2.621.224	10.913.356

(*) I valori si riferiscono alle pensioni contabilizzate.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

F.P.L.D.
Tav. 14 - Distribuzione percentuale per classe di età e sesso del titolare della pensione in pagamento all'1.1.1992(*)

Classi di età	Vecchiala e Anzianità			Invalidità			Superstiti	Complesso
	Maschi	Femmine	Complesso	Maschi	Femmine	Complesso		
fino a 49	0,00	0,02	0,01	5,03	3,94	4,47	4,53	2,34
50-54	3,45	1,46	2,53	5,37	4,59	4,97	3,87	3,50
55-59	9,08	20,51	14,38	10,52	7,95	9,20	6,53	11,00
60-64	24,79	21,74	23,37	16,54	14,02	15,25	10,66	17,97
65-69	23,45	19,35	21,55	21,01	19,70	20,34	14,98	19,52
70-74	14,72	11,90	13,41	15,41	16,26	15,84	14,14	14,22
75-79	12,58	11,54	12,10	14,32	15,42	14,89	18,04	14,37
80 e oltre	11,93	13,48	12,65	11,80	18,12	15,04	27,25	17,08
TOTALE	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) I valori si riferiscono alle pensioni contabilizzate.

CD - CM

6 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite per classe di età, sesso e categoria

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	VECCHIAIA		
fino a 54	473	1.191	1.664
55 - 59	4.221	3.260	7.481
60 - 64	6.526	111.385	117.911
65 - 69	57.117	85.449	142.566
70 - 74	23.092	40.579	63.671
75 - 79	16.743	33.403	50.146
80 - 84	15.625	33.676	49.301
85 - 89	13.974	17.258	31.232
90 - 94	6.752	8.018	14.770
95 e oltre	1.574	4.264	5.838
Totale	146.097	338.483	484.580
Età media	73,9	70,8	71,7
	INVALIDITA' (b)		
fino a 34	113	71	184
35 - 39	402	418	820
40 - 44	1.333	1.467	2.800
45 - 49	2.474	3.713	6.187
50 - 54	5.423	10.225	15.648
55 - 59	12.429	25.867	38.296
60 - 64	30.557	64.320	94.877
65 - 69	57.780	119.975	177.755
70 - 74	55.639	117.583	173.222
75 - 79	81.251	153.229	234.480
80 - 84	64.830	121.465	186.295
85 - 89	26.531	60.375	86.906
90 - 94	5.168	17.918	23.086
95 ed oltre	187	1.296	1.483
Totale	344.117	697.922	1.042.039
Età media	72,7	73,5	73,2

(a) Età in anni compiuti

(b) Ante L. n. 222/84

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

CD - CM

segue 6 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite:
per classe di età, sesso e categoria

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	INVALIDITA'		
fino a 29	83	56	139
30 - 34	241	183	424
35 - 39	403	438	841
40 - 44	814	1.068	1.882
45 - 49	1.448	2.322	3.770
50 - 54	3.581	6.275	9.856
55 - 59	8.374	14.046	22.420
60 - 64	16.316	6.593	22.909
65 - 69	4.761	1.303	6.064
70 ed oltre	128	132	260
Totale	36.149	32.416	68.565
Età media	59,4	56,3	58,0
	INABILITA'		
fino a 29	12	4	16
30 - 34	30	16	46
35 - 39	49	28	77
40 - 44	57	70	127
45 - 49	68	105	173
50 - 54	153	181	334
55 - 59	325	298	623
60 - 64	454	191	645
65 - 69	263	31	294
70 ed oltre	9	7	16
Totale	1.420	931	2.351
Età media	58,0	54,6	56,6

(a) Età in anni compiuti

CD - CM

segue 6 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite
per classe di età, sesso e categoria

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	SUPERSTITI (b)		
0 - 4	4	4	8
5 - 9	31	15	46
10 - 14	110	115	225
15 - 19	327	315	642
20 - 24	178	205	383
25 - 29	73	159	232
30 - 34	124	373	497
35 - 39	226	784	1.010
40 - 44	454	1.863	2.317
45 - 49	771	3.201	3.972
50 - 54	1.574	7.175	8.749
55 - 59	2.993	13.182	16.175
60 - 64	5.547	23.250	28.797
65 - 69	8.997	36.042	45.039
70 - 74	8.489	36.732	45.221
75 - 79	15.568	52.458	68.026
80 - 84	16.599	44.266	60.865
85 - 89	8.500	19.208	27.708
90 - 94	2.347	5.330	7.677
95 e oltre	326	724	1.050
Totale	73.238	245.401	318.639
Età media	74,7	73,1	73,5

(a) Età in anni compiuti

(b) Le indicazioni relative all'età e al sesso si riferiscono al coniuge ove questo sia compreso tra i beneficiari; all'orfano più anziano nel caso di pensione ai soli orfani

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ARTIGIANI**10 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite per classe di età, sesso e categoria**

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	VECCHIAIA		
fino a 54	9.227	551	9.778
55 - 59	23.939	947	24.886
60 - 64	21.096	34.458	55.554
65 - 69	40.740	28.102	68.842
70 - 74	17.873	14.457	32.330
75 - 79	11.946	10.195	22.141
80 - 84	8.331	8.046	16.377
85 - 89	3.623	5.244	8.867
90 - 94	1.479	2.294	3.773
95 e oltre	309	529	838
Totale	138.563	104.823	243.386
Età media	67,3	70,2	68,5
	INVALIDITA' (b)		
fino a 34	61	23	84
35 - 39	309	136	445
40 - 44	999	507	1.506
45 - 49	2.335	1.162	3.497
50 - 54	5.330	3.221	8.551
55 - 59	10.152	7.035	17.187
60 - 64	17.080	15.331	32.411
65 - 69	23.416	27.681	51.097
70 - 74	21.189	28.706	49.895
75 - 79	24.725	32.272	56.997
80 - 84	14.944	18.938	33.882
85 - 89	4.333	5.451	9.784
90 - 94	660	987	1.647
95 ed oltre	30	97	127
Totale	125.563	141.547	267.110
Età media	70,1	72,1	71,2

(a) Età in anni compiuti

(b) Ante L. n. 222/84

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ARTIGIANI

**segue 10 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite
per classe di età, sesso e categoria**

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	INVALIDITA'		
fino a 30	69	21	90
30 - 34	278	84	362
35 - 39	605	178	783
40 - 44	1.300	310	1.610
45 - 49	2.783	811	3.594
50 - 54	5.538	1.743	7.281
55 - 59	9.760	1.964	11.724
60 - 64	2.188	765	2.953
65 - 69	78	99	177
70 ed oltre			
Totale	31.146	9.042	40.188
Età media	56,7	56,2	56,6
	INABILITA'		
fino a 30	20	6	26
30 - 34	67	19	86
35 - 39	100	30	130
40 - 44	153	50	203
45 - 49	258	83	341
50 - 54	465	125	590
55 - 59	690	125	815
60 - 64	659	93	752
65 - 69	258	20	278
70 ed oltre	16	2	18
Totale	2.686	553	3.239
Età media	55,5	52,5	55,0

(a) Età in anni compiuti

ARTIGIANI

segue 10 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite
per classe di età, sesso e categoria

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	SUPERSTITI (b)		
0 - 4	8	4	12
5 - 9	44	39	83
10 - 14	144	128	272
15 - 19	322	314	636
20 - 24	154	210	364
25 - 29	45	304	349
30 - 34	38	886	924
35 - 39	105	1.991	2.096
40 - 44	253	4.372	4.625
45 - 49	414	7.148	7.562
50 - 54	792	12.461	13.253
55 - 59	1.111	16.893	18.004
60 - 64	1.492	21.414	22.906
65 - 69	2.130	26.486	28.616
70 - 74	2.140	23.533	25.673
75 - 79	3.472	28.609	32.081
80 - 84	3.361	22.606	25.967
85 - 89	1.781	10.459	12.240
90 - 94	612	3.100	3.712
95 e oltre	98	554	652
Totale	18.516	181.511	200.027
Età media	71,0	68,6	68,8

(a) Età in anni compiuti

(b) Le indicazioni relative all'età e al sesso si riferiscono al coniuge ove questo sia compreso tra i beneficiari; all'orfano più anziano nel caso di pensione ai soli orfani

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COMMERCianti**10 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite per classe di età, sesso e categoria**

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
VECCHIAIA			
fino a 54	2.764	622	3.386
55 - 59	8.245	1.165	9.410
60 - 64	7.131	63.191	70.322
65 - 69	41.028	52.451	93.479
70 - 74	21.054	26.939	47.993
75 - 79	13.592	22.078	35.670
80 - 84	9.358	25.913	35.271
85 - 89	5.518	14.325	19.843
90 - 94	1.727	4.113	5.840
95 e oltre	228	730	958
Totale	110.645	211.527	322.172
Età media	71,0	71,4	71,2
INVALIDITA' (b)			
fino a 34	27	18	45
35 - 39	169	98	267
40 - 44	557	434	991
45 - 49	1.099	1.078	2.177
50 - 54	2.380	2.865	5.245
55 - 59	5.062	6.816	11.878
60 - 64	10.208	16.372	26.580
65 - 69	15.817	29.882	45.699
70 - 74	15.603	30.345	45.948
75 - 79	17.082	30.262	47.344
80 - 84	9.083	9.630	18.713
85 - 89	1.241	1.137	2.378
90 - 94	110	263	373
95 ed oltre	21	30	51
Totale	78.459	129.230	207.689
Età media	70,4	70,6	70,6

(a) Età in anni compiuti

(b) Ante L. n. 222/84

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COMMERCianti

segue 10 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite
per classe di età, sesso e categoria

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	INVALIDITA'		
fino a 29	34	24	58
30 - 34	137	86	223
35 - 39	307	189	496
40 - 44	619	489	1.108
45 - 49	1.288	1.102	2.390
50 - 54	2.707	2.644	5.351
55 - 59	4.811	4.504	9.315
60 - 64	6.935	2.579	9.514
65 - 69	1.773	852	2.625
70 ed oltre	97	166	263
Totale	18.708	12.635	31.343
Età media	57,9	56,4	57,3
	INABILITA'		
fino a 29	4	3	7
30 - 34	31	19	50
35 - 39	39	22	61
40 - 44	77	56	133
45 - 49	118	88	206
50 - 54	198	140	338
55 - 59	345	218	563
60 - 64	476	147	623
65 - 69	216	32	248
70 ed oltre	17	8	25
Totale	1.521	733	2.254
Età media	57,4	54,4	56,4

(a) Età in anni compiuti

COMMERCianti

segue 10 - Pensioni vigenti al 31 dicembre 1991 ripartite
per classe di età, sesso e categoria

Classi di età (a)	Maschi	Femmine	Complesso
	SUPERSTITI (b)		
0 - 4	5	2	7
5 - 9	31	34	65
10 - 14	106	84	190
15 - 19	246	253	499
20 - 24	144	158	302
25 - 29	40	136	176
30 - 34	47	440	487
35 - 39	144	1.081	1.225
40 - 44	250	2.409	2.659
45 - 49	513	4.358	4.871
50 - 54	997	8.064	9.061
55 - 59	1.577	12.385	13.962
60 - 64	2.544	17.626	20.170
65 - 69	3.745	22.753	26.498
70 - 74	3.657	19.747	23.404
75 - 79	5.184	21.748	26.932
80 - 84	4.724	16.650	21.374
85 - 89	2.456	7.339	9.795
90 - 94	885	2.058	2.943
95 e oltre	109	306	415
Totale	27.404	137.631	165.035
Età media	71,9	69,0	69,5

(a) Età in anni compiuti

(b) Le indicazioni relative all'età e al sesso si riferiscono al coniuge ove questo sia compreso tra i beneficiari; all'orfano più anziano nel caso di pensione ai soli orfani

**A) SPESE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI
PER EROGAZIONI PENSIONISTICHE**

**3. - PENSIONI SOCIALI AI CITTADINI ULTRASESSANTACINQUENNI
VIGENTI ALLA FINE DEGLI ANNI 1990 E 1991
(RIPARTITE PER CLASSE DI ETÀ E SESSO).**

Classi di età (a)	1990			1991		
	M	F	MF	M	F	MF
65-69	40.793	204.835	245.628	40.104	203.417	243.521
70-74	20.881	123.640	144.521	22.552	133.134	155.686
75-79	23.600	124.894	148.494	20.987	115.530	136.517
80-84	18.908	89.729	108.637	17.453	87.462	104.915
85-89	10.227	50.371	60.598	9.630	49.307	58.937
90-94	3.701	21.682	25.383	3.554	21.062	24.616
95 e oltre	840	5.741	6.581	803	5.811	6.614
TOTALE	118.950	620.892	739.842	115.083	615.723	730.806

*Istituto Nazionale di
Statistica*

ALCUNI ASPETTI DEMOGRAFICI E SOCIALI DEGLI ANZIANI IN ITALIA

Tra i mutamenti demografici verificatisi negli ultimi decenni in Italia - come del resto in tutte le nazioni sviluppate - il processo di invecchiamento della popolazione riveste un ruolo di grande rilievo per le sue ripercussioni non solo sul piano economico-sociale, ma anche su quello politico-culturale.

Il 1993 è stato proclamato "anno europeo dell'anziano", e l'Istat non poteva mancare a questo appuntamento con un suo contributo volto ad evidenziare le caratteristiche demografiche e sociali di questa parte della popolazione che ha assunto proporzioni crescenti sia in termini assoluti, sia relativi. Attualmente, ogni 100 individui con meno di 15 anni si contano ben 91,2 individui con almeno 65 anni, mentre se ne hanno 21,5 ogni 100 persone in età lavorativa. A meno di eventi demografici eccezionali, già nel 2000, l'Italia si collocherà ai primi posti tra i Paesi europei con la più alta incidenza di individui con almeno sessanta anni di età, passando dall'attuale 20% al 22,7%, superata soltanto dalla Grecia e dalla Germania.

L'eccezionale trasformazione demografica in atto fa emergere la necessità di identificare parametri oggettivi per la pianificazione di interventi che tengano conto delle dinamiche sociali e, in tale direzione, questa pubblicazione rappresenta un ulteriore passo nella descrizione di una realtà certamente complessa e in continuo movimento come quella della cosiddetta "terza e quarta età". Proprio in funzione di tali complessità e dinamicità, la stessa definizione di anziano, che usualmente fa riferimento ad un numero costante di anni vissuti, tende ad essere riconsiderata. Oggi, ad esempio, un sessantacinquenne può sperare di vivere lo stesso numero di anni - 14,7 per i maschi e 18,5 per le femmine - al quale poteva aspirare rispettivamente un sessantaduenne ed una cinquantanovenne, appena quaranta anni fa.

Per fornire un quadro sintetico - ma certo non esaustivo - della condizione degli anziani in Italia, sono stati utilizzati i risultati delle principali indagini campionarie che hanno come unità di rilevazione la famiglia (Indagine Multiscopo, Indagine sui consumi, Indagine sulle forze di lavoro), unitamente ad altre rilevazioni, come quella sui presidi socio-assistenziali e quella sulle cause di morte.

Il benessere economico, sociale e psicologico degli anziani è intimamente legato al contesto familiare nel quale essi sono inseriti. Le relazioni familiari assumono una rilevanza particolare nel periodo successivo al ritiro dall'attività lavorativa, il quale,

solitamente, risulta caratterizzato da una riduzione delle occasioni di contatto sociale, anche a causa della progressiva limitazione dell'autonomia fisica. La pubblicazione non poteva, quindi, trascurare l'ambito familiare nel quale l'anziano può continuare ad esercitare un ruolo attivo - in funzione delle proprie risorse di esperienza, tempo libero, affettività, ecc. - ricevendo, nello stesso tempo, il sostegno necessario alle esigenze di aiuto e di assistenza.

In realtà, in Italia, ben un quarto degli individui con almeno 60 anni vive in famiglie unipersonali e tale quota - soprattutto per effetto della vedovanza - aumenta considerevolmente all'aumentare dell'età (questo fenomeno risulta molto più accentuato per le donne, come conseguenza di una speranza di vita più elevata e di un'età media alle nozze inferiore a quella del coniuge). Tale condizione non può non avere potenti ripercussioni sulla domanda di assistenza ed accudimento che, normalmente, si fa più pressante all'avanzare dell'età. Non a caso, infatti, mentre solo il 19,6% degli anziani che vivono in coppia dichiara di non essere autonomo, coloro che vivono soli dichiarano di aver bisogno di aiuto nel 30,2% dei casi; ciò suggerisce come l'assenza di congiunti tenda ad esasperare la percezione delle proprie limitazioni ed a rendere onerose anche le elementari attività della vita quotidiana. In altri termini, se il grado di autonomia è uno dei fattori che più condizionano la qualità e la durata della vita, costituendo un parametro indispensabile per un'adeguata programmazione dell'assistenza socio-sanitaria, ancor più utile risulta porlo in relazione con la struttura familiare in cui è inserita la persona anziana.

D'altra parte, la condizione degli anziani non può non essere analizzata in funzione della presenza sul territorio delle strutture socio-assistenziali pubbliche e private che possono integrare o sostituire le famiglie nel caso di una riduzione del grado di autonomia dei congiunti di età avanzata.

Ad esempio, la migliore condizione denunciata dagli anziani del Nord potrebbe, almeno in parte, derivare da una più capillare presenza di adeguati servizi assistenziali che consentono un maggior carico di assistiti. In effetti, la distribuzione territoriale di tali presidi mostra una maggiore concentrazione in questa ripartizione (66%, contro il 17% sia al Centro, sia al Mezzogiorno), e lo stesso può dirsi per la distribuzione degli assistiti. Pertanto, si può immaginare che almeno una quota delle persone che dichiarano di aver necessità di aiuto fornisca una misura della domanda di assistenza rimasta inevasa.

Anche dal punto di vista economico, la popolazione anziana risulta mediamente più disagiata rispetto alla restante popolazione, e non solo come fisiologico effetto della

riduzione del reddito che deriva dal ritiro dall'attività lavorativa (la pensione costituisce la principale fonte di reddito per il 95% delle famiglie con persona di riferimento ultrasessantenne), ma anche a causa delle minori opportunità (carriere lavorative più brevi, posizione nella professione meno elevata, ecc.) delle quali hanno goduto gli anziani nel loro percorso di vita. D'altra parte, bisogna tener conto che con il progressivo allungarsi della vita, l'anziano medio diviene un individuo sempre più vecchio e la sua "distanza" rispetto alla restante popolazione in termini di livello di istruzione, di reddito ecc. tende continuamente ad ampliarsi.

La riduzione dei redditi e delle spese familiari, che si sperimenta nell'ultima fase del ciclo di vita, si accompagna a modificazioni nella struttura dei consumi e, in particolare, da un lato, all'aumento dell'incidenza della spesa per quei beni e servizi il cui consumo è scarsamente comprimibile (generi alimentari, spese per la salute, abitazione, combustibili), dall'altro alla diminuzione delle spese voluttuarie e culturali. In tale contesto d'analisi, non si potevano dimenticare le famiglie che si trovano in una condizione di particolare disagio. Sul totale delle famiglie con persona di riferimento anziana il 7,6% può definirsi povero e, all'aumentare della distanza dalla soglia dell'età pensionabile, tale incidenza aumenta, superando il 12% nella classe dei grandi vecchi.

In Italia, come in tutti i Paesi sviluppati, la partecipazione degli anziani all'attività produttiva è andata riducendosi nel tempo. Le cause di tale processo vanno ricercate sia nella costituzione dei sistemi pensionistici che hanno garantito la sopravvivenza economica nel periodo conclusivo dell'esistenza ad una fascia sempre più ampia della popolazione, sia, più recentemente, nelle misure poste in essere per contenere la disoccupazione. A ciò si aggiunge, quale causa di fondo, il passaggio dall'economia agricola a quella industriale e del terziario avanzato ove, l'innovazione tecnologica, ha ridisegnato la struttura occupazionale delle forze di lavoro, puntando sulla componente più giovane che presenta normalmente una maggiore flessibilità di adattamento alle nuove procedure tecnologiche e, in media, un grado di istruzione più elevato.

I tassi di attività si riducono di un terzo passando da una classe di età ad una più elevata (22,8, 7,7 e 2,4, rispettivamente, per le classi 60-64, 65-70 e 71 e più) ed aumenta, in termini relativi, la quota di anziani occupati in agricoltura. E' comunque nel terziario che si rileva la maggioranza degli anziani occupati (57,6%) e la condizione che ricorre più frequentemente è quella di indipendente (59,1%). Gli anziani tendono cioè a conservare un impiego soprattutto quando è forte la spinta economica al proseguimento dell'attività oltre l'età pensionabile.

Come si è accennato, il persistere delle attuali tendenze demografiche determinerà in futuro mutamenti nella struttura per età della popolazione di portata ancora più vasta. Il problema del carico degli anziani è, quindi, destinato ad acuirsi, ed il peso economico-sociale (previdenziale, assistenziale e sanitario) che graverà sulla popolazione produttiva tenderà a farsi ancora più stringente, se non verranno attuate misure che promuovano l'innalzamento dei tassi di attività, compatibilmente con l'evoluzione del mercato del lavoro (in tale direzione si è mossa, ad esempio, la recente riforma previdenziale che ha previsto l'elevazione dell'età pensionabile).

*Presidenza del Consiglio dei
Ministri
Dipartimento del Turismo e
dello Spettacolo*



394 ... 210

Ministero del turismo e dello spettacolo

DIREZIONE GENERALE DEGLI AFFARI GENERALI DEL TURISMO E DELLO SPORT
Divisione X - Rapporti Comunitari Turismo

295/CEE/AN2.

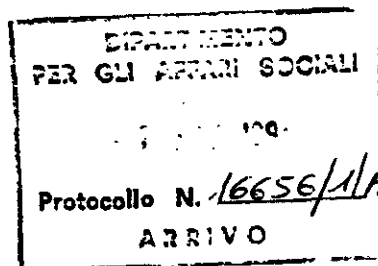
PRESIDENZA CONSIGLIO MINISTRI
Dipartimento AA. Sociali
ROMA

Oggetto: III relazione annuale al Parlamento sulla condizione degli anziani.

Si riscontra il Fax DAS9358/1/DASRPA del 10.9.1993 relativo all'oggetto, per trasmettere le informazioni in possesso di questa Amministrazione in ordine alle agevolazioni od iniziative in favore dei cittadini ultrasessantenni.

Nel settore delle attività culturali è consentito l'accesso alla sale cinematografiche a prezzi scontati nella misura e nei capoluoghi sottoelencati:

Torino 50%
Milano 50%
Padova 30%
Bologna 50%
Firenze 50%
Ancona 50%
Perugia 30%
Roma 30%
Pescara 30%
Napoli 50%
Bari 50%
Catania 40%



Anche per quanto riguarda gli spettacoli di prosa, gli esercenti di ogni regione concedono ai cittadini ultrasessantenni uno sconto che varia dal 50 al 30 per cento dell'intero costo del biglietto.

Nel settore del turismo numerosi sono i soggiorni turistici per gli anziani a cura dei Comuni e di Associazioni.

A puro titolo esemplificativo si riportano quelli organizzati dall'Associazione Fenacom 50 e più:

marz.93 - Incontro di primavera. Cinque settimane in Sardegna. Attività, incontri, confronti e recupero di tante tradizioni ricette o storie, ma soprattutto socializzazione e scambio di esperienze.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

giugn.sett.93 - Vienna e Parigi. Nel quadro dell'Anno Europeo dell'Anziano e della Solidarietà tra le Generazioni.

La proposta ha visto la partecipazione di nonni, nonne e nipoti, per rafforzare quel rapporto di solidarietà alla base dell'indispensabile scambio di affetto, di esperienza e di ricordi.

Sett.93 - Londra. Inghilterra e Scozia. Incontri con Organizzazioni di anziani dei Paesi della Comunità Europea per favorire ogni tipo di scambio che ne potrà scaturire.

Sett.93 - Concorso Levico Terme - Settimana della creatività. E' un concorso di prosa, poesia, pittura, aperto a tutti gli ultracinquantenni.

Ott.93 - Vittel - Per una Europa più nostra - Sempre nell'ambito dell'Anno Europeo dell'Anziano l'iniziativa intende riunire gli anziani dei vari Paesi della CEE testimoni e protagonisti di un significativo passaggio da un momento di forzata divisione (2^a Guerra Mondiale) ad un momento di voluta coesione (nascita dell'Europa comunitaria).

Nov.93 - Raduno dei maestri del commercio a Dierba - Premiazione di tutti i titolari di Licenza Commerciali con 25, 35, 50 o più anni di attività.

Dic.93 - Natale Insieme - Sanremo - Manifestazione conclusiva dell'Anno Europeo dell'Anziano. E' organizzata per tutti coloro che in questo particolare periodo dell'anno non hanno con chi trascorrere il Natale.

IL PRIMO DIRIGENTE
Pellelli

Ministero dell'Interno

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MODULARIO
interno 157



Ministero dell'Interno

DIREZIONE GENERALE
DEI SERVIZI CIVILI

Ufficio Studi e Coop. Int.le

Divisione *Sez.*
Prot. N. 39219/32 *Allegati* 3

Roma, 27 OTT. 1993 19

Alla PRESIDENZA DEL CONSIGLIO
DEI MINISTRI

Dipartimento Affari Sociali

R O M A

Richiesta al Foglio del
Dir. *Sez.* *N. 2*

OGGETTO: Elementi per la relazione sulla condizione dell'anziano. Periodo ottobre 1992 - Settembre 1993.

Si illustrano in allegato alcune iniziative realizzate dalla Direzione generale sul tema della condizione degli anziani.

Gli elementi informativi che con la presente si inviano potranno essere utilizzati nell'ambito della annuale relazione sulla condizione degli anziani che sarà predisposta a cura di codesto Dipartimento.

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
14 OTT. 1993
Protocollo N. 15242/1/DAS/RPA/3
ARRIVO

IL DIRETTORE GENERALE
(Gelati)

DIREZIONE GENERALE DEI SERVIZI CIVILI
Ufficio Studi e Cooperazione Internazionale

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nell'ambito del programma italiano per l'anno europeo degli anziani e della solidarietà fra le generazioni, dichiarato dalla CEE, la scrivente Direzione generale ha organizzato, in collaborazione con il Centro Europeo di Vienna per la politica e la ricerca sociale, la conferenza internazionale "Innovazione e partecipazione nell'assistenza agli anziani. L'Italia incontra l'Europa" - Roma 20/22 maggio 1993. (vedi sintesi in allegato 1).

La conferenza ha dato un contributo significativo ai due temi principali della "partecipazione" e delle "innovazioni". Gli esperti che sono intervenuti hanno avuto modo di mettere a confronto le politiche di assistenza agli anziani non del tutto autosufficienti dei paesi europei presenti. In particolare è stata positivamente accolta l'esperienza fatta nella città di Rotterdam sulla gestione dei casi individuali e dei bilanci relativi agli anziani al fine di creare opportunità per consolidare la loro posizione nel mercato dell'assistenza. Esperienze altrettanto positive si sono rivelate le piccole strutture residenziali per anziani non autosufficienti che stanno prendendo piede in Francia: una soluzione intermedia tra domicilio individuale e alloggio collettivo. Di non minore interesse è l'attenzione data in Gran Bretagna alla rete delle relazioni di sostegno informale che precede e accompagna l'erogazione del servizio formale a domicilio e mira a mantenere la massima indipendenza degli anziani.

A confronto con le esperienze europee, l'Italia ha illustrato il progetto-obiettivo sulla tutela della salute degli anziani che rappresenta lo sforzo più completo e significativo messo a punto dagli organi istituzionali e tuttora in fase di sperimentazione.

Inoltre, quali esempi innovativi a livello italiano, sono stati presentati l'esperienza, ormai consolidata, dell'ospedalizzazione a domicilio portata avanti dalla USL

N.8 di Torino e l'esperimento di assistenza domiciliare integrata in avvio nel comune di Bologna.

Dal confronto europeo è emerso un orientamento comune teso al superamento della crisi dello stato sociale contralista e burocratico e al rafforzamento del concetto di responsabilità personale di tutti i cittadini (operatori e utenti).

Nel corso stesso della conferenza sono stati, altresì, presentati i risultati di due ricerche commissionate dalla scrivente Direzione generale nel 1992:

1. L'indagine condotta dall'ISTISSS "La famiglia anziana: terza e quarta età a confronto" ha preso in esame 398 coppie di genitori/figli anziani, per un totale di 796 soggetti intervistati, distribuite su cinque territori strutturalmente diversi per condizioni sociali ed economiche: la grande realtà urbana di Roma, la media realtà provinciale di Ancona e Padova, le realtà di Termoli e Orvieto.

Attraverso la somministrazione di un questionario a largo spettro, la ricerca ha indagato sulle esigenze e le aspettative della nuova famiglia multigenerazionale, sulle modalità di risposte messe in atto dai servizi socio-assistenziali, verificando le forme di intervento da attuare e potenziare per migliorare la qualità della vita della famiglia anziana (vedi sintesi in allegato n.2).

2. Da ultimo il Labos ha condotto a termine la realizzazione di una "Banca Dati sui servizi domiciliari". Tale attività è risultata estremamente impegnativa per il gran numero di servizi ed enti coinvolti - sono stati censiti oltre 2.700 servizi e identificati oltre 900 variabili individuali - e per la notevole diversità delle soluzioni gestionali ed organizzative adottate dalle amministrazioni degli enti locali.

Il rapporto finale sarà reso pubblico dopo la validazione dei risultati da parte delle regioni (vedi sintesi in allegato n.3).

E' intenzione di questa amministrazione sviluppare tale ricerca valorizzando la grande mole di dati raccolti. In particolare ci si propone di orientare l'analisi secondo le seguenti direttrici:

- * definizione dei profili professionali sulla base delle prestazioni erogate;
- * definizione della tipologia dei servizi tenendo conto della tipologia e del peso degli operatori coinvolti, delle prestazioni effettivamente rese e del tipo di utenza servita;
- * verifica, per regione, della rispondenza dei moduli organizzativi alle prescrizioni contenute nelle norme regionali.

Attraverso tali analisi, che saranno condotte utilizzando tecniche statistiche multivariate (analisi fattoriali) si tenderà a ricostruire modelli omogenei di servizio.

Verrà inoltre sviluppata in chiave analitica la componente territoriale della banca dati, utilizzando dati di tipo demografico per la costruzione di indici di territorializzazione dei servizi.

La realizzazione del progetto comprenderà momenti di verifica con rappresentanti delle amministrazioni regionali, prevedendo la possibilità di aggiornamento della banca dati e la sua utilizzazione da parte delle stesse amministrazioni regionali.

Allegato n. 1

CONFERENZA INTERNAZIONALE

Organizzata congiuntamente
dal
Ministero dell'Interno (Italia)
e dal
Centro Europeo per la Politica e la Ricerca Sociale
(Vienna)

**INNOVAZIONE E PARTECIPAZIONE NELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI
L'ITALIA INCONTRA L'EUROPA**

Roma, 20/22 maggio 1993

NOTA INTRODUTTIVA

L'invecchiamento della popolazione, fenomeno tipico delle società occidentali avanzate, ha fatto emergere una vera e propria "questione anziani", trasformando quella che era una evoluzione essenzialmente individuale in un problema sociale, culturale ed economico di enorme portata.

L'aumento dei bisogni degli utenti anziani ha messo in evidenza i gravi limiti delle risorse pubbliche, la carenza dei servizi offerti sia sotto il profilo della quantità sia sotto quello della qualità. Negli ultimi anni si stanno modificando gli approcci culturali al fine di abbattere stereotipi e concezioni tradizionali che non rispondono più alle reali condizioni di vita degli anziani.

Bisogna essere consapevoli che una nuova cultura "orientata in senso positivo verso l'utente" sta prendendo piede nell'area delle istituzioni e dei servizi socio-assistenziali a favore della terza età. Questa nuova cultura ha esteso e rinnovato le nostre opinioni tradizionali sul concetto della partecipazione, inteso come coinvolgimento positivo sia degli utenti sia di coloro che li assistono, dando spazio e nuova cittadinanza ai diritti personali dell'anziano e offrendo maggiori opportunità di scelta.

Con numerosi progetti internazionali di ricerca il Centro Europeo ha cercato d'individuare e raccogliere le esperienze innovative che in termini di costi-benefici hanno offerto servizi di migliore qualità, di puntualizzare le nuove tendenze generali più importanti - e gli obiettivi perseguiti - e di stabilire reti di contatto, sia in campo accademico sia nell'area applicativa della gestione dei servizi.

Il seminario partirà da queste acquisizioni positive: presenterà e discuterà le innovazioni, sia europee sia nello specifico ambito italiano, nell'assistenza agli anziani che contribuiscono in maniera significativa alla attuazione del concetto di partecipazione sopra descritto.

L'attenzione sarà concentrata su due aree principali:

- l'assistenza istituzionale agli anziani negli ospedali, nelle case di cura e nelle strutture residenziali;

- l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti.

Saranno analizzate, altresì, le ricadute che questi nuovi approcci producono a livello locale nella programmazione e nei processi decisionali di attivazione di nuove prestazioni.

Il seminario si articolerà, quindi, in tre aree tematiche principali:

Prima area tematica: La partecipazione nella "terza età". Un diritto e una sfida.

Per sostenere le tendenze più recenti nel settore dell'assistenza domiciliare e istituzionale saranno approfonditi:

- i concetti dell'informazione, dell'offerta dei servizi e della educazione alla scelta in base agli specifici bisogni individuali;
- la difesa dei diritti degli anziani e delle organizzazioni autonome dei loro interessi (advocacy);
- l'esigenza di rendere l'utente, beneficiario dell'assistenza, co-produttore e "consumatore attivo" delle scelte adottate.

Per valorizzare questi nuovi approcci è indispensabile che le politiche locali recepiscano tali tendenze e richieste e si impegnino a portare avanti progetti organici e polivalenti per gli anziani di ampio respiro, superando il concetto di semplice assistenza di emergenza.

Seconda area tematica: La partecipazione nell'area dell'assistenza istituzionale (cioè: case di riposo, reparti geriatrici, strutture residenziali).

In quest'area l'approccio innovativo è da ricercare da un lato nella possibilità di rendere più partecipi gli utenti, evitando le tradizioni del paternalismo e peggio ancora dell'autoritarismo, dall'altro nella più ampia apertura

delle istituzioni verso il contesto sociale locale. L'obiettivo di fondo che ci proponiamo è, quindi, il miglioramento della qualità della vita psico-fisica degli anziani ospiti nelle strutture residenziali.

Sarà, pertanto, rivolta particolare attenzione ai seguenti temi:

- una nuova concezione dei servizi deve tener conto innanzitutto delle esigenze individuali complessive dell'utente piuttosto che limitarsi al semplice aspetto tecnico-sanitario;
- più spazio potrebbe essere dato, nel ricercare modelli che integrino le istituzioni nella rete territoriale, all'assistenza diurna di carattere intermedio offerta nelle ex residenze "chiuse" a favore della intera comunità;
- va rafforzato il concetto della responsabilità dei singoli cittadini nelle proprie scelte (siano essi operatori o utenti), adeguando di conseguenza le normative e le risorse finanziarie.

Terza area tematica: La partecipazione nell'assistenza e cura domiciliare.

La sfida principale in questa area consiste nel ricercare gli standard ottimali per una assistenza globale che sia in grado di rispettare i diritti e le volontà degli utenti non autosufficienti di cui si occupa.

Tale partecipazione nella cura e nell'assistenza, come pure nelle decisioni circa l'organizzazione del programma personale assistenziale, sta diventando il punto innovativo fondamentale.

Le problematiche relative da approfondire sono le seguenti:

- ricerca di modelli per la negoziazione di pacchetti assistenziali "fatti su misura" che richiedano la partecipazione sia pubblica che privata, sia professionale che informale;
- maggiore sensibilità e appoggio a favore delle reti infor-

- mali di sostegno (famiglia, volontariato ...);
- più spazio all'informazione e alla consulenza laddove l'organizzazione di un programma individuale assistenziale si trovi di fronte un sistema disorganico e carente di strutture erogatrici di servizi.

Rispetto alla tre tematiche sopra descritte, il seminario si muoverà in due direzioni. Innanzitutto presenterà contributi di riflessione generale. Quindi saranno presentati rapporti che analizzeranno innovazioni locali e validi modelli pratici riscontrabili nell'intera regione europea. Gli interventi deriveranno, pertanto, da due aree principali:

- la comunità scientifica presenterà conclusioni e risultati di ricerche recenti condotte nel settore;
- professionisti e politici delle rispettive aree di servizi, impegnati nell'applicazione di modelli socio-assistenziali innovativi, relazioneranno sulle singole esperienze.

I contributi dei vari Paesi europei saranno presentati ad un gruppo di esperti italiani provenienti da aree diverse: il campo accademico, la gestione dei servizi, il processo politico-decisionale e l'amministrazione locale - nonché rappresentanti di organizzazioni di anziani.

Oltre agli interventi di esperti provenienti da vari Paesi europei, vi sarà ampio spazio per interventi complementari programmati da parte dei partecipanti italiani, per discussioni plenarie e sintesi delle tendenze e dei risultati principali. L'apporto di conoscenze relative alle tendenze europee contribuirà ad intensificare e ad aumentare lo scambio e il dibattito concorrendo inoltre alla formulazione di una "agenda europea" su tali problematiche.

"LA FAMIGLIA ANZIANA: TERZA E QUARTA ETÀ A CONFRONTO"

Ricerca condotta dall'Istituto per gli Studi sui
Servizi sociali su commissione del Ministero dell'Interno

La famiglia anziana, che comprende generazioni della 3^a e della 4^a età legate da un rapporto di filiazione, è un fenomeno emergente ed in quanto tale in larga misura ancora sconosciuto.

Oggetto della presente ricerca è quindi tale tipo di famiglia ed in particolare: la situazione familiare e abitativa, quella economica e lavorativa, le condizioni di salute, la vita relazionale e i vari aspetti della vita familiare, la qualità dei rapporti interpersonali, le esigenze e le aspettative espresse e non, la tipologia di risposte dei servizi in relazione alla situazione di bisogno evase e non.

L'indagine è stata realizzata in 5 territori (Padova, Orvieto, Roma, Termoli, Ancona), differenziati per condizioni geografiche, sociali, economiche e culturali. Il campione è stato costruito avendo come punto di riferimento le due generazioni (3^a e 4^a età) legate dal vincolo genitori/figli, e suddiviso in due parti: 398 coppie di genitori-figli, per un totale di 796 soggetti. Il gioco dei rapporti età/filiazione è risultato nelle seguenti fasce di età: da 55 a 71 anni per gli anziani giovani e da 76 in poi

per gli anziani-anziani.

Come strumento di rilevazione si è adottato un questionario individuale e strutturato, con domande ad alternativa prefissata, e suddiviso in più sezioni, ciascuna volta ad individuare un particolare aspetto delle condizioni di vita, organizzative e relazionali, della "famiglia anziana".

Quanto agli esiti del campionamento, è stato intervistato un numero doppio di donne rispetto agli uomini e mentre tale proporzione si riduce nella 3^a età, aumenta sensibilmente nella 4^a, dove le donne costituiscono oltre i 2/3 del campione.

Rispetto all'ampiezza del quadro familiare, sia per la 3^a che per la 4^a età, si distingue la famiglia a due generazioni; prevalentemente a due componenti per la 4^a e a tre componenti per la 3^a età.

Nella 4^a età 1/3 degli anziani vive da solo, quasi la metà con i figli, e soltanto una minima parte con nipoti o pronipoti.

La rete parentale non convivente non risulta particolarmente ampia, e si caratterizza da un'età medio alta e residenza prevalentemente ravvicinata.

Un primo aspetto di rilievo nel confronto tra le due generazioni riguarda le condizioni economiche e abitative, dove gli anziani della 4^a età presentano un maggior livello di precarietà e di non autonomia, precarietà

che si traduce molto spesso in una dipendenza dalla famiglia convivente e per i genitori che vivono soli dai parenti-figli-non conviventi.

Anche riguardo le condizioni di bisogno, di cura e assistenza alla persona e alla casa, nella quasi totalità dei casi le situazioni vengono risolte dalla rete familiare e, in mancanza di servizi esterni, le preferenze vanno verso questa fonte di aiuto, anche là dove questa non è attivata o non copre l'intero fabbisogno.

I compiti di gestione familiare vengono svolti in misura superiore dalle donne rispetto agli uomini, e nella famiglia anziana della ricerca le donne della 3^a età svolgono compiti a favore dei genitori, ma anche del coniuge, dei figli e ben il 40% a favore dei nipoti, e anche di altri parenti. Di queste più di un terzo non riceve alcun aiuto da altri familiari nella loro attività quotidiana di cura ed assistenza.

La donna della 3^a età si trova quindi spesso di fronte al carico di cura e assistenza del grande vecchio, dell'aiuto al nucleo familiare, oltrechè a gestire i problemi della propria anzianità.

In conclusione il punto di riferimento, nelle varie situazioni di bisogno per i genitori anziani, soli o conviventi con famiglia, lo costituisce il gruppo dei figli anziani: i maschi come risposta soprattutto al bisogno economico, le femmine al bisogno di aiuto pratico e in caso

di malattia.

Nel contesto di questa ricerca è stato verificato ripetutamente come il "mondo delle vicinanze" - vicini, amici, volontari, ma anche varie organizzazioni che per compiti istituzionali si dovrebbero rapportare agli anziani - sia particolarmente privo di spessore nei riguardi dei grandi vecchi che vivono in famiglia oppure soli. Vivere da soli o con la famiglia non sembra differenzi sostanzialmente le qualità relazionali, interne o esterne.

Complessivamente la ricerca presenta una 4^a età proiettata nel rapporto familiare-convivente e con buon accesso a quello non convivente che tuttavia non soddisfa totalmente l'esigenza di relazionalità e l'aspettativa del grande vecchio.

La graduatoria dei bisogni, infatti, mostra come per la 4^a età il bisogno maggiormente sentito è quello di vedere più spesso i parenti, e successivamente quello di uscire dalla solitudine, mentre per la 3^a età il problema riguarda le risorse economiche e successivamente l'avere qualcuno a cui rivolgersi (soprattutto da parte delle donne).

Ulteriore importante distinzione tra le due generazioni è data dal livello di autonomia funzionale: gli anziani della 4^a risultano per il 40% non autosufficienti contro il 2% del gruppo della 3^a età.

La condizione di salute, uno dei problemi maggiormente rilevanti nella vita e per la qualità di vita

delle persone anziane, determina in modo preponderante l'autopercezione della propria anzianità: è infatti la malattia e non più il pensionamento a delimitare il confine della vecchiaia, ed è la malattia, come causa di dolore fisico e di non autosufficienza, a rappresentare la paura più grande per il futuro.

Riguardo i servizi, quelli sanitari in senso stretto, ed in particolare quelli a domicilio, vengono utilizzati in misura superiore dalla 4^a età rispetto alla 3^a.

I servizi sociali di segretariato, assistenza alla persona, accompagnamento, aiuto domestico, vengono usati in misura irrilevante perchè queste prestazioni "le fa la famiglia". Una maggiore fruizione si riscontra invece riguardo i servizi ricreativi e i soggiorni di vacanza. La soddisfazione nei confronti dei servizi è complessivamente buona: maggiormente insoddisfatta la 3^a età riguardo ai servizi sanitari e la 4^a età rispetto a quelli sociali.

Ma un'attenta lettura dei territori di ricerca, malgrado la bassissima percentuale di risposte positive riguardanti l'utilizzo dei vari servizi esterni, evidenzia come più di tanto gli anziani non possano essere fruitori, a causa della carenza stessa dei servizi; pertanto la principale e troppo spesso unica risorsa è costituita effettivamente dalla solidarietà familiare, il che giustifica l'aspettativa del grande anziano, aspettativa

che, va notato, si configura più come un binomio unidirezionale: diritto del genitore, dovere del figlio.

In questo quadro si configura sempre più una situazione ad alto rischio per la famiglia anziana: rischio di caduta di qualità della vita, rischio di isolamento e rischio di sgretolamento, nel sovraccarico di funzioni, della rete di solidarietà di una famiglia anziana in condizioni, spesso, di multimarginalità.

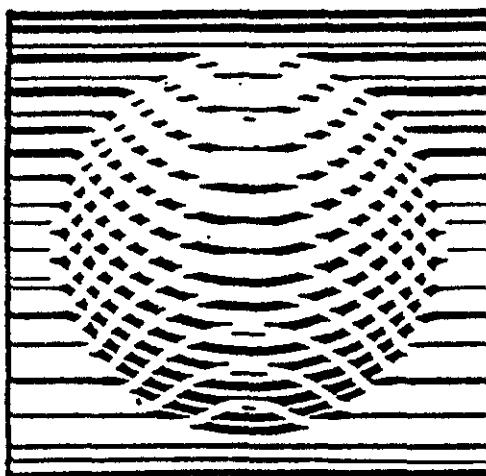
La ricerca si conclude con una serie di "raccomandazioni" per quanti avranno il compito di predisporre piani di intervento nell'ambito delle politiche per l'invecchiamento..

Allegato n.3

Ministero dell'Interno Direzione Generale dei Servizi Civili

**Comitato di studio e coordinamento per il
sistema informativo nazionale socio-assistenziale**

Comit /SINSA



C O N F E R E N Z A N A Z I O N A L E

Roma, 25 febbraio 1993

**Estratto della ricerca
"Banca dati sui servizi domiciliari per anziani"**

**a cura del
Labos/ Ministero dell'Interno**

PREMESSA

Il progetto per la realizzazione di una Banca Dati sui Servizi Domiciliari (BDS) intendeva fornire al Ministero dell'Interno ed alle Amministrazioni Regionali un complesso di analisi e di strumenti per implementare le capacità informative nel settore socio-assistenziale. La realizzazione della Banca Dati sui Servizi Domiciliari può essere considerata infatti un tassello nella sperimentazione di moduli di sistema informativo nel campo socio-assistenziale, ed al tempo stesso ha fornito un test sullo stato complessivo della capacità informativa presente nel sistema dei servizi.

In un momento in cui si palesano in senso sempre più incalzanti segnali di crisi del sistema economico italiano e conseguentemente ipotesi di contrazione della spesa pubblica, il settore dei servizi sociali deve necessariamente riconsiderare la propria capacità efficiente; e, contestualmente, le Amministrazioni pubbliche sono chiamate a rivedere i propri meccanismi di pianificazione, programmazione e controllo amministrativo per garantire quanto meno il mantenimento dei livelli di performance assistenziale fin qui conseguiti.

E' opinione largamente diffusa che tutto il complesso delle attività di governo e di programmazione debba poggiare su una diffusa e capillare conoscenza dello stato dei servizi. Ed è in quest'ottica, quindi, che la realizzazione della prima indagine nazionale sui servizi domiciliari può contribuire a far progredire il miglioramento dei processi programmatori.

La scelta del servizio domiciliare, poi, appare largamente significativa. Nel quadro delle opportunità assistenziali, il servizio domiciliare risulta centrale rispetto ad una serie di obiettivi delle politiche sociali quali:

- evitare il ricorso a forme di intervento residenziale improprie;
- agire in termini preventivi rispetto alla cronicizzazione delle forme di bisogno assistenziale;
- consentire il mantenimento dell'assistito nel proprio ambiente di vita, con effetti positivi sia rispetto alla integrazione sociale dell'assistito, sia rispetto al contenimento dei costi assistenziali (abbattimento delle spese alberghiere).

Al di là delle altre caratteristiche specifiche del servizio, quelle appena indicate consentono di individuare nell'assistenza domiciliare uno strumento assistenziale con

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

forti potenzialità di innovazione rispetto al panorama consolidato delle politiche sociali. Nelle Amministrazioni pubbliche è largamente condivisa questa opinione. Eppure, in relazione probabilmente al carattere di novità relativa del servizio, ed ad una serie di fattori che ne rendono elastica e variabile la forma organizzativa, le conoscenze sulla assistenza domiciliare sono estremamente limitate.

L'indagine preliminare alla costituzione della Banca dati ha dovuto affrontare necessariamente i problemi che derivavano da tale limite di conoscenza. In particolare, la mancanza di definizioni unitarie sul piano legislativo nazionale ha richiesto una analisi puntuale della normativa delle regioni italiane per definire convenzionalmente ed operativamente innanzitutto quali fossero i servizi oggetto dell'indagine.

In secondo luogo si è dovuto tener conto delle difficoltà di individuazione delle unità di rilevazione. Se si eccettuano le regioni che dispongono di un sistema di raccolta di informazioni strutturato ed organico, manca infatti una anagrafe dei servizi domiciliari. In prevalenza, quindi, l'indagine si è mossa partendo dalle indicazioni ricavabili dagli strumenti di gestione finanziaria: i piani di riparto ovvero i rendiconti di attività forniti dalle amministrazioni degli Enti Locali alle Regioni.

Individuati quindi attraverso queste due fasi operative i servizi da rilevare, il terzo stadio di difficoltà è risultato quello relativo alla variabile capacità informativa dei servizi. Infatti non tutti i servizi disponevano della gran parte delle informazioni richieste attraverso la scheda di indagine; e in generale si deve sottolineare come per tutti i servizi contattati si sia registrata la carenza di qualche dato tra quelli richiesti.

Le considerazioni al riguardo sono due:

- da un lato, nei casi in cui non erano disponibili dati relativi agli utenti, ovvero alle attività svolte dal servizio, si può individuare un problema di gestione del servizio stesso per quanto riguarda la registrazione degli atti assistenziali;
- d'altro canto, il fatto che comunque sia stata rilevata la difficoltà di avere informazioni complete testimonia in generale della difficoltà a procedere secondo criteri di rilevazione univoci quando sussistano diverse soluzioni organizzative e gestionali del servizio.

In termini generali, comunque, si devono riconoscere alcune acquisizioni importanti conseguite nel corso dell'indagine:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- innanzitutto, e questo è il dato più rilevante, è stato condotto a termine il primo censimento nazionale dei servizi di assistenza domiciliare. Un censimento che ha sicuramente individuato tutti i servizi che hanno comunque una matrice pubblica (gestione diretta o convenzionata) e che si è spinto il più possibile ad individuare anche quei servizi che vengono invece gestiti privatamente;
- tale censimento ha consentito di avere informazioni assolutamente originali in una ampia serie di regioni (pressoché tutte quelle centro-meridionali) e di verificare, aggiornare o ampliare quelle disponibili nelle regioni che hanno i propri strumenti di raccolta dati;
- la ricerca ha permesso di contare effettivamente i punti di offerta (unità di servizio) impegnate nell'assistenza domiciliare. Spesso le Amministrazioni Regionali rilevano invece i dati per ente gestore, secondo un criterio prevalentemente gestionale;
- inoltre il censimento ha consentito di distinguere le realtà in cui sono state attivate forme proprie di servizio da quelle in cui invece vengono condotte alcune attività assistenziali domiciliari senza, però, che sia strutturata alcuna forma organica di servizio.

Analisi di dettaglio più puntuali sulle acquisizioni conoscitive saranno oggetto del capitolo sui risultati del presente rapporto. Va comunque sottolineato che le potenzialità analitico-informative della Banca Dati vanno al di là della descrizione dei servizi contenuta in questo rapporto. La struttura del modulo informativo consente infatti molteplici possibilità di interrogazione in relazione agli specifici bisogni informativi delle amministrazioni pubbliche.

Definizione del servizio domiciliare nelle normative regionali.

Come già sottolineato, la carenza di una definizione normativa univoca a livello nazionale degli assetti organizzativi ed operativi del servizio domiciliare ha di fatto rimandato alle amministrazioni regionali il compito di definire tali aspetti.

La predisposizione della Banca Dati ha quindi preso le mosse

da una analisi della normativa regionale, sulla base della quale sono state definite le fattispecie organizzative e le categorie definitorie per l'individuazione delle unità di rilevazione e per la realizzazione della griglia di analisi dei servizi.

Nei prospetti seguenti sono presentate sinotticamente le informazioni desunte dai testi normativi (leggi regionali) e/o amministrativi (delibere, regolamenti, protocolli d'intesa, direttive) in vigore nelle regioni italiane che definiscono specifiche relative al Servizio di Assistenza Domiciliare. In particolare abbiamo preso in esame le prescrizioni e le indicazioni relative a:

- titolarità gestionale dei SAD;
- operatori dei SAD;
- prestazioni erogate dai SAD.

Una prima, semplice visione dei dati riportati nel Prospetto 1 consente di verificare immediatamente il diverso dettaglio prescrittivo contenuto nelle disposizioni emanate dalle Amministrazioni regionali. Tale osservazione è valida soprattutto quando si prendano in esame le definizioni degli standard di operatori e le prestazioni previste.

Primi risultati dell'indagine sui servizi domiciliari.

Presentiamo ora alcuni dati di sintesi ricavati dall'indagine che la Fondazione Labos ha condotto su incarico del Ministero dell'Interno per giungere alla realizzazione di una Banca Dati sui servizi domiciliari. I risultati dell'indagine, che si è conclusa alla fine del 1992, sono attualmente al vaglio delle amministrazioni regionali per una completa validazione.

Della realizzazione della Banca è stato profuso un grosso impegno secondo tre direttrici:

- realizzare un censimento completo dei servizi domiciliari;
- utilizzare uno schema di rilevazione che risultasse utile alle amministrazioni regionali e compatibile con le strutture e gli strumenti di sistema informativo da queste realizzati;
- predisporre un sistema di archiviazione e gestione dati che risultasse estremamente ricco, flessibile ed al tempo stesso di facile utilizzo prevedendo la possibilità di una sua cessione, oltre che al committente, alle amministrazioni regionali stesse sotto

forma di archivi regionali.

Distribuzione e caratteristiche "anagrafiche" dei servizi.

Complessivamente sono stati censiti circa 2.600 servizi in Italia. Si tratta di una cifra di sicuro rilievo in termini assoluti, soprattutto se si considera che è solo a partire dagli anni '70 che prende avvio concretamente l'istituzione di questo servizio; e per di più se si pensa che non sono da parte dell'amministrazione centrale dello Stato incentivi alla realizzazione di tale forma di servizio.

Come abbiamo appena detto, si tratta di servizi relativamente giovani. Il periodo di più intenso sviluppo del servizio risulta infatti il quinquennio 85/89 (oltre il 35%); si consideri però che nell'arco di un solo biennio (90/91) sono stati istituiti il 12% dei servizi attualmente esistenti.

La maggior parte dei servizi censiti si identifica nel modello socio-assistenziale (73,7%); poco più di un quarto dei servizi si riconosce invece in quello che integra le specificità sociali e sanitarie. Meno dell'1% dei servizi si definisce invece esclusivamente sanitario.

C'è probabilmente connessione tra il modello operativo e l'assetto gestionale dei servizi. Questi, gestiti in prevalenza attraverso forme di rapporto tra enti pubblici e soggetti privati (44,8%) sono il più delle volte dipendenti dalle amministrazioni comunali (78%), ossia dagli enti istituzionalmente preposti alla gestione dei sistemi di servizio socio-assistenziale.

Il rapporto con gli enti privati assume due forme. Nel primo caso l'amministrazione pubblica ricorre a personale convenzionato nel quadro di un intervento che richiede l'impegno di strutture e personale pubblico; nel secondo caso, invece, vi è un processo di delega nell'erogazione del servizio che investe completamente l'ente privato.

In prevalenza, comunque, le amministrazioni pubbliche privilegiano il rapporto con società cooperative (89%), riconoscendo verosimilmente il carattere più sociale che mercantile dell'impresa cooperativa. Infatti pur nella pluralità delle forme giuridiche degli enti privati che erogano prestazioni domiciliari, sono del tutto assenti le forme societarie con fine di lucro.

Assetti organizzativi e funzionali

Passando all'esame degli aspetti connessi alle variabili organizzative e di funzionamento, la prima informazione è quella per cui il bacino di utenza dei servizi corrisponde nella grande maggioranza dei casi al Comune di ubicazione (70%). Tale dato dipende da un lato dal fatto che è proprio il Comune l'ente di riferimento prevalente; dall'altro traduce quella vocazione territoriale del servizio domiciliare che si può esprimere appropriatamente solo nell'instaurarsi di una corrispondenza diretta tra équipes operative ed ambiti territoriali limitati. In questo senso si spiega, ad esempio, la significativa incidenza della scelta del distretto come livello organizzativo dei servizi.

I servizi censiti hanno nella quasi totalità un arco di funzionamento esteso a tutto l'anno (98%) per almeno 5 giorni la settimana (97%). Tale condizione appare necessaria, quando l'obiettivo del servizio sia quello di evitare il ricorso al ricovero in strutture assistenziali: solo un ampio arco temporale di funzionamento (l'apertura del servizio) può garantire una sufficiente copertura della domanda assistenziale.

L'analisi del tipo di utenza in carico (si è definita tale la fascia di utenza rappresentata da almeno un assistito in carico, ossia visitato in misura minima due volte alla settimana) restituisce l'immagine di servizi aperti ad accogliere una pluralità di richieste assistenziali. Se sono prevalenti nella rappresentazione i bisogni degli anziani e degli inabili, vi sono però una ampia gamma di condizioni più particolari, in cui la domanda assistenziale si lega al disagio psichico, alla condizione di malattia terminale (AIDS, pazienti oncologici), ecc. Un risultato questo tanto più significativo se si considera che il taglio di analisi ha evitato di prendere in considerazione i servizi domiciliari specialistici, ossia indirizzati ad una specifica ed esclusiva utenza (salvo per quella anziana).

Condizioni di accesso ai servizi.

Un aspetto particolare nell'esame degli assetti funzionali dei servizi è costituito dalle modalità di accesso. Innanzitutto si è rilevato che solo poco meno della metà dei servizi ha una lista di accesso. Tale lista è gestita, in 3/4 dei casi, non dal servizio stesso, ma dal servizio sociale dell'ente di riferimento (di dipendenza funzionale o convenzionante).

Generalmente il tempo di "attesa" prima di accedere ai servizi è limitato al di sotto dei due mesi; quasi un terzo dei servizi con lista di attesa (un sesto quindi del totale) denuncia tempi di permanenza in lista superiori ai sei mesi. Questo dato testimonia innanzitutto della crescente domanda di servizi domiciliari; ma la tempo stesso rivela un significativo ostacolo al dispiegamento delle potenzialità preventive del servizio domiciliare, che indubbiamente devono essere ricollegate alla capacità di erogazione tempestiva degli interventi assistenziali.

Dal punto di vista organizzativo, la valutazione del diritto di fruizione del servizio è mantenuta dai servizi sociali degli enti di riferimento, gli stessi che gestiscono anche la lista di attesa. Tra gli elementi valutati per stabilire le condizioni di diritto si registra innanzitutto la valutazione delle condizioni di salute, e quindi la rilevazione di sintomi di disagio socio-relazionale. Solo al terzo posto vengono indicate le condizioni economiche del richiedente: conferma quindi di quell'atteggiamento proposto dalle norme regionali che alla valutazione del reddito legano semmai il riconoscimento della gratuità del servizio, e non del tipo di accessibilità.

Le attività dei servizi.

Prendiamo in primo luogo in esame le attività svolte nei servizi a diretto vantaggio dell'utente. In relazione al prevalere del modello di intervento socio-assistenziale, le due attività più diffuse sono quelle relative all'accudimento dell'utente e della sua casa (oltre il 90%), seguite dall'insieme delle prestazioni complementari (84%).

Questo tipo di attività esalta la centralità dell'assistente domiciliare rispetto ai compiti operativi a diretto vantaggio dell'utente. Vi è comunque una corrispondenza, sia pur elastica, piuttosto netta tra il tipo di attività svolte e le figure professionali componenti l'organico del servizio che sono chiamate a garantirle.

Un ulteriore blocco di attività esaminate riguarda lo svolgimento di quelle funzioni tese ad assicurare una migliore efficacia ed una maggiore efficienza del servizio, ma non direttamente fruibili dagli utenti. Tra queste attività hanno un rilievo particolare i rapporti con altri enti e soggetti erogatori di assistenza (servizi sociali o sanitari, medici di base) o con gli enti pubblici per l'espletamento di pratiche a favore dell'utenza o necessarie alla gestione del servizio.

Lo svolgimento di queste attività di tipo interattivo (non vi sono sufficienti elementi per parlare di "rete" di interazione fra i servizi, ma i dati vanno sicuramente in questa direzione) esalta il ruolo particolare dell'assistente sociale, figura normalmente preposta a compiti di coordinamento del servizio.

Consideriamo, per comodità espositiva, tra le attività non a diretto vantaggio dell'utente, anche quelle di formazione degli operatori. La figura che più spesso ha seguito corsi espressamente indirizzati alla qualificazione di una professionalità assistenziale domiciliare è, appunto, l'assistente domiciliare con qualifica o titolo riconosciuti. Questo dato ne rimarca la centralità nell'organizzazione delle attività assistenziali del servizio.

Nel tentativo poi di verificare lo stato delle interazioni tra servizio domiciliare e sistema complesso dei servizi socio-sanitari, si è rilevato che solo una bassa percentuale dei servizi domiciliari privati è gestita assieme ad altri servizi. Quando si verifica tale ipotesi, non vi sono poi differenze significative rispetto al modello di servizio: sia esso di tipo territoriale, semiresidenziale, o residenziale.

Per quanto riguarda invece i servizi pubblici, si rintraccia un legame operativo più saldo con strutture assistenziali di tipo residenziale.

Conclusioni

In rapida conclusione occorre sottolineare innanzitutto alcuni dati positivi. Questi sono rinvenibili nella conferma, acquisita attraverso l'indagine, che all'opzione politica esercitata dalle regioni nell'individuazione dell'assistenza domiciliare come alternativa ad interventi di tipo totalizzante, istituzionalizzante, ha corrisposto l'impegno delle amministrazioni locali nella realizzazione intensiva di tali forme di servizio.

D'altra parte vi sono oggi segnali preoccupanti che si legano alla difficoltà finanziaria dell'apparato pubblico. Come si è visto il servizio domiciliare è in larga parte realizzato attraverso convenzioni con cooperative, e fruito dagli utenti a titolo prevalentemente gratuito o parzialmente gratuito. Oggi proprio le convenzioni sono uno degli anelli deboli nell'organizzazione delle politiche sociali, in quanto meno garantire in senso formale rispetto

alle necessità di contrarre la spesa pubblica.

Si ravvisa quindi un evidente pericolo di stagnazione, se non di contrazione, della diffusione territoriale del servizio domiciliare, in particolare nelle aree più deboli del paese come le regioni meridionali.

*Ministero del Lavoro e della
Previdenza Sociale*

MODULARIO
L. 30. 4. Prev. Soc. - 16/8



MOD. 1/G.

*Ministero del Lavoro
e della Previdenza Sociale*

Roma, 12 NOV. 1993

DIREZIONE GENERALE
PER L'OSSERVATORIO DEL MERCATO DEL LAVORO

All. 1a DIREZIONE GENERALE DEI
RAPPORTI DI LAVORO

DIV. I

S E D E

*Prot. N. 2286
Allegati*

*Risposta al f. N. 5
del*

OGGETTO III Relazione al Parlamento sulle condizioni
dell'anziano

Con riferimento alla nota n. 116/DIR/Gen. del 5/10/93
relativa a quanto in oggetto, si trasmettono gli elementi inerenti ai
dati occupazionali delle persone anziane, precisando che a tutt'oggi i
dati disponibili risultano essere aggiornati al 31/12/92.

IL DIRETTORE GENERALE

DIR. GEN. RAPPORTI DI LAVORO
12 NOV 1993
CDAR E

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVIDENZA ED ASSISTENZA SOCIALE

OGGETTO: III Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano.

Periodo 1 ottobre 1992 - 30 settembre 1993.

Con riferimento alla richiesta di notizie circa i provvedimenti di carattere previdenziale posti in essere nel periodo sopra considerato, si evidenzia l'attuazione della riforma pensionistica. (D.L.n.503 del 30.12.1992).

Tra gli interventi realizzati con la riforma pensionistica ve ne sono alcuni che hanno indubbi riflessi nel settore sociale, come, ad esempio, l'elevazione graduale dell'età pensionabile, ed una flessibilità nel pensionamento, con incentivi al momento del passaggio dalla vita lavorativa alla pensione per la sola fase di attuazione della riforma pensionistica (art.1 c.2 D.L. 503).

Particolare importanza assume, con riferimento esplicito al lavoro delle persone anziane, quello relativo alla possibilità di cumulo tra pensioni e redditi derivanti da attività svolte in ambito di programmi di reinserimento degli anziani in attività socialmente utili, promosse da Enti Locali ed altre Istituzioni pubbliche o private (art. 10 c.5 D.L. n.503 del 30.12.92).

In merito occorre ricordare che è stato predisposto su iniziativa del Ministero del Lavoro di concerto con le amministrazioni interessate, un progetto di Legge quadro sull'impiego delle persone anziane.

Con tale iniziativa si è cercato di dare una nuova lettura a quella che è stata finora la "questione anziani", in passato considerati solo segmenti deboli del sistema sociale.

Si è voluto ,quindi, prendere in considerazione l'esperienza e la capacità di costoro come risorse da difendere nell'ambito del sistema produttivo, con il duplice vantaggio sia per il singolo, il quale continua a sentirsi parte attiva, che per la società.

E' da evidenziare, inoltre l'introduzione del Decreto Legislativo del 21 aprile 1993 n. 124 sulla disciplina delle forme pensionistiche complementari.

In particolare con tale norma si regola la materia della previdenza integrativa che dovrebbe, nel lungo periodo, permettere ai futuri pensionati un più elevato livello di protezione sociale.

IL DIRETTORE GENERALE



MODULARIO
e Prev Soc - 15



*Ministero del Lavoro
e della Previdenza Sociale*

DIREZIONE GENERALE
DELLA PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale Previdenza
e Assistenza Sociale Div II

*Prot. N. 10
Allegati*

LEG 11/10/7

29 OTT. 1993

Roma.

19

At

Alla Direzione
Generale dei Rapporti
di Lavoro

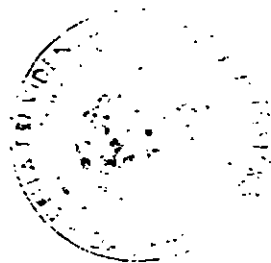
S E D E

rif. nota 116/dir/gen

OGGETTO: III Relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano.

Periodo 1 ottobre 1992 - 30 settembre 1993.

Si tramettono in allegato le informazioni riguar-
danti i provvedimenti di carattere previdenziale posti in es-
sere nel periodo 1 ottobre 1992 - 30 settembre 1993.



IL DIRIGENTE LA DIVISIONE

M. Ferrero

M. Dell'Orto

MC

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Gli anziani

Tavola 4.23 - Indici di vecchiaia, di dipendenza e di ricambio della popolazione attiva

	ITALIA			NORD - OVEST		
	1981	1990	1991	1981	1990	1991
Indice di vecchiaia (a)	60,2	86,6	91,2	73,1	112,1	118,7
Indice di dipendenza (b)	54,4	45,3	45,1	50,8	41,9	41,7
Indice di dipendenza anziani (c)	20,4	21,0	21,5	21,4	22,2	22,6
Indice di ricambio della popolazione attiva (d)	208,5	135,6	131,4	188,8	116,2	111,5

	NORD - EST			CENTRO			MEZZOGIORNO		
	1981	1990	1991	1981	1990	1991	1981	1990	1991
Indice di vecchiaia (a)	74,7	118,2	125,1	70,4	106,3	112,4	43,1	57,2	59,8
Indice di dipendenza (b)	52,1	43,2	43,1	51,7	44,2	44,1	60,0	49,6	49,1
Indice di dipendenza anziani (c)	22,3	23,4	23,9	21,4	22,3	23,4	18,1	18,0	18,4
Indice di ricambio della popolazione attiva (d)	185,6	119,6	116,3	177,6	118,5	114,9	259,6	173,2	168,1

(a) L'indice di vecchiaia si calcola rapportando l'ammontare della popolazione con almeno 65 anni a quello dei giovani con meno di 16 anni.

(b) L'indice di dipendenza fornisce il numero di persone in età non attiva (meno di 16 anni e più di 64) per ogni 100 persone in età attiva (15-64 anni).

(c) L'indice di dipendenza anziani fornisce il numero di ultrasessantatrenni ogni 100 attivi.

(d) L'indice di ricambio è dato dal rapporto fra le popolazioni delle due classi estreme della fascia degli attivi, cioè fra la classe 15-19 anni e la classe 60-64 anni.

Fonte: ISTAT

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 4.24 - Anziani per sesso, età e caratteristiche strutturali della famiglia. Dicembre 1990 - maggio 1991

	ITALIA			NORD - OVEST		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Persone sole						
65-79	25,4	10,3	36,6	32,8	14,2	45,6
80 e più	42,6	20,9	53,3	48,8	25,8	59,5
Totale	29,1	12,2	40,7	36,6	16,4	49,3
Coppie (a)						
65-79	62,1	84,5	45,3	56,4	80,4	39,9
80 e più	30,6	64,6	13,9	28,0	60,4	13,0
Totale	55,3	81,0	37,7	49,7	76,6	32,8
Con altre persone (b)						
65-79	12,5	5,2	18,1	10,8	5,4	14,5
80 e più	26,8	14,5	32,8	23,2	13,8	27,5
Totale	15,6	6,8	21,6	13,7	7,0	17,9
Totale						
65-79	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
80 e più	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	NORD - EST			CENTRO			MEZZOGIORNO		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Persone sole									
65-79	23,2	8,2	33,9	21,3	10,8	29,7	23,1	8,0	34,8
80 e più	35,4	17,7	43,9	39,1	15,4	49,3	43,9	21,9	57,0
Totale	25,9	9,9	36,3	25,1	11,5	34,8	27,1	10,4	39,5
Coppie (a)									
65-79	62,0	86,5	44,4	65,1	84,6	49,5	64,9	86,6	48,1
80 e più	29,2	60,6	14,3	30,3	70,4	13,1	34,8	67,5	15,2
Totale	54,7	81,9	36,9	57,6	82,4	40,1	59,1	83,3	41,2
Con altre persone (b)									
65-79	14,8	5,3	21,7	13,6	4,6	20,8	12,0	5,4	17,1
80 e più	35,4	21,7	41,8	30,6	14,2	37,6	21,3	10,6	27,8
Totale	19,4	8,2	26,8	17,3	6,1	25,1	13,8	6,3	19,3
Totale									
65-79	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
80 e più	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(a) Anziani che vivono in coppia con o senza altre persone
(b) Anziani che vivono con altre persone, ma non in coppia.

Fonte: ISTAT

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 4.25 - Anziani per sesso ed età assistiti negli Istituti di assistenza con pernottamento

		ITALIA			NORD - OVEST					
		(a) 1981	1989	1990	1981	1989	1990			
	Maschi									
65 e più		36.521	42.635	43.782	16.858	18.216	18.842			
65-74		-	11.227	11.417	-	4.846	4.908			
75 e più		-	31.408	32.365	-	13.370	13.934			
	Femmine									
65 e più		85.443	115.195	118.135	40.896	51.920	52.033			
65-74		-	20.991	20.492	-	9.131	8.735			
75 e più		-	94.204	97.643	-	42.789	43.298			
	Totale									
65 e più		(a) 121.964	157.830	161.917	57.754	70.136	70.875			
65-74		-	32.218	31.909	-	13.977	13.643			
75 e più		-	125.612	130.008	-	56.159	57.232			
		NORD - EST			CENTRO			MEZZOGIORNO		
		1981	1989	1990	1981	1989	1990	1981	1989	1990
	Maschi									
65 e più		10.954	12.687	13.183	4.982	5.862	5.769	3.727	5.870	5.988
65-74		-	3.194	3.321	-	1.635	1.595	-	1.552	1.593
75 e più		-	9.493	9.862	-	4.227	4.174	-	4.318	4.395
	Femmine									
65 e più		26.070	36.434	38.134	11.167	15.604	15.843	7.310	11.237	12.125
65-74		-	5.961	5.980	-	3.386	3.086	-	2.513	2.691
75 e più		-	30.473	32.154	-	12.218	12.757	-	8.724	9.434
	Totale									
65 e più		37.024	49.121	51.317	16.149	21.466	21.612	11.037	17.107	18.113
65-74		-	9.155	9.301	-	5.021	4.681	-	4.065	4.284
75 e più		-	39.966	42.016	-	16.445	16.931	-	13.042	13.829

(a) Nell'anno considerato la rilevazione prevedeva una diversa classificazione dell'età: l'ultima classe aperta iniziava a 65 anni.

Fonte: ISTAT

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 4.26 - Struttura dei consumi delle famiglie di anziani

	ITALIA				NORD			
	1988		1991		1988		1991	
	Famiglie di anziani	Famiglie in totale	Famiglie di anziani	Famiglie in totale	Famiglie di anziani	Famiglie in totale	Famiglie di anziani	Famiglie in totale
Alimentari e bevande	28,3	24,4	25,9	22,7	26,0	21,6	24,6	20,4
Non alimentari	71,7	75,6	74,1	77,4	74,0	78,5	75,4	79,6
Tabacco	0,9	1,3	0,8	1,1	0,8	1,1	0,7	0,9
Vestitario e calzature	7,9	9,4	7,4	8,3	7,6	9,3	7,0	8,1
Abitazione	19,6	15,3	20,2	15,9	19,0	14,7	18,9	15,0
Combustibile ed energia elettrica	6,0	4,5	6,5	5,0	6,5	4,9	7,6	5,7
Arredamenti, elettrodomestici e servizi per la casa	8,0	7,6	7,1	7,3	8,1	7,9	6,9	7,4
Servizi sanitari e spese per la salute	3,0	2,2	3,3	2,4	3,4	2,7	3,9	2,8
Trasporti e comunicazione	10,1	16,2	10,9	16,9	11,1	16,9	11,4	17,2
Ricreazione, spettacoli, istruzione e cultura	4,9	6,1	5,2	6,8	5,2	6,7	5,7	7,3
Altri beni e servizi	11,3	13,0	12,7	13,8	12,3	14,4	13,3	15,2
Spesa totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	CENTRO				MEZZOGIORNO			
	1988		1991		1988		1991	
	Famiglie di anziani	Famiglie in totale	Famiglie di anziani	Famiglie in totale	Famiglie di anziani	Famiglie in totale	Famiglie di anziani	Famiglie in totale
Alimentari e bevande	31,0	26,5	25,6	22,6	30,9	28,3	28,6	26,8
Non alimentari	69,0	73,5	74,4	77,4	69,1	71,7	71,4	73,2
Tabacco	1,0	1,4	0,8	1,1	1,2	1,7	1,1	1,4
Vestitario e calzature	7,7	9,0	7,1	7,8	8,5	9,7	8,4	9,1
Abitazione	19,1	15,2	21,0	16,5	21,2	16,5	22,2	16,7
Combustibile ed energia elettrica	5,7	4,2	6,5	5,1	5,1	3,9	4,3	3,7
Arredamenti, elettrodomestici e servizi per la casa	7,1	7,1	7,0	6,7	8,4	7,6	7,7	7,5
Servizi sanitari e spese per la salute	2,5	1,8	2,8	2,1	2,6	1,5	2,5	1,9
Trasporti e comunicazione	10,2	15,9	11,1	18,4	8,1	15,1	9,7	15,2
Ricreazione, spettacoli, istruzione e cultura	5,1	6,3	5,2	6,7	4,0	5,1	4,2	5,8
Altri beni e servizi	10,6	12,6	12,9	13,0	10,0	10,6	11,1	11,9
Spesa totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tavola 4.27 - Anziani per classe di età sul complesso delle persone al di sotto della soglia di povertà (a)

	ITALIA		NORD		CENTRO		MEZZOGIORNO	
	1988	1991	1988	1991	1988	1991	1988	1991
Persone povere								
65-79	10,0	11,3	22,6	23,7	17,7	15,4	7,2	8,5
80 e più	3,6	4,4	11,0	11,6	4,5	7,8	2,2	2,7

(a) Cfr. Tavola 4.7.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 4.28 - Anziani per tempo dedicato giornalmente alle cure familiari, alle attività domestiche e al tempo libero. Giugno 1988 - maggio 1989

	ITALIA			NORD - OVEST		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Cure familiari e attività domestiche						
Attività non svolta	17,0	33,4	5,6	11,1	20,1	5,1
Meno di 1 ora	8,1	15,6	2,9	7,6	15,6	2,4
Da 1 a meno di 3 ore	20,9	27,6	16,2	22,5	33,6	15,1
3 ore e più	54,0	23,4	75,3	58,8	30,7	77,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tempo libero						
Attività non svolta	0,7	0,8	0,7	0,5	0,5	0,4
Meno di 2 ore	4,5	2,5	5,8	3,4	1,6	4,6
Da 2 a meno di 4 ore	17,4	10,1	22,6	17,8	10,0	22,8
4 ore e più	77,4	86,6	70,9	78,3	87,9	72,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	NORD - EST			CENTRO			MEZZOGIORNO		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
Cure familiari e attività domestiche									
Attività non svolta	15,4	29,5	5,7	21,1	44,1	5,9	20,9	40,8	5,6
Meno di 1 ora	7,9	13,8	3,8	7,7	15,1	2,8	8,9	17,0	2,8
Da 1 a meno di 3 ore	21,5	32,2	14,1	17,4	17,8	17,1	21,3	25,5	18,2
3 ore e più	55,2	24,5	76,4	53,8	23,0	74,2	48,9	16,7	73,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tempo libero									
Attività non svolta	1,0	0,8	1,1	0,4	0,2	0,5	1,0	1,4	0,7
Meno di 2 ore	4,2	2,6	3,4	5,3	2,2	7,3	5,0	3,4	6,3
Da 2 a meno di 4 ore	18,1	11,8	22,3	17,5	11,2	21,6	16,6	8,4	22,9
4 ore e più	76,7	84,8	71,2	76,8	86,4	70,6	77,4	86,8	70,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ISTAT

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 4.29 - Condizione di salute dichiarata dalla popolazione anziana per sesso e classe di età.
Giugno 1990 - maggio 1991

		ITALIA		NORD - OVEST			
		65-79	80 e più	65-79	80 e più		
	Maschi						
Non indicato		0,8	1,0	0,4	2,0		
Molto male		5,3	12,5	6,1	11,4		
Male		13,6	22,7	12,2	17,5		
Discretamente		36,6	34,6	36,1	36,2		
Bene		28,7	20,1	28,6	20,1		
Molto bene		15,0	8,9	16,6	12,8		
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0		
	Femmine						
Non indicato		1,0	0,8	0,9	0,5		
Molto male		5,7	11,8	5,6	8,3		
Male		16,4	25,3	15,4	24,6		
Discretamente		38,2	37,5	38,6	40,4		
Bene		27,6	18,3	26,4	18,2		
Molto bene		11,1	6,3	13,1	8,0		
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0		
		NORD - EST		CENTRO		MEZZOGIORNO	
		65-79	80 e più	65-79	80 e più	65-79	80 e più
	Maschi						
Non indicato		0,6	0,0	0,8	0,0	1,1	1,2
Molto male		5,7	11,4	4,1	14,8	5,1	12,7
Male		13,2	20,0	13,7	25,5	14,9	27,1
Discretamente		33,3	32,6	37,0	32,9	38,9	36,1
Bene		28,9	26,5	31,8	19,4	26,8	16,9
Molto bene		18,3	9,5	12,6	7,4	13,2	6,0
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Femmine						
Non indicato		0,5	0,4	0,7	0,8	1,8	1,4
Molto male		5,8	12,2	6,1	11,3	5,5	15,9
Male		15,7	21,7	16,5	27,5	17,8	27,0
Discretamente		36,3	33,5	36,8	37,5	40,0	37,7
Bene		27,9	23,9	30,3	17,9	26,5	14,2
Molto bene		13,8	8,3	9,6	5,0	8,4	3,8
Totale		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ISTAT

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tavola 4.30 - Suicidi e tentativi di suicidio degli anziani (65 anni e più) per sesso

		ITALIA			NORD - OVEST					
		1981	1991	1992	1981	1991	1992			
Suicidi										
Maschi		672	928	796	214	310	279			
Femmine		262	408	327	82	149	153			
Totale		934	1.336	1.123	296	459	432			
Tentativi di suicidio										
Maschi		106	137	158	33	30	45			
Femmine		82	166	131	25	45	45			
Totale		188	303	289	58	75	90			
		NORD - EST			CENTRO			MEZZOGIORNO		
		1981	1991	1992	1981	1991	1992	1981	1991	1992
Suicidi										
Maschi		187	237	187	128	164	169	143	213	161
Femmine		80	115	74	48	69	43	52	75	57
Totale		267	352	261	176	233	212	195	288	218
Tentativi di suicidio										
Maschi		28	54	51	27	31	29	18	22	33
Femmine		29	65	53	16	18	18	12	38	15
Totale		57	119	104	43	49	47	30	60	48

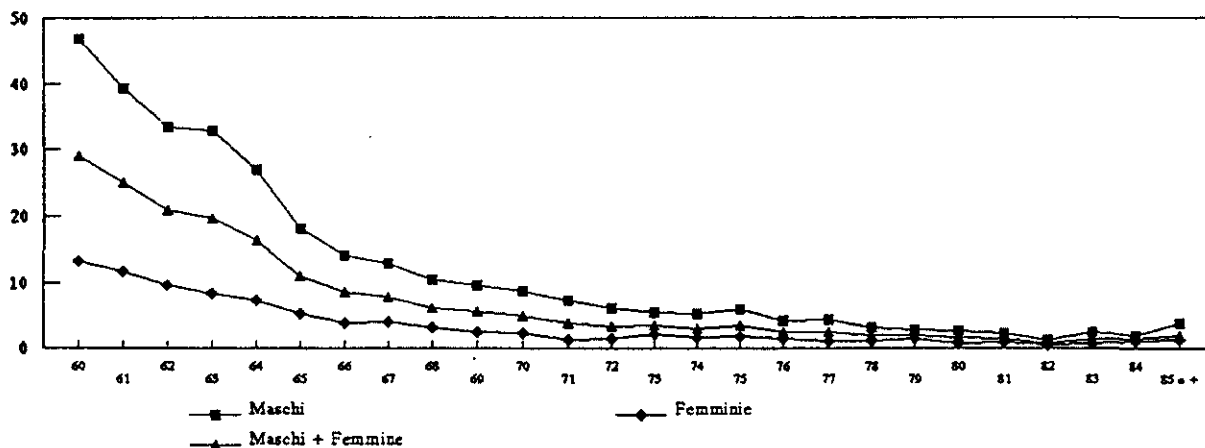
Fonte: ISTAT

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Media anno 1990 Italia

ETA'	POP. M.	FL M.	OCC. M.	% M	POP. F.	FL F.	OCC. F.	% F.	POP M+F	FL M+F	OCC. M+F	% M+F
60	319782	149841	147642	46,9	362049	47935	46585	13,2	681831	197776	194228	29,0
61	318565	124938	122283	39,2	340608	39581	38845	11,6	659173	164519	161128	25,0
62	304256	101580	99939	33,4	341761	32855	32325	9,6	646017	134434	132264	20,8
63	296664	97163	95305	32,8	338098	27999	27552	8,3	634762	125162	122857	19,7
64	296562	79723	78872	26,9	341629	25226	24634	7,4	638191	104949	103506	16,4
65	276075	49893	49584	18,1	342019	17820	17538	5,2	618094	67713	67121	11,0
66	273117	38690	38644	14,2	339864	13235	12882	3,9	612981	51925	51527	8,5
67	247921	31956	31679	12,9	326879	13250	12857	4,1	574800	45206	44536	7,9
68	240132	25114	24849	10,5	336374	10423	10214	3,1	576506	35538	35062	6,2
69	235085	22351	22004	9,5	318767	8121	8016	2,5	553852	30472	30021	5,5
70	211428	18328	18244	8,7	283386	6277	5971	2,2	494814	24604	24216	5,0
71	117674	8585	8411	7,3	156909	1915	1865	1,2	274583	10500	10275	3,8
72	115948	7015	6765	6,1	165961	2518	2345	1,5	281909	9533	9110	3,4
73	126329	6858	6774	5,4	169664	3470	3378	2,0	295993	10328	10152	3,5
74	138078	7385	7264	5,3	221572	3535	3480	1,6	359650	10920	10744	3,0
75	170379	10218	9812	6,0	253987	4488	4175	1,8	424366	14707	13987	3,5
76	139967	5920	5836	4,2	237366	3267	3192	1,4	377333	9187	9028	2,4
77	154449	6720	6501	4,4	232294	2581	2353	1,1	386743	9301	8854	2,4
78	136756	4413	4316	3,2	208198	2272	2238	1,1	344954	6685	6554	1,9
79	118366	3403	3370	2,9	193542	2601	2505	1,3	311908	6004	5875	1,9
80	107708	2922	2781	2,7	174533	1409	1315	0,8	282241	4332	4096	1,5
81	85719	2027	1979	2,4	157352	1363	1363	0,9	243071	3390	3342	1,4
82	69527	912	912	1,3	128609	692	651	0,5	198136	1604	1564	0,8
83	62678	1583	1516	2,5	112487	828	731	0,7	175165	2411	2248	1,4
84	50545	985	830	1,9	96027	1082	1082	1,1	146572	2067	1912	1,4
85 e +	176451	6765	6310	3,8	412241	4814	3976	1,2	588692	11578	10286	2,0

Forza Lavoro anno 1990



Fonte: ISTAT

Elaborazione: M.L.P.S. Oss. Mercato Lavoro

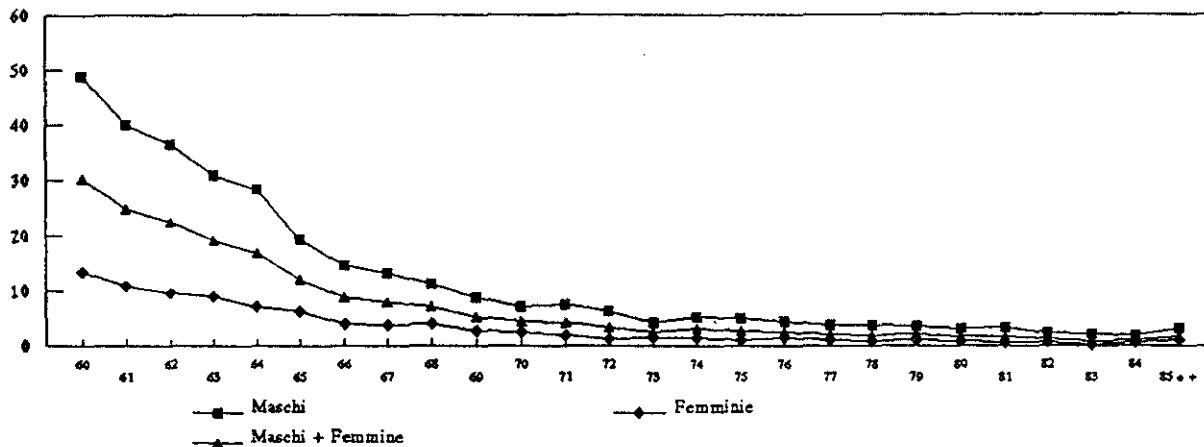
Scheda n. 4

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Media anno 1991 Italia

ETA'	POP. M.	FL. M.	OCC. M.	% M	POP. F.	FL. F.	OCC. F.	% F.	POP M+F	FL M+F	OCC. M+F	% M+F
60	330492	160938	158045	48,7	362972	48526	47551	13,4	693464	209464	205596	30,2
61	322312	129252	127205	40,1	349584	38018	37319	10,9	671896	167270	164524	24,9
62	307932	112377	111005	36,5	334334	32132	31631	9,6	642266	144509	142636	22,5
63	303763	93612	92235	30,8	347973	31400	30996	9,0	651736	125012	123231	19,2
64	296872	84144	83395	28,3	351321	25014	24511	7,1	648193	109158	107906	16,8
65	277056	53633	53179	19,4	331176	20629	20335	6,2	608232	74262	73514	12,2
66	259437	38018	37486	14,7	333777	13726	13224	4,1	593214	51744	50710	8,7
67	261909	34744	34535	13,3	324719	12491	11975	3,8	586628	47235	46510	8,1
68	244227	27578	27313	11,3	331855	13348	13176	4,0	576082	40926	40489	7,1
69	242424	21460	21460	8,9	328179	9063	8932	2,8	570603	30523	30392	5,3
70	234848	16777	16600	7,1	313754	7904	7816	2,5	548602	24681	24416	4,5
71	201146	15078	14996	7,5	266277	4869	4606	1,8	467423	19947	19602	4,3
72	108941	6784	6699	6,2	158959	2196	2196	1,4	267900	8980	8895	3,4
73	107143	4473	4435	4,2	156820	2258	2114	1,4	263963	6731	6549	2,5
74	120592	6467	6246	5,4	157384	2258	2258	1,4	277976	8725	8504	3,1
75	147055	7530	7387	5,1	215036	2384	2233	1,1	362091	9914	9620	2,7
76	153750	6782	6737	4,4	231892	3414	3414	1,5	385642	10196	10151	2,6
77	149222	5749	5562	3,9	226485	2373	2373	1,0	375707	8122	7935	2,2
78	138451	5210	5210	3,8	222186	1956	1914	0,9	360637	7166	7124	2,0
79	123987	4486	4486	3,6	197577	2099	2060	1,1	321564	6585	6546	2,0
80	110370	3472	3003	3,1	178093	1757	1757	1,0	288463	5229	4760	1,8
81	93115	3161	3154	3,4	152776	879	879	0,6	245891	4040	4033	1,6
82	76053	1741	1741	2,3	140488	900	823	0,6	216541	2641	2564	1,2
83	62437	1349	1271	2,2	114600	246	151	0,2	177037	1595	1422	0,9
84	51815	978	978	1,9	103304	644	644	0,6	155119	1622	1622	1,0
85 e +	183147	5691	4472	3,1	415355	4413	4144	1,1	598502	10104	8616	1,7

Forza Lavoro anno 1991



Fonte : ISTAT

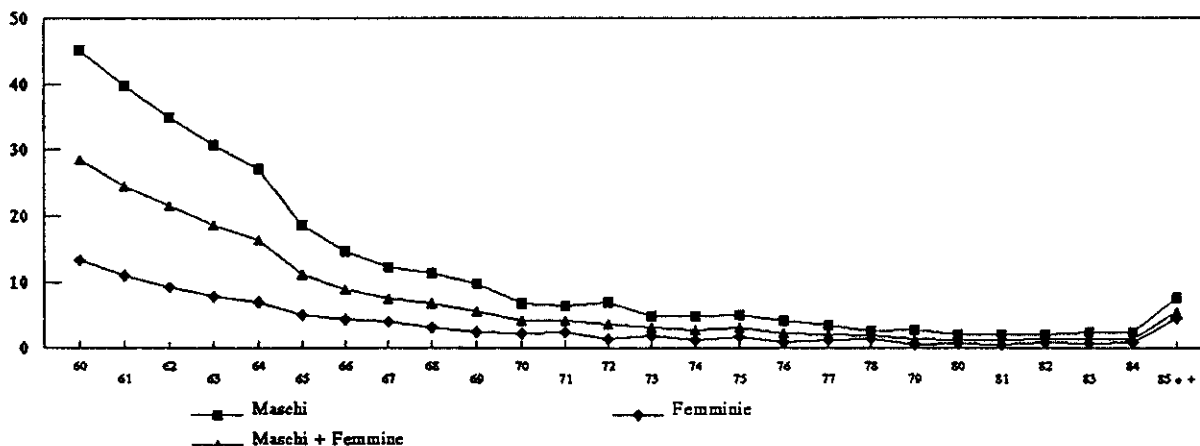
Elaborazione : M.L.P.S. Oss. Mercato Lavoro

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Media anno 1992 Italia

ETA'	POP. M.	FL M.	OCC. M.	% M	POP. F.	FL F.	OCC. F.	% F.	POP M+F	FL M+F	OCC. M+F	% M+F
60	310829	140000	135663	45,0	335699	44235	43442	13,2	646528	184235	179105	28,5
61	328379	130615	128385	39,8	367891	40277	39531	10,9	696270	170892	167916	24,5
62	326969	113966	112236	34,9	355558	32917	32246	9,3	682527	146883	144482	21,5
63	302849	93027	92222	30,7	340778	26039	25509	7,8	643627	119525	117731	18,6
64	300717	81346	80035	27,1	349541	24615	24219	7,0	650258	105961	104254	16,3
65	267165	49754	49352	18,6	326553	16485	16107	5,0	593718	66239	65459	11,2
66	266932	39209	39053	14,7	336087	14721	14465	4,4	603019	53930	53518	8,9
67	253867	30768	30647	12,1	332960	13702	13503	4,1	586827	44470	44150	7,6
68	250803	28476	28104	11,4	323922	10426	10303	3,2	574725	38902	38407	6,8
69	235689	23147	22982	9,8	318160	8031	7638	2,5	553849	31178	30620	5,6
70	233159	16014	15960	6,9	335403	7925	7559	2,4	568562	23939	23519	4,2
71	220671	14387	14278	6,5	295095	7505	7284	2,5	515766	21892	21562	4,2
72	186367	13124	12981	7,0	264198	3541	3474	1,3	450565	16665	16455	3,7
73	105665	5081	5055	4,8	145721	2821	2672	1,9	251386	7902	7727	3,1
74	102703	5000	5000	4,9	140967	1868	1649	1,3	243670	6868	6649	2,8
75	109691	5533	5533	5,0	160933	2882	2583	1,8	270624	8415	8116	3,1
76	134158	5711	5711	4,3	201940	1995	1914	1,0	336098	7706	7625	2,3
77	138707	5004	4947	3,6	212745	2558	2402	1,2	351452	7562	7349	2,2
78	136015	3694	3525	2,7	209330	2906	2849	1,4	345345	6600	6374	1,9
79	127283	3638	3419	2,9	196218	1260	1216	0,6	323501	4898	4635	1,5
80	108157	2189	2152	2,0	178529	1195	1195	0,7	286686	3384	3347	1,2
81	97607	2038	1997	2,1	163644	985	976	0,6	261251	3023	2973	1,2
82	78695	1730	1730	2,2	132295	1167	1137	0,9	210990	2897	2867	1,4
83	72175	1750	1708	2,4	122095	982	874	0,8	194270	2732	2582	1,4
84	53787	1283	1283	2,4	103556	1018	819	1,0	157343	2301	2102	1,5
85 e +	213940	16359	15871	7,6	462316	21017	20684	4,5	676256	37376	36555	5,5

Forza Lavoro anno 1992



Fonte: ISTAT

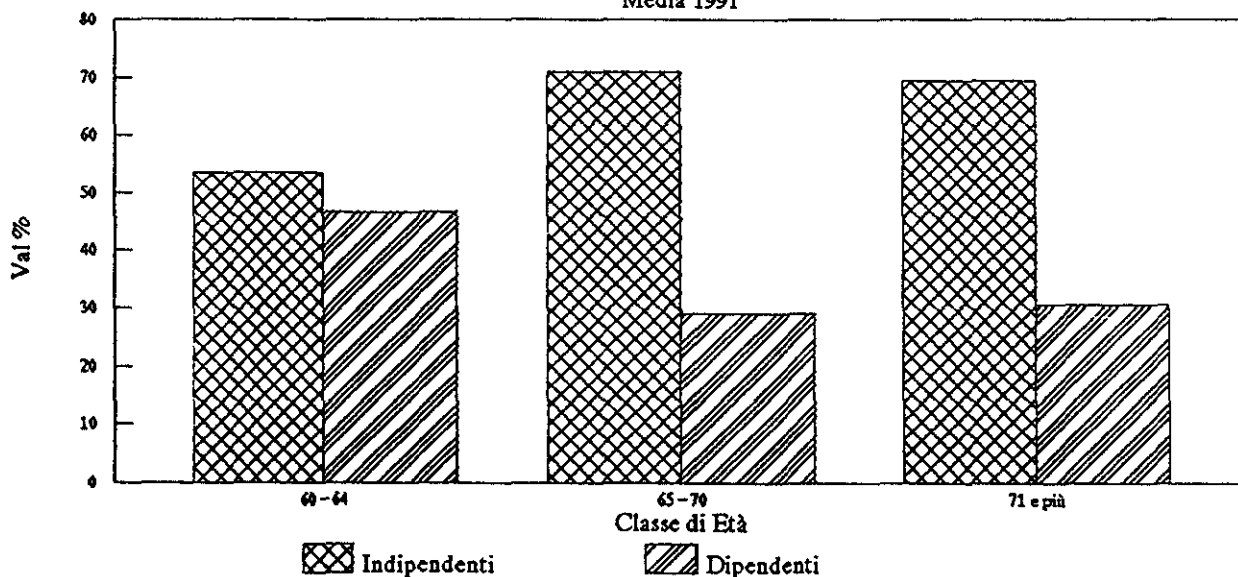
Elaborazione: M.L.P.S. Oss. Mercato Lavoro

Anziani Occupati per Condizione Professionale dichiarata
Media Anno 1991

Età	Indipendenti	Dipendenti	totale
Uomini e Donne			
60-64	53,4	46,6	100
65-70	71	29	100
71 e più	69,4	30,6	100
Uomini			
60-64	54,2	45,8	100
65-70	74,7	25,3	100
71 e più	74	26	100
Donne			
60-64	50,1	49,9	100
65-70	64	36	100
71 e più	62,4	37,6	100

Condizione Professionale

Media 1991



Fonte: ISTAT
Elaborazione: M.L.P.S. Oss. Mercato Lavoro

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Occupati per Sesso e posizione professionale
Gennaio 1992 (dati in migliaia).

Classi di Et�	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Indipendenti			
60 - 64	320	82	402
65 - 70	137	42	179
71 e oltre	55	21	76
Dipendenti			
60 - 64	244	80	324
65 - 70	49	24	73
71 e oltre	14	10	24
Totale			
60 - 64	564	162	726
65 - 70	186	66	252
71 e oltre	69	31	100

Occupati per Sesso e posizione professionale
Aprile 1992 (dati in migliaia).

Classi di Et�	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Indipendenti			
60 - 64	312	82	394
65 - 70	148	44	192
71 e oltre	74	45	119
Dipendenti			
60 - 64	243	88	331
65 - 70	45	29	74
71 e oltre	45	51	96
Totale			
60 - 64	555	170	725
65 - 70	193	73	266
71 e oltre	119	96	215

Occupati per Sesso e posizione professionale
Luglio 1992 (dati in migliaia).

Classi di Et�	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Indipendenti			
60 - 64	311	79	390
65 - 70	142	45	187
71 e oltre	56	20	76
Dipendenti			
60 - 64	245	88	333
65 - 70	48	23	71
71 e oltre	14	13	27
Totale			
60 - 64	556	167	723
65 - 70	190	68	258
71 e oltre	70	33	103

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Occupati per Sesso e posizione professionale
 Ottobre 1992 (dati in migliaia).

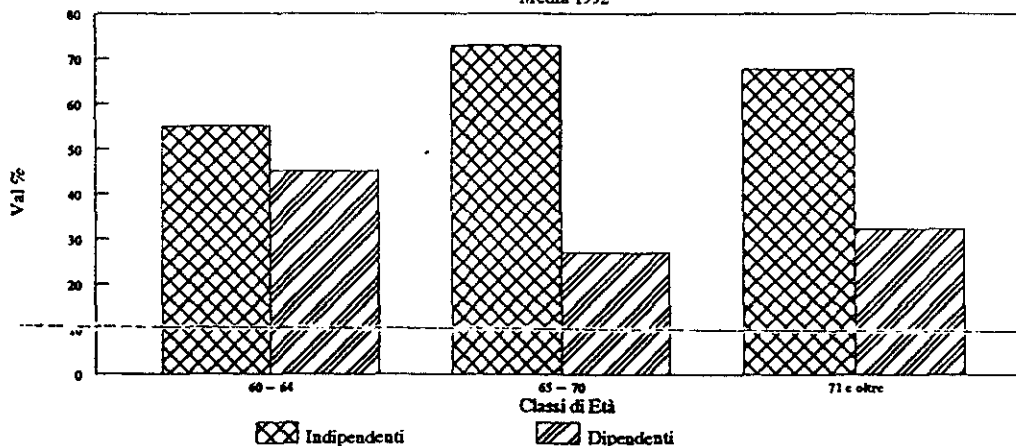
Classi di Età	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Indipendenti			
60 - 64	300	85	385
65 - 70	132	54	186
71 e oltre	62	36	98
Dipendenti			
60 - 64	220	76	296
65 - 70	42	17	59
71 e oltre	19	10	29
Totale			
60 - 64	520	161	681
65 - 70	174	71	245
71 e oltre	81	46	127

Media Anno 1992

Classi di Età	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine	%
Indipendenti				
60 - 64	310,75	82	392,75	55,0
65 - 70	139,75	46,25	186	72,9
71 e oltre	61,75	30,5	92,25	67,7
Dipendenti				
60 - 64	238	83	321	45,0
65 - 70	46	23,25	69,25	27,1
71 e oltre	23	21	44	32,3
Totale				
60 - 64	548,75	165	713,75	64,6
65 - 70	185,75	69,5	255,25	23,1
71 e oltre	84,75	51,5	136,25	12,3
Totale Occupati			1105,25	100

Condizione Professionale

Media 1992



Fonte: ISTAT
 Elaborazioni: M.L.P.S. Oss. Mercato Lavoro

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Occupati per sesso e settore di attività
Gennaio 92

Classi di età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività
60-64	126	118	319	32	12	117	158	130	436
65-70	50	32	104	14	6	46	64	38	150
71 e oltre	23	11	36	12	5	13	35	16	49

Occupati per sesso e settore di attività
Aprile 92

Classi di età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività
60-64	121	112	321	41	16	113	162	128	434
65-70	66	25	103	18	5	51	84	30	154
71 e oltre	41	24	55	26	17	53	67	41	108

Occupati per sesso e settore di attività
Luglio 92

Classi di età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività
60-64	126	115	315	36	14	117	162	129	432
65-70	62	27	102	18	5	44	80	32	146
71 e oltre	28	8	34	9	4	21	37	12	55

Occupati per sesso e settore di attività
Ottobre 92

Classi di età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività
60-64	107	114	298	30	14	117	137	128	415
65-70	46	25	103	16	8	47	62	33	150
71 e oltre	28	15	39	7	11	28	35	26	67

Occupati per sesso e settore di attività
Media anno 1992

Classi di età	Maschi			Femmine			Maschi e Femmine		
	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività	Agricoltura	Industria	Altre Attività
60-64	120	114,75	313,25	34,75	14	116	154,75	128,75	429,25
65-70	56	27,25	103	16,5	6	47	72,5	33,25	150
71 e oltre	30	14,5	41	13,5	9,25	28,75	43,5	23,75	69,75

Ministero della Sanità

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MODULARIO
SANITÀ - 346

Roma, 20 OTT. 1993 19

*Ministero della Sanità*SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
LUNGOTEVERE RIPA, 1→ Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Affari Sociali
Via Barberini, n.47
00187 R O M A

N.° 100/SCPS/2-12/86

Risposta al Foglio del 10-9-93

N.° DAS/9358/DAS/RPA

p.c. All' Ufficio di Gabinetto
S E D E

OGGETTO:

Trasmissione documento

<p>DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI</p> <p>20 OTT 1993</p> <p>Protocollo N. 15832/1/DAS/RPA</p> <p>ARRIVO</p>
--

Con riferimento alla nota a margine indicata, finalizzata alla preparazione della III° relazione annuale al Parlamento sulla condizione degli anziani, si informa che nell'arco di tempo indicato (ottobre 1992-settembre 1993) è stato prodotto il documento allegato contenente "Linee di indirizzo sulla specializzazione agli anziani". Il documento, approvato dal Consiglio Sanitario Nazionale nella seduta del 6 luglio 1993, integra le "Linee-guida del Progetto-Obiettivo anziani, già trasmesse a codesto Dipartimento.

Inoltre, considerato l'interesse del Ministero della Sanità verso la realizzazione di tali indirizzi a livello territoriale, è stato istituito nell'ambito del Centro Studi del Ministero un gruppo di lavoro per monitorarne l'applicazione.

Si fa riserva di comunicare i risultati cui perverrà il gruppo di lavoro.

Distinti saluti.

All. 1

IL DIRIGENTE GENERALE
(dott. Nicola Falcielli)



CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE

RISOLUZIONE N. 4/93

LINEE DI INDIRIZZO SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI

Il Consiglio Sanitario Nazionale
nella seduta del 6 luglio 1993

VISTO il protocollo d'intesa siglato l'11 Gennaio 1991 dal Ministro della Sanità e dalle Federazioni Nazionali dei Pensionati CGIL, CISL, UIL con il quale tra l'altro veniva costituito un Gruppo di lavoro permanente, composto da rappresentanti del Ministero della Sanità, delle Organizzazioni Sindacali dei pensionati e delle Regioni con il compito di individuare competenze, strumenti, modalità e tempi di realizzazione degli obiettivi oggetto del protocollo d'intesa stesso;

RILEVATO che il Parlamento, con apposite risoluzioni di Camera e Senato in data 30.1.1992, ha approvato il Progetto-Obiettivo,



Ministero della Sanità

CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE
Ufficio per la Relazione sullo stato sanitario del Paese

GRUPPO DI LAVORO MINISTERO DELLA SANITA'-REGIONI-SINDACATI DEI PENSIONATI C.G.I.L. - C.I.S.L. - U.I.L. PER LA ELABORAZIONE ED ATTUAZIONE DI PROGRAMMI FINALIZZATI ALLA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI DI CUI AL PROTOCOLLO D'INTESA DEL 30 GENNAIO 1991.

GENNAIO 1993

LINEE DI INDIRIZZO SULLA OSPEDALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI

A) PREMESSA

Si precisa che il presente documento costituisce parte integrante delle linee guida già prodotte dal gruppo di lavoro, di cui si presuppone la conoscenza; pertanto l'ospedalizzazione è qui intesa come parte di una rete di servizi possibili, già delineati secondo i presupposti delle risoluzioni parlamentari.

B) QUADRO DI RIFERIMENTO

1) PROTOCOLLO D'INTESA ORGANIZZAZIONI SINDACALI PENSIONATI - MINISTRO DELLA SANITA'

Il Protocollo d'intesa Ministro della sanità - Sindacati dei Pensionati dell'11/1/1991, al punto 8 prevede:

"Il Ministro della Sanità, sentito il parere del Gruppo di lavoro di cui al punto 3 del presente accordo, emanerà entro 120 giorni apposite linee guida per chiarire gli aspetti relativi al regime di ricovero ospedaliero degli anziani.
Tali linee di guida dovranno essere finalizzate ad ottenere:

- lo smantellamento delle mega strutture per cronici;
 - il miglioramento della condizione di vita degli istituzionalizzati, definita sostanzialmente "indignitosa" anche dalle recenti indagini della Commissione De Giuseppe e dagli accertamenti promossi dal Ministro De Lorenzo e, recentemente, il 4 dicembre u.s., in un incontro svoltosi presso il Dipartimento per gli Affari Sociali.
- Nell'emanazione delle linee guida saranno, inoltre, privilegiate le indicazioni delle OO.SS. riportate come da allegato 2 e dalle stesse ritenute prioritarie*.

2) LA LEGGE N. 412/1991

La legge n. 412/1991 (legge di accompagnamento alla c.d. Finanziaria 1992) all'art. 4, 3° comma, stabilisce che le Regioni provvedano a ristrutturare la rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni necessari per conseguire il raggiungimento dei parametri indicati, fermo restando che il finanziamento del livello assistenziale corrispondente terrà conto solo dei posti-letto e del tasso di utilizzazione prescritti.

Gli standard già previsti dalla legge 23/10/1985, n. 595 sono così modificati:

- utilizzazione dei posti-letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua;
- tasso di specializzazione 160 per mille abitanti;
- costituzione di aree funzionali omogenee;
- necessità di riconvertire gli ospedali che non raggiungono lo standard minimo di 120 posti letto.

La dotazione complessiva di posti-letto (direttamente gestiti o convenzionati) è la seguente:

- 5,5 ogni 1.000 abitanti per le patologie in fase acuta;
- 0,5 ogni 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (non sono da comprendere nel conteggio i posti letto ad esaurimento del c.d. residuo manicomiale, né i posti residenziali extraspedalieri delle Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) ed istituzioni convenzionate assimilabili).

La stessa legge n. 412/1991 prevede anche la riorganizzazione interna dell'ospedale.

Le Regioni, infatti, sono tenute ad attuare, a modifica di quanto previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee, con presenza obbligatoria di day-hospital, conservando alle unità operative che vi

confluiscono l'autonomia funzionale in ordine alla patologia di competenza, nel quadro di una efficace integrazione e collaborazione con altre strutture affini e con l'uso in comune delle risorse umane e strumentali.

3) LE PRIME INDICAZIONI ATTUATIVE DELLA LEGGE N. 412/1991

Nella precedente legislatura è stata presentata una proposta di PSN per il triennio 1992-94 (approvato dal Consiglio dei Ministri il 30 settembre 1991 e trasmesso alla Presidenza della Camera il 4 ottobre 1991 - Documento CXII, n. 1), ma naturalmente decaduta. Essa non prevede alcunché in merito agli standard di organizzazione e di attività dei presidi ospedalieri.

Alcune indicazioni, peraltro, sono contenute in un documento successivo predisposto ad integrazione da parte del Ministero della sanità - S.C.P.S. in data 9 gennaio 1992.

A solo titolo indicativo e documentale, si ritiene riportare quanto segue:

a) Indicazioni sulla ripartizione dei posti letto:

- il 10 per cento dei posti letto di dotazione ordinaria, in media regionale, e fino al 20 per cento per le unità operative di pediatria e di specialità pediatriche, con esclusione di quelli delle terapie intensive, sono da convertire progressivamente in posti letto equivalenti a spedalizzazione diurna (day-hospital);
- dal 4 al 10 per cento dei posti letto di dotazione ordinaria sono da mettere a disposizione per degenze a pagamento e per la libera professione intramuraria;
- dotazione di posti letto per area funzionale ogni 1.000 abitanti:
 - . terapie intensive: 0,15 p.l. con un rapporto tra posti letto di terapia intensiva e subintensiva di 1:2, con banda di oscillazione tra 0,10 e 0,20 p.l.;
 - . chirurgia: 2,10 p.l., con banda di oscillazione tra 1,80 e 2,20 p.l.;
 - . medica: 2,48 p.l. con banda di oscillazione tra 2,20 e 2,80 p.l.;
 - . materno-infantile: 0,77 p.l., con banda di oscillazione tra 0,70 e 0,80 p.l.;
 - . riabilitativa: 0,50 p.l. con banda di oscillazione tra 0,40 e 0,60 p.l.

Le indicazioni concernenti le dotazioni di posti letto vanno sottoposte a verifica di adeguatezza nell'arco di un triennio.

b) Indicazioni sulle aree funzionali

Le unità operative ospedaliere confluiscono nelle seguenti aree funzionali omogenee secondo il dettaglio sotto specificato:

- area delle terapie intensive: rianimazione - terapia intensiva e subintensiva - U.T.I.C. - grandi ustionati - unità spinali, limitatamente alla fase del trattamento acuto che precede la riabilitazione intensiva;
- area chirurgica: chirurgia generale - maxillo facciale - plastica - toracica - vascolare - cardiocirurgia - neurochirurgia - specialità chirurgiche con trapianto - urologia - ortopedia e traumatologia - oculistica - otorinolaringoiatria - odontostomatologia;
- area medica: allergologia - angiologia - cardiologia - dermatologia - ematologia - endocrinologia - gastroenterologia - geriatria - immunologia - malattie infettive - medicina del lavoro - medicina generale - nefrologia - neurologia - oncologia - pneumologia - psichiatria - radioterapia - reumatologia;
- area materno-infantile: ostetricia e ginecologia - terapia intensiva e subintensiva neonatale - neonatologia - pediatria e specialità pediatriche - chirurgia pediatrica generale e specialistica (comprese la cardiocirurgia, l'urologia, l'ortopedia, l'otorinolaringoiatria, ecc.) - neuropsichiatria infantile.
Costituiscono parte integrante dell'area la funzione riabilitativa pediatrica, i cui posti letto vanno però computati nell'area della lungodegenza post-acuzie e della riabilitazione, e le culle per neonati sani che non vanno conteggiate come posti letto, pur essendo dotate di specifico organico assistenziale e che danno luogo a separata rilevazione dei dati di attività;
- area riabilitativa: lungodegenza post-acuzie - riabilitazione intensiva, compresa quella psichiatrica e pediatrica.

4) DM 13/9/1988

Si ritiene utile richiamare anche il Decreto del Ministro della Sanità 13/9/1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero" - anche se il suo valore normativo è sospeso - il quale prevede la Geriatria tra le specialità di base a media diffusione da organizzare in moduli di 20 p.l. (art. 3, p. 5, D).

Le indicazioni sono le seguenti:

- Le unità operative di geriatria sono da riferire esclusivamente ai degenti ultrasessantacinquenni ad alto rischio di invalidità o non autosufficienti e limitatamente alla fase acuta dei trattamenti. L'unità operativa geriatrica svolge anche il compito di Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G.) per le strategie assistenziali agli anziani nelle attività extraospedaliere (residenziali, attività a ciclo diurno territoriali, ambulatoriali, domiciliari). Per ogni modulo tipo sono previste: 4 unità di personale medico; 12 di personale infermieristico; 6 unità di personale di riabilitazione.

5) IL PROGETTO-OBIETTIVO ANZIANI (APPROVATO CON RISOLUZIONE DI CAMERA E SENATO IN DATA 30 GENNAIO 1992)

Il progetto-obiettivo prevede, tra l'altro, di:

- a) realizzare nei servizi il massimo di integrazione polifunzionale e interdisciplinare tramite il distretto onde mantenere gli anziani nella propria famiglia o abitazione, tramite le varie forme di intervento (A.D.I., R.S.A., spediizzazione domiciliare), la soluzione del ricovero ospedaliero essendo giudicata impropria oltre che economicamente inopportuna, salve naturalmente le fasi acute o riacutizzate di patologie obbliganti la spediizzazione;
- b) qualificare l'Unità operativa di geriatria (compresa quella universitaria): essa si differenzia dalla ex-divisione di medicina non solo per la tipologia dei pazienti, ma per la preparazione professionale ad indirizzo gerontologico e geriatrico del personale, compreso quello infermieristico e tecnico; per una diversa tipologia edilizia, che deve essere adeguata all'esigenza dei pazienti; per la presenza necessitata di strutture di riabilitazione; per il coordinamento ordinario nell'ambito della U.V.G. con i servizi territoriali per la realizzazione delle dimissioni programmate, dei programmi di assistenza geriatrica nelle R.S.A. o negli ospedali diurni, della spediizzazione o dell'assistenza domiciliare.

6) RISOLUZIONE CAMERA E SENATO DEL 30 GENNAIO 1992

La risoluzione con la quale è stato approvato il Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" prevede:

"La riqualificazione dei reparti di geriatria anche con la previsione dei day-hospital e la realizzazione dei posti letto nel quinquennio 1992-96 anche secondo gli impegni di spesa sulla quota dei finanziamenti per investimenti stabiliti dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, in una applicazione coerente con i criteri per la rideterminazione degli stessi posti letto (obiettivo della legge finanziaria per il 1992)".

7) LEGGE DELEGA N° 421/1992 E DECRETO LEGISLATIVO N° 502/1992

La legge delega N° 421 del 23/10/92 per la razionalizzazione della Sanità e di altri settori pubblici prevede l'emanazione di un Decreto legislativo finalizzato, fra l'altro, al riordinamento del SSN ed in particolare all'attribuzione alle Regioni e Province Autonome della competenza piena in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria, al riordinamento della rete ospedaliera,

alla determinazione dei livelli di assistenza uniformi e obbligatori ed alla garanzia dei diritti dei cittadini.

Il successivo Decreto legislativo N° 502 del 30/12/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" prevede, in tema di programmazione, che entro il 31/7/93 il Governo deve adottare il Piano sanitario nazionale e che le Regioni devono dotarsi dei Piani sanitari entro il 31/12/93.

Riguardo specificatamente agli ospedali è da sottolineare l'art. 4, 10° comma, il quale prevede che le Regioni debbono procedere alla riorganizzazione dei presidi ospedalieri *"sulla base delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge N° 412 del 30/12/91 correlando gli standard previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti"*.

Oltre questo rinvio generale, le uniche indicazioni tassative sono la previsione dell'attività libero-professionale e delle camere a pagamento.

8) EPIDEMIOLOGIA DEI RICOVERI DEGLI ANZIANI NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE

8.1 Il Servizio Informativo Sanitario del SCPS nel volume "Attività gestionali ed economiche delle USL" relativo al 1990 contiene alcuni dati riferiti ai posti letto di geriatria pubblici e privati convenzionati (All.1): si tratta di 9.083 p.l. effettivi, di cui 7.468 pubblici e 1.615 privati. Fra i primi il tasso di occupazione dei posti letto è di circa l' 80% e la degenza media di 16 giorni, fra i secondi il tasso di occupazione è superiore al 100%, con degenza media di 32 giorni.

L'attività di day hospital della geriatria ha riguardato 31 reparti pubblici, per un totale di 10.665 pazienti e 1 unità funzionale di istituti convenzionati, per un totale di 2.939 pazienti.

Dalla medesima fonte si ritiene opportuno riportare i dati relativi ai posti letto di lungodegenza e di riabilitazione, anche se non è possibile distinguere in tale ambito i ricoveri per classi di età.

I posti letto effettivi di lungodegenza sono complessivamente 12.307 di cui 4.100 pubblici e 8.207 privati convenzionati: per i primi il tasso di occupazione dei p.l. è del 76%, con una degenza media di 34 giorni, per i secondi del 95% con degenza di 101 giorni.

I posti letto di recupero e riabilitazione funzionale sono complessivamente 15.454, di cui 3.702 pubblici e 11.752 privati: per i primi il tasso di occupazione dei p.l. è del 79%, con degenza media di 26 giorni, per i secondi dell'84% con degenza di 58 giorni.

8.2 Uno studio compiuto nel 1991 dal Gruppo di Studio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, che ha interessato le divisioni di medicina e di geriatria di 41 Centri ospedalieri italiani, per un totale di oltre 9.000 pazienti, ha giudicato congrue la maggior parte delle ospedalizzazioni di anziani, mentre i ricoveri "non necessari" concernevano il 17.4% delle ospedalizzazioni, con percentuale maggiore al Nord rispetto che al Sud.

Fra i ricoveri non necessari il Gruppo di studio classifica come ricoveri impropri quelli determinati da una patologia che avrebbe potuto essere gestita anche in ambito ambulatoriale. Definisce invece incongrui quei ricoveri non giustificati da approfondimenti diagnostici o da particolari necessità assistenziali, ma determinati esclusivamente da fattori socio-economici.

Nella ricerca, i ricoveri impropri costituiscono i 2/3 delle ospedalizzazioni non necessarie, mentre i ricoveri incongrui, incidono solo per 1/3.

Mentre in tutte le altre classi di età i ricoveri diminuiscono nel 1991 rispetto al 1988, nello stesso periodo per gli ultraottantenni (che rappresentano la percentuale di ricoveri più numerosa - oltre il 30%) si ha un aumento del 7%, con incremento annuo superiore al 2%: il fenomeno è da ascrivere in parte al trend demografico e in parte alla stretta correlazione esistente fra invecchiamento e aumento della comorbilità.

Inoltre la percentuale dei ricoveri congrui è aumentata negli ultimi tre anni, mentre quella degli impropri (da carenza di servizi extraospedalieri) e degli incongrui è in netta diminuzione.

Quest'ultimo dato, se associato con quello di una riduzione della durata della degenza, sembra anche escludere fattori diversi da quelli epidemiologici nell'aumento delle ospedalizzazioni degli ultraottantenni; d'altra parte, una predominanza dei fattori sociali sui ricoveri degli anziani non si è potuta evidenziare.

Questi risultati fanno concludere che la causa di gran lunga più importante dell'ospedalizzazione degli anziani è un reale aumento della morbilità, soprattutto nell'ultima classe di età.

In contrapposizione, il fenomeno dei ricoveri non necessari, soprattutto di quelli da cause sociali (ricoveri incongrui) ha un'importanza minore, contrariamente all'opinione corrente.

Ne scaturisce quindi una chiara indicazione a dare priorità al miglioramento dei servizi socio-sanitari extraospedalieri rispetto ad interventi di carattere sociale.

C) PROPOSTE DI LINEE GUIDA**1. PAZIENTI GERIATRICI: DEFINIZIONE**

Ai fini del ricovero in struttura ospedaliera si identifica con il termine di paziente geriatrico quella parte dei pazienti anziani ultra-sessantacinquenni con patologie acute ad alto rischio di non autosufficienza, con pluripatologie e/o non autosufficienti.

2. OSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI GERIATRICI**2.1. Prevenzione**

Al fine di evitare, per quanto possibile, l'insorgenza della non-autosufficienza e/o la cronicizzazione di malattie acute normalmente guaribili o il peggioramento di patologie multiple, peraltro compatibili con l'autosufficienza al momento del ricovero in ospedale, occorre preliminarmente tenere presente che:

- a) l'anziano è spesso disorientato dalle strutture di ricovero generalmente anonime e inospitali e dal rapporto impersonale e disattento che è la norma tra paziente e personale d'assistenza;
- b) la carenza di cure alla persona, finalizzate a mantenere la dignità e le funzioni della vita di relazione e la mobilità della persona, conducono rapidamente ad una condizione di decadenza e di non autosufficienza.

Occorre invece una programmazione che tenga conto della necessità di rimodernare e personalizzare le strutture geriatriche esistenti, spesso fatiscenti, e di riqualificare ed aggiornare periodicamente medici e personale d'assistenza che provengono da una formazione inadeguata rispetto alle cure peculiari necessarie per gli anziani, in modo che si possano conseguire i seguenti risultati:

- esatta e tempestiva diagnosi della condizione patologica dominante al momento del ricovero;
- prevenzione delle patologie iatrogene da farmaci e non, ad esempio mezzi di contenzione;
- terapie adeguate delle patologie o scompensi associati, ad es. gli squilibri elettrolitici negli anziani operati;

- riabilitazione tempestiva e globale (non solo rieducazione funzionale, ma anche terapia occupazionale e strategie di mantenimento);
- assistenza fornita da personale infermieristico con formazione specifica.

2.2. Criteri per l'ospedalizzazione del paziente geriatrico

Le persone anziane che sono state ricoverate secondo il criterio di cui al punto 1., devono essere ospedalizzate nell'area funzionale cui afferisce la loro patologia prevalente e urgente.

La destinazione dei degenti nelle rispettive aree funzionali deve avvenire in esclusiva relazione alle esigenze terapeutiche e non in relazione all'età del degente stesso;

Ciò fatta eccezione per i casi in cui la presentazione della polipatologia e dei deficit funzionali richiedono immediatamente una specifica assistenza geriatrica.

La programmazione degli interventi per i pazienti geriatrici sarà affidata all'Unità valutativa geriatrica ospedaliera, che opererà in stretto contatto con l'U.V.G. territoriale (è preferibile che il geriatra coordinatore sia lo stesso per entrambe le unità), che dovrà essere istituita in ciascuna U.S.L. con articolazioni interdistrettuali per gestire gli accessi, il funzionamento dell'A.D.I., delle R.S.A. ed il raccordo con tutti gli altri interventi di base e/o specialistici destinati agli anziani.

L'Unità di valutazione geriatrica ospedaliera deve interessarsi direttamente del paziente geriatrico, in quanto numerosi studi dimostrano che la semplice consulenza, non abbinata all'intervento svolto dalla medesima équipe geriatrica, non produce risultati migliori di quelli che si hanno con un ricovero tradizionale.

3. LIVELLI DI RICOVERO

Premesso che l'U.V.G. ospedaliera è una modalità di lavoro interprofessionale per orientare il ricovero dell'anziano nella disciplina più congrua alla domanda-bisogno, nonché per gestire le dimissioni in raccordo con l'U.V.G. territoriale, vengono previste tre possibili risposte ospedaliere per i pazienti geriatrici.

3.1. Day-hospital

3.1.1. Localizzazione

Il day-hospital è dotato di locali propri, ma funzionalmente collegati con il reparto.

3.1.2. Funzioni del day-hospital

Le funzioni del day-hospital nei confronti della popolazione anziana sono:

- a) la prevenzione dell'istituzionalizzazione negli anziani "a rischio";
- b) la predisposizione di provvedimenti terapeutici e di interventi medico-riabilitativi per pazienti che non necessino di ricovero ospedaliero continuo;
- c) l'attuazione di programmi di cura a lungo termine, attraverso controlli ed interventi medico-riabilitativi periodici;
- d) l'attività di filtro per ricoveri ospedalieri in pazienti affetti da patologie già diagnosticate;
- e) la collaborazione con tutti i servizi socio-assistenziali per la promozione ed il mantenimento dell'inserimento sociale dell'anziano.

3.1.3. Il day-hospital e la rete dei servizi

Ribadito che la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sono un presupposto fondamentale per l'efficacia dei servizi rivolti alla popolazione anziana, l'attivazione del day-hospital geriatrico può rappresentare la condizione indispensabile per garantire tale "continuità" ed "integrazione".

Il day-hospital si colloca pertanto nella rete dei servizi socio-sanitari, all'interno della struttura ospedaliera, preferibilmente con caratteristiche polifunzionali, come punto di convergenza ed interfaccia tra territorio ed ospedale.

3.2. Posti letto ospedalieri con specificità geriatrica

3.2.1. Definizione

Nella riorganizzazione della rete ospedaliera si individuano, nell'area della medicina, posti di geriatria, ai sensi dell'art. 3, lettera D.6, del D.M. 13-9-1988, o come Unità operative autonome o come posti letto inseriti all'interno dell'area di medicina.

3.2.2. Funzioni e compiti

Funzioni e compiti dei posti ospedalieri geriatrici sono quelli di:

- fornire assistenza intensiva e riabilitativa al paziente anziano;
- promuovere lo sviluppo e la diffusione della cultura geriatrica e gerontologica, delle metodologie per la prevenzione, la diagnostica, la terapia e la riabilitazione nel paziente anziano;
- collaborare, fornendo un adeguato apporto tecnico culturale specifico, nelle attività di formazione ed aggiornamento degli operatori sanitari e sociali;
- assicurare il supporto tecnico specialistico a tutte le aree ospedaliere laddove sono assistiti pazienti anziani;
- operare in stretto collegamento con i servizi di assistenza domiciliare integrata e di ospedalizzazione a domicilio.

3.2.3. Organizzazione

Occorre sperimentare all'interno delle Unità operative geriatriche modalità assistenziali che consentano una maggiore integrazione professionale, flessibilità di trattamento ed una risposta più adeguata alle particolari esigenze dei pazienti anziani, quali ad esempio:

- le degenze settimanali parziali (5 giorni), riservate ai pazienti in fase post-acuta orientata alla riabilitazione, con dimissioni temporanee il sabato e rientro il lunedì, per mantenere l'anziano più inserito nella famiglia anche durante il periodo di ricovero ospedaliero;
- le degenze giornaliere, nell'ambito dei presidi per l'ospedalizzazione diurna (v. livello precedente);
- le degenze brevi e periodiche (due o tre giorni di degenza ogni due o tre settimane) per determinate patologie di tipo cronico evolutivo, per la rivalutazione, nei giorni di degenza, del progetto terapeutico globale;
- la sperimentazione di forme di ospedalizzazione domiciliare, da attuarsi in stretta collaborazione con l'U.V.G. ospedaliera e territoriale con il medico di base, con gli operatori sanitari e sociali del territorio e con i nuclei familiari interessati.

3.3. Posti letto destinati alla lungodegenza

3.3.1. La legge n. 412/1991

La legge n. 412/1991 stabilisce che lo 0,5 dei posti letto sulla dotazione complessiva del 6,0 per 1.000 abitanti sia riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie.

3.3.2. Programmazione dei posti letto

Il numero di posti letto per la funzione di lungodegenza deve essere programmato a livello territoriale in modo congruo, tenendo conto della riserva di 0,5 posti letto per mille abitanti stabilita dalla legge 412/1991.

3.3.3. Pazienti della lungodegenza

Nella funzione ospedaliera di "lungodegenza" afferiscono unicamente degenti in fase di convalescenza per un primo trattamento di rieducazione funzionale o in fase terminale.

Gli spazi destinati alla funzione di lungodegenza possono essere localizzati:

- a) attigualmente agli spazi destinati alla funzione assistenziale per acuti cui afferisce la patologia principale stabilizzata;
- b) oppure essere concentrata in un'apposita unità operativa polifunzionale.

Nel primo caso i posti letto della funzione di lungodegenza fanno capo al primario della divisione per acuti e dispongono di un organico distinto; nel secondo caso fanno capo ad un responsabile espressamente destinato.

La prima di queste soluzioni è quella considerata ottimale.

Nel caso in cui si attuasse la seconda soluzione vanno definite le competenze relative alla decisione del trasferimento che, nel caso dei degenti anziani, andrebbero comunque coordinate dalla Unità Valutativa Geriatrica ospedaliera.

In entrambe queste soluzioni sarà necessario garantire in questa funzione la socializzazione e la migliore qualità di vita dei pazienti, con l'utilizzo di personale opportunamente preparato e la collaborazione delle famiglie e delle associazioni di volontariato. Gli spazi dovranno essere organizzati in modo tale da rispondere alle maggiori necessità di privacy e comfort

ambientale che tali degenze comportano ed essere caratterizzati da più elevati standard assistenziali, tali da contrastare complicanze evitabili e fenomeni di perdita dell'autosufficienza.

3.3.4. Organizzazione

Il modulo tipo della funzione di "lungodegenza" è composto di 32 posti letto; per essi vanno previsti adeguati standard di personale (4 medici, 13 infermieri, 7 riabilitatori, personale per la socializzazione, 8 ausiliari).

Non è possibile prevedere più moduli della stessa funzione di lungodegenza ad evitare il riprodursi di megastrutture.

3.3.5. Esigenze terapeutiche

La destinazione dei degenti in queste unità o posti letto di lungodegenza deve avvenire in esclusiva relazione alle esigenze terapeutiche e non in relazione all'età del degente stesso.

3.3.6. Programmi di riabilitazione

Nella funzione di lungodegenza saranno attivati programmi di riabilitazione a termine, che tendono ad una soluzione completa e comunque soddisfacente del problema, e programmi a lungo termine, in cui verranno sviluppati i vari aspetti della riabilitazione. Va salvaguardata, in ogni caso, la continuità terapeutica.

3.3.7. Pazienti ex manicomiali

Non sono compresi tra i degenti delle funzioni di lungodegenza i malati trattenuti ad esaurimento nelle istituzioni ex manicomiali ed assimilate; per esse andranno previste specifiche soluzioni.

3.3.8. Diritti del ricoverato

I pazienti di cui al punto 1. hanno diritto al ricovero in ospedale nella fase acuta e post-acuta. Ove necessario, ai fini della continuità del trattamento,

hanno inoltre diritto a proseguire il medesimo nei servizi territoriali, residenziali e semiresidenziali, o presso il proprio domicilio.

Tuttavia, qualora la Regione non abbia ancora ottemperato alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri prevista dalla L. 412/91 e in mancanza di adeguate strutture e servizi alternativi nel territorio, è affermato il diritto dell'anziano cronico a non essere dimesso dall'ospedale, qualora necessiti di cure continuative.

Non è lecito in definitiva limitare la durata delle prestazioni di cura e riabilitazione in relazione alla inguaribilità del degente e/o al suo "status" di cronico non autosufficiente.

3.3.9. Formazione e umanizzazione

Vanno previsti specifici interventi di formazione del personale e di umanizzazione dei trattamenti onde evitare e prevenire la insorgenza di forme di cronicizzazione nel corso dello stesso ricovero ospedaliero.

3.4. Riabilitazione

3.4.1. La legge n. 412/1991

Come già detto, la legge n. 412/1991 stabilisce che lo 0,5 dei posti letto per 1.000 abitanti è riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza.

Il D.M. 13/8/1988 prevede che la funzione di riabilitazione può essere esercitata:

- a) presso le singole Unità operative cui afferisce la patologia principale, nel qual caso configura l'ipotesi di attività dipartimentale interdisciplinare;
- b) presso apposite Unità operative polifunzionali espressamente riservate all'attività di riabilitazione di tutto il presidio.

Le Regioni e le Province autonome stabiliscono la modalità organizzativa da adottare nei presidi dove è presente la funzione, tenendo conto che, ovunque è possibile, è da preferire la soluzione dell'attività dipartimentale

interdisciplinare decentrata. In questa ipotesi, il modulo tipo di posti letto di riferimento per la determinazione degli standard del personale di riabilitazione è dato dalla somma dei posti letto di riabilitazione attivati nelle singole Unità operative e il personale risultante va proporzionalmente distribuito tra le Unità operative in questione in aggiunta al personale assegnato alle stesse per le normali funzioni assistenziali.

3.4.2. Organizzazione

Tenendo conto di quanto sopra espresso, è opportuno sottolineare che le attività di riabilitazione dell'anziano debbono esplicarsi nelle medesime strutture in cui si attua la riabilitazione dei pazienti di altre età, al duplice fine di non emarginare l'anziano in strutture solo a lui destinate, e di utilizzare in pieno le risorse esistenti.

Naturalmente, ove necessario, le attrezzature ed il tipo di riabilitazione saranno differenziati, ma comunque volti al ripristino, fin dove possibile, delle capacità funzionali del paziente.

3.4.3. Due livelli dell'attività di riabilitazione ospedaliera

Rispetto a questa soluzione alternativa, si ritiene preferibile una organizzazione della riabilitazione che fa riferimento ai vari livelli delle prestazioni.

Tali funzioni vengono assicurate, in costanza di ricovero, a due distinti livelli che trovano caratterizzazione secondo i vari stadi della patologia invalidante così individuati:

- fase acuta;
- fase post-acuta.

L'attività di riabilitazione ha quindi la seguente articolazione:

- a) nella fase acuta: nello stesso presidio ospedaliero per acuti al letto del paziente. Lo svolgimento dell'attività del servizio nei settori di degenza avviene di norma negli spazi destinati alle unità ospedaliere specialistiche di medicina generale, cardiologia, ortopedia, neurologia e pediatria alle quali sono attribuiti, all'interno dei posti letto assegnati, appositi letti per l'espletamento dell'attività specifica;

b) nella fase post-acuta: in appositi reparti, differenziati all'interno del presidio per acuti o anche per i casi complessi da valutare quantitativamente nel contesto regionale, in appositi presidi ad hoc attrezzati.

L'attività è svolta in ogni caso in stretto collegamento funzionale con i presidi per acuti di riferimento avvalendosi delle Unità operative specialistiche di competenza.

In questa fase tipicamente ospedaliera, rientrano anche i casi di riabilitazione da postumi di intervento massicciamente demolitivi, come quelli per rimozione di tumori, ma non quelli tipici della terapia del dolore, da ascrivere propriamente alla fase della terapia del malato terminale, che deve essere condotta in presidi ospedalieri per acuti, possibilmente in spazi appositamente attrezzati e con organizzazione e presenze multidisciplinari.

Coerentemente a questa impostazione, nell'attribuire posti letto di riabilitazione in fase post-acuta, i reparti o i presidi riabilitativi possono essere ad indirizzo prevalentemente monospecialistico (cardiologico, pneumologico, neuromotorio ecc.) ovvero multidisciplinare.

A queste due fasi può succedere una terza fase, extra ricovero, quella di mantenimento e/o reinserimento da espletare negli appositi presidi extra ospedalieri, gestiti direttamente o tramite convenzioni obbligatorie, individuati tra i presidi esistenti del sistema sanitario e tra quelli del sistema socio-sanitario.

3.4.4. Istituzione dell'Unità operativa riabilitativa e del Dipartimento di recupero e rieducazione funzionale

In ogni USL è istituita l'Unità operativa di recupero e rieducazione funzionale per consentire l'indispensabile complementarietà tra trattamenti in regime di degenza e prestazioni ambulatoriali di day-hospital e domiciliari.

I reparti di riabilitazione, i presidi ospedalieri ed extra-ospedalieri per i trattamenti degenziali, le funzioni assolve dalle Unità operative di recupero e rieducazione funzionale, le prestazioni specialistiche delle altre Unità operative coinvolte, costituiscono le componenti essenziali del dipartimento di riabilitazione, da istituire obbligatoriamente in ognuno degli ambiti territoriali sovrazonali (più USL) individuati dalle Regioni.

3.4.5. Funzioni dell'Unità operativa e riabilitativa

L'Unità operativa è di norma costituita da medici fisiatristi e terapisti della riabilitazione (oltre alla figura del fisiokinesiterapista ed a quella del logopedista va promossa la formazione del terapeuta occupazionale).

Gli interventi praticati dall'Unità operativa così composta, riguardano l'assolvimento delle seguenti funzioni principali:

- la gestione dei posti letto del reparto di riabilitazione ad indirizzo multidisciplinare, ove assegnato, in raccordo con l'U.V.G. ospedaliera;

- l'impostazione del trattamento riabilitativo, previa adeguata valutazione, e l'attuazione delle sedute di trattamento nelle diverse sedi (reparto di degenza, servizio di recupero, ambulatori, R.S.A., comunità terapeutiche, domicilio del paziente) in stretto raccordo, nell'ambito distrettuale, con l'U.V.G. territoriale;
- il controllo periodico;
- la prescrizione di protes, ortesi ed ausili.

4. ORIENTAMENTI PER UNA POLITICA SISTEMICA DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI PER ANZIANI TRA OSPEDALE E TERRITORIO.

L'obbiettivo dell'integrazione è quello di costruire una rete di servizi integrata ed unitaria, in cui la specificità dei singoli apporti va ripensata e valorizzata in funzione di un "percorso complessivo dell'anziano".

Dovranno essere considerate con particolare attenzione le connessioni che intercorrono tra struttura ospedaliera da una parte e servizi domiciliari e residenziali non sanitari.

L'integrazione fra interventi ospedalieri e territoriali dovrebbe far capo all'unità operativa geriatrica dell'ospedale.

In caso di presenza di un'UVG funzionante nel territorio ed una in ospedale, dovrebbe realizzarsi una stretta collaborazione tra le due specie al fine di assicurare una tempestiva allocazione del paziente anziano dopo la sua dimissione (dimissione programmata).

anz_osp 14/6/93

ALL. 1

GLOSSARIO

ADI - Per assistenza domiciliare integrata deve intendersi quell'insieme coordinato di attività, di carattere sanitario, integrate con interventi di natura socio-assistenziale, erogate a domicilio di anziani non autosufficienti o di soggetti disabili (che abbisognano di prestazioni di tipo sanitario).

MORBILITA' - Indica il rapporto tra il complesso dei giorni di malattia e il numero di esposti a rischio di malattia per gruppi di età.

ORTESI - Apparecchio applicabile al corpo come correttivo funzionale ma non sostitutivo di parti mancanti.

PROTESI - Apparecchio sostitutivo di un organo mancante o asportato.

RICOVERI IMPROPRI - Sono quelli determinati da una patologia che avrebbe potuto essere gestita anche in ambito ambulatoriale.

RICOVERI INCONGRUI - Quei ricoveri non giustificati da approfondimenti diagnostici o da particolari necessità assistenziali, ma determinati esclusivamente da fattori socio-economici.

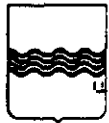
RSA - Struttura per anziani e soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui, finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale.

UVG - E' un gruppo multidisciplinare che realizza l'integrazione fra servizi sociali e sanitari, nonché fra interventi ospedalieri e territoriali. Dovrebbe far capo all'Unità operativa geriatrica dell'ospedale, in assenza di quest'ultima, può essere collocata a livello territoriale.

UTIC - Unità terapeutica intensiva coronarica.

Regione Basilicata

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



REGIONE BASILICATA

DIPARTIMENTO SICUREZZA SOCIALE

UFFICIO

14 OTT. 1993

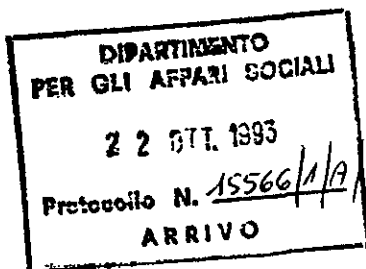
Prot. N. 6869/7-1/A

Risposta a nota N. del

Allegati N.

ALLA PRESIDENZA CONSIGLIO
DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO AFFARI REGIONALI
ROMA

OGGETTO: Interventi in favore degli anziani.



e, p. c.

DIPARTIMENTO AFFARI
SOCIALI

ROMA

PRESIDENTE GIUNTA
REGIONALE

S E D E

Con la presente si forniscono di seguito le notizie richieste con fax dell'8.10.1993 n. 200/4794/41.3.67.3:

La popolazione ultrasessantacinquenne nella Regione Basilicata al 31.12.1992 era costituita da 89.911 unita', pari al 14,4% di quella totale.

Elementi significativi della popolazione anziana in regione sono:

- a) un considerevole numero di anziani non autosufficienti; (n. 6.818)
- b) una maggiore concentrazione degli anziani nei comuni piu' piccoli;
- c) un reddito attestato in massima parte su valori bassi costituito da pensione sociale o dal minimo di pensione I.N.P.S.;
- d) una matrice socio-professionale soprattutto agricola con scarsa presenza di quella industriale o terziaria.

Gli anziani di Basilicata in linea di massima presentano

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

bisogni materiali, bisogni prevalentemente riabilitativi sul piano sanitario nonché bisogni relazionali, di rapporto e di partecipazione.

Nella Regione gli interventi assistenziali in favore delle persone anziane sono regolate dalla legge regionale n. 50 del 4.12.1980. Le prestazioni previste sono:

a) Assistenza economica: Essa ha carattere temporaneo e sussidiario. Nel 1992 hanno usufruito di tale intervento n. 586 nuclei familiari di cui una parte, se pur minima, e' rappresentata da persone anziane.

b) Ricovero in case di riposo: costituisce un intervento sostitutivo dell'ambiente familiare e viene attuata dopo aver constatata l'impossibilita' di trovare una diversa soluzione. Gli anziani ricoverati nelle 22 case di riposo della Regione sono 721 su una disponibilita' di n. 928 posti, con una eta' oscillante fra i 60 e gli 80 anni.

La quota del fondo regionale socio-assistenziale riservata ai ricoveri degli anziani e pari al 18% di lire 5.600.000.000 assegnate per il corrente anno alle UU.SS.LL. e ai comuni per l'attuazione degli interventi assistenziali. Gli anziani contribuiscono al costo del ricovero sulla base del reddito posseduto. La cifra varia da un minimo del 50% ad un massimo del 75% del reddito.

c) Assistenza estiva: Le UU.SS.LL. ed i comuni, compatibilmente con le disponibilita' finanziarie, organizzano durante il periodo estivo soggiorni di vacanza. Per tali interventi e' stata riservata una quota pari al 4% del menzionato fondo regionale socio-assistenziale.

L'anziano, comunque, partecipa al costo della prestazione la cui entita' viene determinata dall'ente che organizza il soggiorno. Nell'anno 1992 hanno usufruito di tale servizio n. 1.189; per l'anno corrente al momento non si hanno dati consuntivi.

d) Assistenza domiciliare: La prestazione viene assicurata dalle UU.SS.LL. e dai Comuni che hanno deciso la gestione diretta. La quota del summenzionato fondo regionale riservata per tale intervento e' del 22%.

L'assistenza domiciliare negli ultimi anni ha avuto un incremento a livello comunale. Sono infatti 56 le amministrazioni comunali che nel corrente anno gestiscono la prestazione. Tale forma d'intervento e' richiesta ed accettata dall'anziano in quanto le consente la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale responsabilizzando nella gestione del quotidiano.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Nell'anno 1992 hanno usufruito di prestazioni di assistenza domiciliare n. 3.216 anziani sotto le diverse forme:

n. 384 hanno usufruito del servizio mensa, n. 391 del servizio lavanderia, n. 400 di cure infermieristiche, n. 1038 di prestazioni relativi alla cura della persona e di aiuto e pulizia della casa, n. 625 di interventi di assistenza sociale e psicologica, n. 378 di trasporto ed altro.

Particolare attenzione e' stata riservata nel corrente anno all'attuazione del progetto "Tutela della salute degli anziani" approvato dal Parlamento nel gennaio 1992.

Con deliberazione n. 9149 del 31.12.1992, infatti la Giunta Regionale ha assegnato alle UU.SS.LL. della Regione la cifra complessiva di 3 miliardi sul fondo sanitario nazionale con il vincolo di destinazione per l'attuazione dell'assistenza domiciliare integrata in favore degli anziani non autosufficienti come previsto dal menzionato progetto.

Al riguardo sono state inviate lunee-guida a tutti i Comuni e alle UU.SS.LL. e si sono avuti, a livello regionale diversi incontri con quest'ultime fornendo indicazioni e chiarimenti circa le modalita' di attuazione dell'ADI.

Alcuni comuni hanno approntato progetti di svolgimento dell'ADI sul proprio territorio che hanno proposto all'attenzione della U.S.L. di competenza.

A cura della Regione e' stata anche predisposta una scheda di valutazione sullo stato di non autosufficienza dell'anziano che di recente e' stata inviata ai Comuni e alle U.S.L. unitamente ad una ulteriore nota esplicativa su alcuni aspetti riguardante l'attuazione pratica dell'assistenza domiciliare integrata. Con la stessa nota sono state invitate le UU.SS.LL. in collaborazione con gli enti locali, che assicurano le prestazioni socio-assistenziali, ad attivare il servizio entro il 30.11.c.a.

Al fine di intensificare durante il periodo estivo gli interventi ed i servizi in favore degli anziani, soggetti piu' a rischio in tale periodo, sono state date indicazioni alle UU.SS.LL. e alle strutture di ricovero per anziani circa le misure di prevenzione da adottare onde evitare il pericolo che, data l'elevata temperatura della stagione, si verificassero fenomeni di disidratazione e sindromi conseguenti, aggravati spesso dalla mancanza di assistenza.

Nel mese di agosto, poi, e' stato affrontato un piano di pronto intervento, in collaborazione con il 113, qualora si fossero verificati casi di emergenza di carattere sanitario e/0

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

socio-assistenziale.

La richiesta d' intervento sanitario e' stato garantito dal servizio di pronto soccorso degli ospedali della Regione mentre l'assistenza socio-assistenziale e' stata assicurata dagli operatori sociali di alcuni consutori familiari dislocati sul territorio regionale.

Relativamente all'assistenza sanitaria l'avvio prossimo dei distretti sanitari di base costituirà sicuramente una risposta più integrata di assistenza degli anziani.

Essa, infatti, costituirà una delle funzioni fondamentali del distretto.

La loro diffusa dislocazione territoriale garantirà le prestazioni in favore della popolazione anziana su tutto il territorio regionale.

Infine un ulteriore e più decisivo intervento sarà garantito con l'attuazione del primo programma annuale del piano sanitario regionale e con istituzione e l'avvio dei servizi di emergenza sanitaria di cui al D.P.R. 27.03.1992.

Regione Campania



Giunta Regionale della Campania
Area Assistenza Sociale
Attività Sociali - Sport - Tempo libero - Spettacolo
Settore Assistenza Sociale
Programmazione e Vigilanza sui servizi sociali

Napoli li 15 ottobre 1993

Via Don Bosco, 4/F - 80141 NAPOLI
 Tel. 446040

Prot. n. 10232

Ufficio

Ref. nota n. teleg. del 9/10/93

Oggetto "Richiesta trasmissione completi
 elementi in ordine interventi et ini-
 ziative adottate in Settore Assi-
 stenza Anziani periodo Ottobre '92 -
 Settembre '93"

DIPARTIMENTO
 PER GLI AFFARI SOCIALI

10 10 1993
 Protocollo N. 1673041/DAR/RPA
 ARRIVO

Presidenza Consiglio dei
 Ministri
 DIPARTIMENTO AFFARI
 REGIONALI - ROMA

Presidenza Consiglio dei
 Ministri
 DIPARTIMENTO AFFARI
 SOCIALI - ROMA

In relazione alla nota in riferimento concernente l'oggetto, trasmessa via fax a questo Settore, dal Gabinetto del Presidente della Regione Campania, con protocollo n. 67906/Cab. del 12/10/93, si forniscono i seguenti elementi.

La Regione Campania, da anni promotrice di interventi ed iniziative a favore degli anziani, con l'approvazione della L.R. n.21 del 18/10/89, tuttora vigente, ha inteso invogliare i Comuni a programmare e ad attivare a favore degli Anziani interventi specifici come il Servizio di Assistenza Domiciliare, l'Istituzione di Centri Sociali Polivalenti e di Comunità Alloggio, prevedendo, per tali interventi la concessione di contributi e lasciando gli altri (soggiorni climatici, integrazione sociale, etc..) alla disponibilità finanziaria dei singoli Comuni.

La L.R. 21/89 prevede, come le precedenti dello stesso indirizzo anche contributi per la costruzione, la ristrutturazione e il completamento di Strutture per Anziani ma, per mancanza di fondi in bilancio, sia per il 1992 che per il 1993 non si sono potuti concedere contributi per nuove opere.

Attualmente sono in corso i dovuti adempimenti tecnico amministrativi per la effettiva erogazione dei contributi a quarantacinque (45) Comuni della Regione Campania ammessi al Piano di Riparto per il completamento delle Strutture per Anziani già finanziate precedentemente ed in corso d'opera.

Per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare e la Gestione dei Centri Sociali Polivalenti e delle Comunità Alloggio, considerato che la predetta L.R.21/89 prevede la predisposizione di piani di riparto annuali, si ritiene opportuno

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

dividere in due parti il periodo per il quale sono stati richiesti gli elementi di che trattasi:

- 1) Periodo ottobre '92 - dicembre '92
- 2) " gennaio '93 - settembre '93

Per ognuno di essi si allega alla presente apposito schema comprendente l'elenco dei Comuni ammessi ai piani di riparto e i rispettivi contributi assegnati.

Si fa presente altresì che, con deliberazione n.054 del 28/5/93 la Giunta Regionale ha approvato gli "standards" delle Strutture per anziani (all'esame delle Commissioni Consiliari) previsti dalla L.R.n. 17 del 4/11/91 di modifica all'art.13 della L.R. 21/89; ciò consentirà, in un prossimo futuro, un adeguamento funzionale di tutte le strutture, pubbliche e private, della Regione, delle quali è in corso l'iscrizione, per tipologia, all'apposito Albo Regionale istituito ai sensi delle succitate leggi.

Si coglie l'occasione infine per comunicare che su proposta della Consulta Regionale degli Anziani, il Consiglio Regionale ha approvato la Carta dei diritti degli Anziani e che la stessa Consulta, in occasione "dell'anno europeo dell'anziano" ha predisposto un serie di iniziative atte a pubblicizzare le problematiche esistenti in modo da favorire una presa di coscienza da parte di tutti e quindi una migliore qualità della vita degli anziani stessi.

Regione Emilia Romagna

REGIONE EMILIA - ROMAGNA

TESTO DI LEGGE: TUTELA E VALORIZZAZIONE
DELLE PERSONE ANZIANE.

INTERVENTI A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

TESTO LICENZIATO DALLA COMMISSIONE CONSILIARE
"SICUREZZA SOCIALE" IN DATA 6.12.1993

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

V LEGISLATURA

N. 19

OGGETTO N. 771/90
OGGETTO N. 1597/91
OGGETTO N. 1654/91
OGGETTO N. 2540/92

CONSIGLIO REGIONALE

COMMISSIONE PERMANENTE

SICUREZZA SOCIALE

- 771 - Progetto di legge, d'iniziativa popolare: Riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani malati non autosufficienti e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali. (02 10 90)
- 1597 - Progetto di legge, d'iniziativa del consigliere Morselli, recante: Contributi sui consumi per la permanenza degli anziani nelle comunità familiari. (27 05 91)
- 1654 - Progetto di legge, d'iniziativa dei consiglieri Castellucci, Nigro, Mingozzi, Parizzi e Lodi, recante: Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti. (11 06 1991)
- 2540 - Progetto di legge, d'iniziativa del consigliere Talignani, recante: Incentivi per la creazione di strutture decentrate alternative per i cittadini non autosufficienti. (28 02 1992).

TESTO LICENZIATO DALLA COMMISSIONE CONSILIARE
"SICUREZZA SOCIALE" NELLA SEDUTA DEL 6.12.1993

TUTELA E VALORIZZAZIONE DELLE PERSONE ANZIANE -
INTERVENTI A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

INDICE

TITOLO I - Finalità e strumenti

- Art. 1 - Finalità
- Art. 2 - Destinatari
- Art. 3 - Strumenti
- Art. 4 - Sezioni speciali anziani
dell'Osservatorio epidemiologico e
dell'Osservatorio delle politiche sociali
- Art. 5 - Obiettivi
- Art. 6 - Criteri
- Art. 7 - Diritti nell'ambito dei servizi
assistenziali ed integrati

TITOLO II - Azioni positive per il mantenimento
dell'anziano nel contesto sociale

- Art. 8 - Azioni positive
- Art. 9 - Edilizia abitativa
- Art.10 - Modifiche ed integrazioni alla L.R.
2.6.1980 n. 46 "Provvedimenti regionali
per la riqualificazione del patrimonio
edilizio esistente e per la promozione di
interventi di edilizia residenziale
convenzionata e convenzionata-agevolata"
- Art.11 - Programma di interventi

TITOLO III - Interventi socio-assistenziali

- Art.12 - Programmazione degli interventi
socio-assistenziali settore anziani
- Art.13 - Accoglienza in famiglia

TITOLO IV - Interventi socio-sanitari a favore
delle persone anziane

- Art.14 - Accordo di programma
- Art.15 - Servizio assistenza anziani
- Art.16 - Compiti del Servizio assistenza anziani
- Art.17 - Unità di valutazione geriatrica -
territoriale
- Art.18 - Responsabile del caso
- Art.19 - Dimissioni ospedaliere
- Art.20 - Rete dei servizi socio-sanitari integrati >
- Art.21 - Assistenza domiciliare integrata >
- Art.22 - Centro diurno >
- Art.23 - Casa protetta >
- Art.24 - Residenza sanitaria assistenziale >
- Art.25 - Formazione >

TITOLO V - Norme finanziarie e finali

- Art.26 - Norma finanziaria
- Art.27 - Abrogazione di norme

TITOLO I

FINALITA' E STRUMENTI

Art. 1
Finalità

1. La Regione, al fine di valorizzare la persona anziana come soggetto rilevante per la società e prevenirne la non autosufficienza, detta norme per l'attuazione di azioni positive che contribuiscano a mantenere l'anziano nella famiglia e nel tessuto sociale, e a valorizzarne il patrimonio di esperienza, di conoscenza e di cultura.
2. La Regione detta altresì norme per consentire il riconoscimento e garantire l'effettivo esercizio dei diritti delle persone anziane, particolarmente di quelle non autosufficienti.

Art. 2
Destinatari

1. Gli interventi previsti dalla presente legge sono rivolti ai cittadini anziani sia autosufficienti che non autosufficienti residenti in Emilia-Romagna e si estendono altresì ai soggetti anziani secondo le disposizioni di cui all'art. 5 della L.R. 12 gennaio 1985, n. 2.
2. Si considera non autosufficiente l'anziano che non può più provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri. E' altresì beneficiario degli interventi previsti per gli anziani non autosufficienti l'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile.

Art. 3
Strumenti

1. La Regione persegue le finalità di cui all'art. 1 mediante gli strumenti di programmazione generale, integrando e coordinando i programmi e gli strumenti settoriali per la realizzazione di una politica complessiva in favore della popolazione anziana, valorizzando l'apporto dei soggetti privati e del volontariato.

2. Promuove l'integrazione ed il coordinamento delle attività dei soggetti pubblici, privati e del volontariato operanti nelle diverse materie di intervento.

Art. 4

Sezioni speciali anziani dell'Osservatorio epidemiologico e dell'Osservatorio delle politiche sociali

1. Al fine di disporre di basi informative qualificate, in relazione alle esigenze della programmazione regionale sanitaria e socio-assistenziale in materia di anziani, la Regione istituisce presso l'Osservatorio epidemiologico regionale di cui alla L.R. 7 dicembre 1978, n. 48 una apposita sezione anziani; istituisce, altresì, analoga sezione presso l'Osservatorio per le politiche sociali, di cui all'art. 25 della L.R. 14 agosto 1989, n. 27.

2. Nell'ambito di quanto previsto al comma 4 dell'art. 2 della L.R. 12 gennaio 1985, n. 2, le sezioni promuovono e svolgono ricerche ed attività permanenti, coordinate e sistematiche di rilevazione, di analisi e di studio in relazione agli aspetti ed ai problemi sociali, economici, psicologici e sanitari. Trasmettono altresì alla U.V.G. le elaborazioni dei dati ricevuti ai sensi della lettera d) del comma 4 dell'art. 17.

3. La sezione presso l'Osservatorio per le politiche sociali si avvale di un Comitato tecnico-scientifico composto da un numero non superiore ad otto di esperti in campo gerontologico, geriatrico e sociale. Il Comitato è nominato dalla Giunta regionale, che provvede altresì a individuarne le procedure di funzionamento.

4. Ai componenti delle sezioni e dei Comitati sono corrisposti i compensi e i rimborsi previsti dalla L.R. 15 dicembre 1977 n. 49 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 5

Obiettivi

1. La presente legge, anche in conformità alle previsioni del Piano internazionale d'azione sull'invecchiamento adottato a Vienna nel 1982

dall'Assemblea mondiale sull'invecchiamento (ONU) ed ai provvedimenti comunitari a favore degli anziani, persegue gli obiettivi di tutelare il rispetto delle persone anziane, di promuoverne il benessere e di prevenire gli stati di disagio, di malattia e di emarginazione con azioni positive ed elevando la qualità e l'efficienza dei servizi e delle prestazioni che, a partire dalla risposta personalizzata ai bisogni, nel pieno rispetto delle differenze, valorizzino la partecipazione ed il protagonismo degli anziani.

Art. 6
Criteri

1. Fatti salvi i generali principi informativi dell'intervento assistenziale enunciati nell'art. 4 della L.R. 12 gennaio 1985, n. 2, il sistema di interventi a favore della persona anziana si informa ai seguenti criteri:

- a) valorizzazione dell'anziano in tutte le dimensioni della sua individualità;
- b) integrazione dell'anziano nel contesto sociale;
- c) prevenzione delle situazioni di bisogno anche mediante la programmazione e la qualificazione delle politiche sociali;
- d) globalità, unitarietà e continuità delle risposte ai bisogni;
- e) specificità delle azioni e dei servizi;
- f) corresponsabilizzazione dell'anziano e della famiglia di appartenenza.

Art. 7

Diritti nell'ambito dei servizi
assistenziali ed integrati

1. Nella fruizione degli interventi previsti dalla presente legge la persona anziana ha diritto in particolare:

- a) ad una compiuta informazione sui servizi sociali e sanitari, sulle prestazioni offerte, sulle possibilità di scelta esistenti, sulle modalità di erogazione delle prestazioni;
- b) ad una assistenza sanitaria commisurata alle sue esigenze;
- c) al riconoscimento della sua famiglia quale ambito privilegiato di vita.

TITOLO II

AZIONI POSITIVE PER IL MANTENIMENTO
DELL'ANZIANO NEL CONTESTO SOCIALE

Art. 8

Azioni positive

1. La Regione, al fine di prevenire l'emarginazione della persona anziana dal proprio ambiente sociale, ed il conseguente rischio di non autosufficienza, favorisce l'accesso delle persone anziane alle istituzioni, adotta o promuove azioni positive nell'ambito degli interventi previsti dalla relativa legislazione nazionale e regionale, in particolare nei settori dell'edilizia abitativa, delle attività turistico-ricreative, della cultura, dell'urbanistica, dei trasporti perseguendo altresì l'obiettivo dell'integrazione tra le generazioni, anche tramite il coinvolgimento dell'anziano in lavori socialmente utili.

2. La Regione favorisce l'accesso delle persone anziane all'informazione scritta e audiovisiva tramite la promozione di accordi con soggetti pubblici e privati ed incentivando, ai sensi delle leggi di settore, ed in particolare della L.R. 20 ottobre 1992, n. 39, la trattazione delle tematiche proprie del mondo degli anziani all'interno dei programmi radiofonici e

televisivi. La Regione promuove inoltre l'attività delle Università della terza età ai sensi della L.R. 5 maggio 1990, n. 42.

3. Al fine di rendere gli spazi urbani maggiormente fruibili per gli anziani e per favorire la mobilità personale e l'accesso ai servizi generali nell'ambito anche della legge 9 gennaio 1989, n. 13, la Regione promuove iniziative specifiche per l'adeguamento del sistema dei trasporti e viario, dei servizi pubblici e dei piani di urbanistica commerciale.

4. Le azioni di cui al presente articolo saranno attuate ed attivate nell'ambito del programma triennale di cui all'art. 11, anche sulla base dei dati e delle ricerche svolte dalle sezioni anziani degli Osservatori di cui all'art. 4.

Art. 9

Edilizia abitativa

1. La Regione, per migliorare la condizione abitativa degli anziani, prevenendo situazioni di emarginazione ed evitando il loro sradicamento dal proprio ambiente sociale, favorisce la formazione di programmi per l'attuazione di interventi in materia di edilizia residenziale, tesi a realizzare abitazioni che rispondano alle esigenze della popolazione anziana.

2. Nell'ambito dei programmi di edilizia residenziale, la Regione interviene:

- a) per incentivare il recupero o la costruzione di abitazioni funzionali alle esigenze di nuclei familiari costituiti da persone anziane;
- b) per incentivare il recupero o la costruzione di abitazioni da destinare a nuclei familiari all'interno dei quali convivono persone anziane.

In ogni caso i complessi residenziali dovranno essere dotati di impianti idonei a prevedere anche la possibilità della realizzazione di strutture da destinare a servizi, che rendano possibile la permanenza degli anziani nella propria abitazione o presso il proprio nucleo familiare.

3. I punteggi di selezione delle domande di cui all'art. 7 della L.R. 14 marzo 1984, n. 12 e successive modifiche ed integrazioni, dovranno tenere conto prioritariamente dei nuclei familiari

all'interno dei quali convivono anziani non autosufficienti.

4. La Regione, per il perseguimento di tali finalità, promuove accordi e convenzioni tra enti pubblici, nonché tra questi, singolarmente o congiuntamente, e cooperative di abitazione, cooperative sociali, imprese di costruzione, associazioni e soggetti privati.

5. La Regione, per l'attuazione degli interventi di cui al presente articolo, destina:

- a) parte delle risorse stanziare dallo Stato per l'edilizia residenziale agevolata e sovvenzionata, così come previsto dall'art. 4 della Legge 17 febbraio 1992, n. 179;
- b) fondi propri, anche aggiuntivi rispetto a quelli statali, in relazione alle previsioni del programma di cui all'art. 6;
- c) parte dei fondi ricavati dall'alienazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

6. La Regione promuove e favorisce l'istituzione di forme di contribuzione volontaria, di natura assicurativo-mutualistica, allo scopo di realizzare strutture residenziali da destinare ad anziani. A tal fine la Regione dovrà predisporre lo schema di convenzione da stipularsi tra la stessa Regione e le società mutualistiche ed assicurative ed altri soggetti abilitati.

7. Le finalità di cui al presente articolo potranno altresì essere perseguite attraverso la promozione di interventi aventi carattere sperimentale, nell'ambito del programma di cui all'art. 11.

Art. 10

Modifiche e integrazioni alla L.R. 2.6.1980, n.46 "Provvedimenti regionali per la riqualificazione del patrimonio edilizio esistente e per la promozione di interventi di edilizia residenziale convenzionata e convenzionata-agevolata"

1. Per il raggiungimento anche delle finalità di cui all'articolo 9, l'art. 16 della L.R. 2 giugno 1980, n. 46, modificata e integrata dalle LL.RR. 30 agosto 1982, n. 40 e 25 marzo 1991, n. 5, viene così modificato:

la rubrica dell'art. 16 della L.R. 2 giugno 1980, n. 46 è così sostituita:

"Contributi per l'incentivazione di iniziative a favore di particolari categorie sociali"

2. All'art. 16 della L.R. 2 giugno 1980, n. 46 sono aggiunti i seguenti commi:

"A favore di categorie sociali con particolare disagio abitativo, i contributi di cui alla presente legge vengono concessi anche per l'acquisto dell'alloggio.

I contributi possono essere concessi anche in conto capitale; in tal caso l'ammontare del contributo non può superare la misura del 35% del costo complessivo di costruzione o di recupero, ivi comprese la spesa per l'eventuale acquisto dell'area o dell'immobile. I contributi di cui al presente articolo possono essere concessi anche in assenza di altre agevolazioni pubbliche.

I contributi previsti dal presente articolo possono essere concessi ed erogati, con le modalità previste al primo comma dell'art. 13, anche direttamente ai soggetti beneficiari.

L'erogazione dei contributi di cui al presente articolo è effettuata sulla base delle procedure di cui alla L. 25 marzo 1982, n. 94 e successive modifiche."

Art. 11

Programma di interventi

1. La Regione per le azioni previste dagli articoli 8 e 9, e per tutte le altre che saranno ritenute opportune e rispondenti alle finalità di cui all'articolo 1, predispone un programma triennale di interventi, contestualmente alla approvazione del Bilancio poliennale, per la cui elaborazione è costituito un apposito gruppo di lavoro a carattere interdisciplinare ai sensi della lett. c) del terzo comma dell'articolo 13 della L.R. 18 agosto 1984, n. 44.

2. La Regione definisce interventi specifici ed integrati e li coordina con quelli degli altri enti interessati, individuando risorse e strumenti per la loro attuazione.

3. La Regione incentiva la predisposizione da parte dei Comuni di programmi integrati per gli interventi a favore degli anziani.

4. La Regione incentiva altresì la predisposizione dei programmi di cui al comma 3 adottati dai Comuni associati ai sensi della legge 8 giugno 1990, n. 142.

5. Nell'ambito degli obiettivi e delle azioni del programma, la Giunta regionale emana, entro il 30 aprile di ogni anno, appositi indirizzi per le modalità e i criteri di attuazione degli interventi da parte di soggetti pubblici e privati.

6. Il Consiglio regionale annualmente verifica lo stato di attuazione del programma di cui al comma 1 sulla base di una informativa della Giunta.

TITOLO III

INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI

Art. 12

Programmazione degli interventi socio-assistenziali Settore anziani

1. Il Consiglio regionale adotta, con cadenza almeno triennale, linee di indirizzo programmatico rivolte ai soggetti pubblici e privati convenzionati relativamente agli interventi socio-assistenziali, anche a carattere sperimentale, a favore degli anziani.

2. Le Province, sulla base di apposita direttiva della Giunta regionale coordinano la predisposizione da parte dei Comuni dei relativi piani di intervento per il perseguimento sul territorio degli indirizzi adottati dal Consiglio regionale.

3. Gli interventi di cui al comma 1 sono volti al recupero o al mantenimento dell'autosufficienza economica o sociale della persona anziana e consistono principalmente in:

a) interventi volti al miglioramento della situazione economica di anziani bisognosi e interventi di carattere straordinario finalizzati anche all'installazione di attrezzature e ausili per consentire o migliorare la fruibilità dell'abitazione;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- b) promozione dell'associazionismo volto all'istituzione dei centri sociali per anziani, alla gestione di attività di utilità sociale e di attività ricreative;
- c) istituzione e gestione di servizi di assistenza domiciliare a prevalente aiuto alla persona, di sistemi di telesoccorso e di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

4. Nella realizzazione degli interventi di carattere sociale la Regione e gli Enti locali valorizzano l'intervento di organizzazioni, in particolare di quelle di volontariato di cui alla L.R. 31 maggio 1993, n. 26, di associazioni e di persone singole che si impegnino, in raccordo con l'Ente pubblico, ad offrire aiuto a persone anziane.

5. Agli oneri derivanti dagli interventi previsti al comma 3 si fa fronte, nell'ambito degli stanziamenti annualmente previsti nel bilancio regionale a favore della L.R. 12 gennaio 1985, n. 2, secondo le procedure ed. entro i limiti di cui agli artt. 41 e 42 della legge medesima.

Art. 13**Accoglienza in famiglia**

1. Nell'ambito delle iniziative promozionali di cui all'art. 2 della L.R. 12 gennaio 1985, n. 2, la Regione favorisce la realizzazione in forma sperimentale di programmi tendenti ad inserire, in raccordo con l'ente pubblico, l'anziano solo in una famiglia diversa da quella naturale, disponibile ad accoglierlo nel proprio ambito, sulla base di un accordo tra l'anziano e la famiglia stessa.

2. La Giunta regionale emanerà apposita direttiva per regolamentare tali forme sperimentali di accoglienza per anziani soli.

TITOLO IV**INTERVENTI SOCIO-SANITARI
A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE****Art. 14****Accordo di programma**

1. I sindaci dei Comuni sede di distretto di Unità sanitaria locale, al fine di ottenere la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari a favore delle persone anziane, promuovono la conclusione di accordi di programma tra i soggetti interessati, ai sensi dell'art. 27 della L. 8 giugno 1990, n. 142, per l'attivazione, di norma nell'ambito territoriale di ciascun distretto, di un servizio unico per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane (Servizio assistenza anziani) e delle relative Unità di valutazione geriatrica.

2. La Regione favorisce la conclusione degli accordi di cui al comma 1.

3. I Comuni possono altresì demandare in tutto o in parte la gestione degli interventi socio-assistenziali di cui all'art. 12 al Servizio assistenza anziani attivato dall'accordo di programma.

Art. 15

Servizio assistenza anziani

1. Il Servizio per il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane, punto unico di riferimento per gli anziani in stato di bisogno, può essere articolato sul territorio e ha le seguenti funzioni:

- a) compiere una prima valutazione della situazione dell'anziano al fine di avviarlo, secondo il tipo di bisogno, alla rete dei servizi sociali o, tramite l'U.V.G. di cui all'art. 17, a quella dei servizi integrati socio-sanitari;
- b) garantire il coordinato utilizzo della rete complessiva dei servizi socio-sanitari tramite la verifica costante delle disponibilità esistenti sul territorio e la gestione dei rapporti amministrativi conseguenti all'accordo di programma;
- c) ottimizzare la qualità degli interventi, tramite anche la individuazione del responsabile di ogni singolo caso.

2. Il Servizio attiva le Unità di valutazione geriatrica previste nell'accordo di programma e ne organizza l'attività.

3. Fermo restando che la spesa per il personale sanitario resta a carico del Fondo sanitario regionale, nell'ambito dell'accordo i soggetti aderenti stabiliranno il riparto della spesa per il funzionamento del Servizio e per la gestione dell'accordo di programma.

Art. 16

Compiti del Servizio assistenza anziani

1. Il Servizio:

- a) svolge compiti di collegamento operativo tra i servizi socio-sanitari integrati e i servizi sanitari, al fine di ottenere continuità di assistenza e cura e pertinenza fra servizio attivato e necessità espresse;
- b) autorizza in via amministrativa l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati sulla base delle disposizioni e certificazioni dell'Unità di valutazione geriatrica di cui all'art. 17, tenuto conto delle disponibilità esistenti sul territorio e delle opzioni del cittadino;
- c) attiva programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni;
- d) svolge attività di informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso sia a strutture pubbliche che private convenzionate;
- e) promuove ed organizza, in collaborazione con gli Enti istituzionalmente preposti, le attività di formazione ed aggiornamento del personale;
- f) raccoglie ed elabora i dati informativi sui servizi per gli anziani esistenti sul territorio;
- g) promuove e organizza le campagne di informazione e di educazione sanitaria rivolte alla popolazione anziana;
- h) svolge altri specifici compiti eventualmente individuati con l'accordo di programma.

2. Il Servizio garantisce l'attività di segreteria delle Unità di valutazione geriatrica.

Art. 17

Unità di valutazione geriatrica territoriale

1. L'Unità di valutazione geriatrica territoriale valuta i bisogni socio-sanitari dell'anziano non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza ed è composta da:

- un medico geriatra;
- un infermiere professionale o un assistente sanitario;
- un assistente sociale.

Al fine di garantire il collegamento dell'ospedale con il territorio, il medico geriatra verrà preferibilmente individuato all'interno della divisione di geriatria, ove esistente.

2. Al fine di predisporre con il coinvolgimento della famiglia il programma assistenziale personalizzato l'Unità di valutazione geriatrica si raccorda con il medico di famiglia della persona anziana e con il responsabile del caso.

3. L'Unità di valutazione geriatrica sulla base di protocolli omogenei per il territorio regionale predisposti dagli Assessorati regionali competenti entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge:

- a) definisce per ciascun anziano il programma assistenziale personalizzato in accordo con il medico di famiglia, sulla base di una valutazione multidimensionale e, in caso si tratti di persona dimessa dall'ospedale, di concerto con i responsabili delle divisioni ospedaliere, come previsto all'art. 19;
- b) dispone l'utilizzo della rete dei servizi socio sanitari integrati. L'Unità di valutazione geriatrica dispone altresì l'eventuale diversa destinazione dell'anziano nella rete dei servizi sulla base della revisione periodica del programma assistenziale personalizzato e tenuto conto della evoluzione del bisogno dell'anziano;
- c) provvede alla eventuale certificazione di non autosufficienza della persona anziana, assumendo le funzioni già attribuite alle commissioni socio-sanitarie per la certificazione della non autosufficienza;
- d) trasmette alle sezioni degli Osservatori di cui all'art. 4 con appositi moduli informativi le valutazioni e i dati significativi dei singoli casi esaminati.

4. Per l'elaborazione dei protocolli di cui al comma 3 la Regione si avvale di un gruppo tecnico in cui sono rappresentati gli organismi delle categorie professionali di cui al comma 1 e dei medici convenzionati per la medicina generale.

Art. 18

Responsabile del caso

1. Al fine di garantire all'anziano non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza un corretto e completo svolgimento del necessario percorso assistenziale, l'assistente sociale del Servizio assistenza anziani che compie la valutazione di cui alla lettera a) del comma 1 dell'art. 15, assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato.

2. Allo scopo di fornire ogni utile elemento di valutazione del singolo caso, lo stesso assistente sociale partecipa alle sedute dell'U.V.G. per l'esame o la revisione del programma assistenziale personalizzato.

Art. 19

Dimissioni ospedaliere

1. I responsabili delle divisioni ospedaliere in occasione delle dimissioni di anziani non autosufficienti di cui al comma 2 dell'art. 2, programmano i tempi e i modi delle dimissioni stesse, sentita la famiglia e di concerto con l'U.V.G. territoriale competente, al fine dell'utilizzo della rete di cui all'art. 20.

Art. 20

Rete dei servizi socio-sanitari integrati

1. Nell'ambito delle linee della programmazione regionale e territoriale, i soggetti aderenti all'accordo di programma di cui all'art. 14 mettono a disposizione, direttamente o tramite convenzione, strutture e risorse che garantiscano, anche attraverso l'apporto del volontariato e del privato sociale, prestazioni già socio-assistenziali che sanitarie all'interno di ciascun servizio.

2. Fanno parte della rete i seguenti servizi che, al fine di prevenire o arrestare processi involutivi fisici e psichici, rispondono con programmi assistenziali differenziati al bisogno dell'anziano:

- assistenza domiciliare integrata;
- centro diurno;
- casa protetta
- residenza sanitaria assistenziale.

3. Per la realizzazione e la ristrutturazione dei presidi della rete, la Regione concede contributi ai sensi dell'art. 42 della L.R. 12 gennaio 1985, n. 2.

4. Gli standard strutturali, di funzionamento e gli organici dei servizi, nonché l'individuazione degli oneri a rilievo sanitario, sono previsti in apposite direttive regionali.

5. L'accordo di programma di cui all'art. 14 prevede inoltre modalità operative di supporto o di raccordo dei servizi socio-assistenziali con forme di ospedalizzazione domiciliare o di funzioni di ospedalizzazione diurna - ove istituite dal servizio sanitario regionale - al fine di mantenere l'anziano nel suo contesto sociale e prevenirne l'istituzionalizzazione.

6. Gli interventi sanitari e a rilievo sanitario all'interno della rete dei servizi e presidi assistenziali e socio-sanitari a favore degli anziani sono garantiti dal servizio sanitario regionale.

Sono a carico del fondo sanitario regionale, secondo le disposizioni della normativa nazionale e regionale vigente, gli oneri relativi alle attività sanitarie e quelli per le attività a rilievo sanitario ai sensi dell'art. 30 della L. 27 dicembre 1983, n. 730.

La fruizione dei servizi socio-assistenziali, anche all'interno delle strutture residenziali, è soggetta ad equa contribuzione nel rispetto di quanto previsto all'art. 8, della L.R. del 12 gennaio 1985, n. 2.

Art. 21

Assistenza domiciliare integrata

1. L'assistenza domiciliare integrata consiste nell'insieme combinato di prestazioni di carattere socio-assistenziale e sanitario erogate al

domicilio di anziani non autosufficienti, di norma a sostegno dell'impegno familiare, sulla base dei programmi assistenziali personalizzati indicati dall'U.V.G..

Il relativo servizio deve garantire, sulla base di una valutazione multidimensionale, prestazioni con caratteristiche di globalità, adeguatezza e continuità.

2. L'assistenza domiciliare integrata è tesa a garantire:

- assistenza di medicina generale;
- consulenza medico-specialistica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza riabilitativa e di recupero funzionale;
- fornitura di ausili e presidi sanitari necessari;
- assistenza domiciliare per lo svolgimento delle attività quotidiane;
- utilizzo del telesoccorso.

3. A favore delle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto, nonché di quelle di cui all'art. 13, la Regione prevede idonea contribuzione per le attività socio-assistenziali domiciliari di rilievo sanitario di cui al DPCM 8 agosto 1985, previste dal programma assistenziale personalizzato, non erogate dal servizio pubblico ma garantite direttamente dalla famiglia stessa. Criteri, modalità, procedure degli interventi, nonché la misura del concorso finanziario saranno determinate, in una logica di graduale applicazione, tramite apposita direttiva, sentita la competente Commissione consiliare.

Art. 22 Centro diurno

1. Il centro diurno è una struttura semiresidenziale socio-sanitaria, di norma di ambito distrettuale, che assiste, a sostegno delle famiglie, anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti attuando programmi di riabilitazione e di socializzazione.

2. Il centro diurno eroga prestazioni socio-assistenziali e garantisce interventi sanitari al fine della risocializzazione, riattivazione e mantenimento delle residue capacità dell'anziano.

3. Il centro diurno può essere organizzato presso case protette o residenze sanitarie assistenziali.

Art. 23
Casa protetta

1. La casa protetta è una struttura a carattere residenziale volta ad assicurare trattamenti socio-assistenziali e sanitari di base tesi al riequilibrio di condizioni deteriorate, destinata ad anziani non assistibili nel proprio ambito familiare, parzialmente autosufficienti ed a quegli anziani non autosufficienti per i quali l'Unità di valutazione geriatrica non ritenga necessario l'inserimento in Residenza sanitaria assistenziale.

2. Le case protette possono prevedere al loro interno nuclei modulari di Residenza sanitaria assistenziale organizzati secondo gli standard di cui al D.P.C.M. 22 dicembre 1989.

Art. 24
Residenza sanitaria assistenziale

1. La Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) è una struttura extraospedaliera socio-sanitaria integrata a prevalente valenza sanitaria, organizzata secondo le indicazioni di cui al D.P.C.M. 22 dicembre 1989 e destinata ad anziani non autosufficienti non assistibili a domicili e richiedenti trattamenti continui, affetti da patologie cronico-degenerative a tendenza invalidante che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.

2. La Residenza sanitaria assistenziale eroga in forma continuativa:

- a) assistenza sanitaria di base e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona;
- b) assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana ;
- c) attività sociali.

3. La Residenza sanitaria assistenziale garantisce altresì le prestazioni specialistiche eventualmente necessarie.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

4. Al fine di garantire una migliore qualità assistenziale la Residenza sanitaria assistenziale è organizzata per nuclei modulari, di norma non superiori a 20 posti, dotati di servizi autonomi. Di norma la Residenza sanitaria assistenziale ha una ricettività non inferiore a 20 posti e non superiore a 60.

5. La Residenza sanitaria assistenziale può essere gestita da soggetti pubblici e privati, individuati nell'ambito dell'accordo di programma di cui all'art. 14.

6. Nelle Residenze sanitarie assistenziali deve essere previsto il 10% dei posti per ricoveri temporanei, di norma non superiori ad un mese, riservati a:

- a) anziani non autosufficienti assistiti in famiglia per motivate esigenze dei familiari;
- b) anziani in situazioni di emergenza e di bisogno socio-sanitario in attesa della predisposizione di un più appropriato programma assistenziale;
- c) anziani dimessi dalle divisioni ospedaliere non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di convalescenza e riabilitazione.

I ricoveri temporanei sono disposti dell'Unità di valutazione geriatrica sulla base di apposita regolamentazione:

7. Al fine di dare pratica attuazione al processo di riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in R.S.A., la Giunta regionale, sulla base dei piani attuativi di cui all'art. 9 della L.R. 15 marzo 1990, n. 15, adotta annualmente un apposito piano per il finanziamento degli interventi di riconversione.

8. Per gli interventi di cui al comma 7 sono concessi contributi nella misura del 90% della spesa prevista.

Art. 25
Formazione

1. La Regione, al fine di ottenere modalità operative e valutative omogenee su tutto il territorio regionale, promuove, in collaborazione con gli Enti istituzionalmente competenti, corsi di formazione per geriatri, infermieri, assistenti sanitari ed assistenti sociali operanti in U.V.G e per responsabili del caso.

2. La Regione promuove altresì corsi di formazione per operatori dei servizi della rete, sulla base della legislazione regionale vigente ed in particolare della L.R. 2 novembre 1983, n. 39.

TITOLO V

NORME FINANZIARIE E FINALI

Art. 26

Norma finanziaria

1. Per gli interventi previsti dalla presente legge, che fanno specifico riferimento alla legislazione regionale o statale vigente, si fa fronte nell'ambito dei finanziamenti previsti annualmente dalla legge di bilancio a norma di quanto disposto dall'art. 11 della L.R. 6 luglio 1977, n. 31 per le spese correnti, e in base ad apposite e specifiche autorizzazioni di spesa a norma di quanto disposto dall'art. 13 bis della L.R. 6 luglio 1977, n. 31 per le spese in conto capitale.

2. Agli altri interventi previsti dalla presente legge si fa fronte mediante l'istituzione di appositi capitoli nel rispetto dell'esatta specificazione delle spese nella parte spesa del bilancio regionale, che verranno dotati della necessaria disponibilità in sede di approvazione della legge annuale di bilancio a norma di quanto disposto dall'art. 11 della L.R. 6 luglio 1977, n. 31 per le spese correnti, e in base ad apposite e specifiche autorizzazioni di spesa a norma di quanto disposto dall'art. 13 bis della L.R. 6 luglio 1977, n. 31 per le spese in conto capitale.

Art. 27

Abrogazione di norme

1. La L.R. 1 settembre 1979, n. 30 "Interventi promozionali per la realizzazione e il potenziamento di servizi di assistenza sociale a favore delle persone anziane" è abrogata.

*Regione Friuli Venezia
Giulia*

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

3582/7036-SG

Alla Presidenza del Consiglio
dei Ministri
Dipartimento affari regionali

Richiesta elementi per la predi-
sposizione della III Relazione
del Governo al Parlamento sullo
stato dell'assistenza agli anzia-
ni.

00100 - R O M A

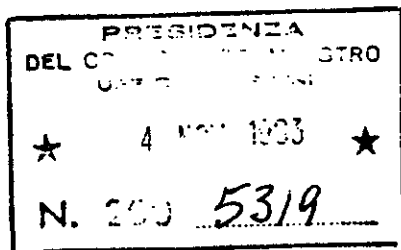
[Handwritten signature]

Con riferimento al telegramma n. 200/4749/41.3.67.3 dell'8 agosto 1993, relativo all'oggetto, si trasmettono in allegato gli elementi più significativi in ordine agli interventi e alle iniziative adottate nel settore anziani nel periodo ottobre 1992 - settembre 1993, forniti dalla competente Direzione regionale dell'assistenza sociale con nota 15 ottobre 1993 n. 5746/AS/I/A/4.

Distinti saluti.

Il Presidente
(prof. Pietro Fontanini)

[Handwritten signature of Pietro Fontanini]



GL/em
[Handwritten initials]

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Triesse,
via S. Francesco, 37

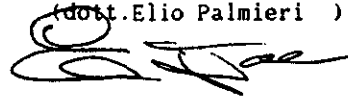
15/10/93

5746 AS/I/A/4

Oggetto: Relazione su stato assistenza
anziani.Alla Presidenza della Giunta
- Servizio Affari PresidenzaS E D E

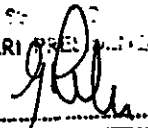
Con riferimento alla nota n.8121/7036/SG, qui pervenuta con fax dd.12 ottobre 1993, si trasmettono in allegato gli elementi piu' significativi in ordine ad interventi ed iniziative adottate nel settore anziani per il periodo di riferimento ottobre 1992-settembre 1993.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE REGIONALE
(dott. Elio Palmieri)

EBH/

REGIONE FRIULI - VENEZIA GIULIA GIUNTA REGIONALE - SEGRET. GENERALE
25 OTT. 1993
S.G.8582/1.....7036
Cat. Z Classe 105 Titolo A...

PER COMPETENZA
AFFARI PRESIDENZIALE


**Oggetto: INIZIATIVE ADOTTATE NEL SETTORE ASSISTENZA ANZIANI
(periodo ottobre 1992-settembre 1993)**

L'andamento demografico: confrontando i dati demografici 1992 con quelli relativi al 1991 si può osservare che in ciascuna delle quattro province del Friuli Venezia-Giulia il rapporto anziani/popolazione è ulteriormente cresciuto nel corso del 1992. (vedasi l'allegata tabella A)

Parallelamente si è mantenuta intatta la necessità di rispondere con interventi adeguati alle esigenze assistenziali che questo fenomeno implica.

Dal punto di vista finanziario una risposta è venuta dalla Regione con interventi specifici per la popolazione anziana: da anni ormai nel bilancio regionale la popolazione anziana è destinataria di un articolato programma di interventi per la costruzione, l'acquisto, la trasformazione di strutture socio-assistenziali che nel 1992 ha comportato una spesa di circa 10 miliardi (allegato B).

Per le stesse finalità nel 1993 è prevista una spesa di 12 miliardi e 300 milioni.

Programmazione degli interventi: Nel periodo di riferimento sono stati completati i progetti specifici predisposti dalle quattro province e previsti dal Piano socio-assistenziale della Regione (di cui è stata data informazione con le precedenti relazioni); allo stato attuale le Province stanno passando alla fase realizzativa dei progetti, che sono già stati approvati dalla Giunta regionale. Tra i progetti, come si è avuto già modo di dire, figura il progetto obiettivo relativo alle strutture residenziali per anziani.

Per quanto concerne l'esistenza di servizi per anziani si ritiene utile trasmettere alcuni dati desunti dai rendiconti che i Comuni hanno inviato alla Regione nell'anno 1992 e che possono in qualche modo dare un'idea della dimensione degli interventi:

Assistenza Domiciliare: Utenti 7146, di cui anziani 5527.

Costo complessivo del servizio: 15 miliardi e 200 milioni

Coperto con fondi pubblici: lire 14 miliardi e 150 milioni
(dei Comuni e della Regione)

Contributo dell'utenza: 1 miliardo e 50 milioni

Assistenza economica per pagamento rette: Utenti 3104

Costo complessivo del servizio: 56 miliardi e 500 milioni

Coperto con fondi pubblici: 27 miliardi e 800 milioni
(dei Comuni e della Regione)

Spesa dell'utenza: 28 miliardi e 700 milioni

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Organizzazione dei servizi e direttive:Le Direzioni regionali dell'assistenza sociale e della sanità hanno predisposto una bozza di convenzione che permette alle strutture residenziali per anziani ed alle U.S.S.L. di avere un riferimento per la stipula di convenzioni per l'erogazione dei servizi sanitari a favore delle persone non autosufficienti accolto dalle strutture. (allegato C).

Leggi regionali che prevedono un ulteriore potenziamento dei servizi per le persone anziane:

La legge regionale 30 novembre 1992, n.35 ha avviato in via sperimentale il servizio di telesoccorso. (allegato D)

Con l'art.23 della legge regionale 24 giugno 1993, n.49 "Norme per il sostegno delle famiglie e per la tutela dei minori" viene prevista la possibilità di concedere contributi per favorire la permanenza nelle famiglie di persone svantaggiate.

Trieste. 15 ottobre 1993.
[Bursich -tel 040/3775245]

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Allegato H

POPOLAZIONE ANZIANA NEL FRIULI-VENEZIA GIULIA (31 DIC. 92-31 DIC. 91)
(elaborazione dati INSIEL) - (Rapporto in millesimi)

	popolazione92	anziani92	%anziani92	anziani92	popolazione91	anziani91	%anziani91
Provincia di Udine	526.527	101.047	192	526.512	99.168	188	
Provincia di Gorizia	138.524	28.953	209	138.487	28.405	205	
Provincia di Trieste	266.822	66.755	250	268.752	66.324	247	
Provincia di Pordenone	276.896	49.981	181	277.569	49.425	178	
Regione Friuli-V.G.	1.208.769	246.736	204	1.211.320	243.322	201	

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Allegato B

REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA
RAGIONERIA GENERALE

CONTO CONSUNTIVO DELLA SPESA

CAPITOLO			SOMME PREVISTE	SOMME PAGATE	SOMME RIMASTE DA PAGARE	TOTALE	ECONOMIE	SEGNALAZIONE SOMME TRASFERITE
DENOMINAZIONE			RESIDUI PASSIVI AL 01/01/1992	RESIDUI PAGATI	RESIDUI RIMASTI DA PAGARE	TOTALE	ECONOMIE	
ESERCIZIO			G	H	I	L=H+I	M=O-(L+N)	
1991	1992	1993	PAGAMENTI PREVISTI	TOTALE PAGAMENTI P+B+H	RESIDUI PASSIVI AL 31/12/1992		N=O-(L+N)	
			RIPORTO					
			C	9683800000	3220565843	4719179339	7939745182	1448595056
			R	9241362650	3870538255	5319957463	9190495718	295659762 F
			T	14885059940	7091104098	10039136802		50866932 N
4846	4850	4850	C	7960096818	5254835685	1072923550	6327759235	1432537583
			R	5105195360	4216543100	888652260	5105195360	200000000 F
			T	10335255840	9471578785	1961575810		
			C	6000000000	489664800	564740000	1054404800	4945595200
	4851	4851	R	6000000000	489664800	564740000		
			T					
			C	23643896818	8965066328	6356842889	15321909217	7826327839
			R	14346358010	6087081355	6208609723	14295691078	495659762 F
			T	31220315780	17052147683	12565452612		50866932 N
				DA RIPORTARE				

0 ENN 27 17 - Allegato C

SCHEMA TIPO (REGIONALE) DI CONVENZIONE

TRA L'UNITA' SANITARIA LOCALE N. DI
 E L'ENTE GESTORE
 DELLA STRUTTURA
 AUTORIZZATA CON PROVVEDIMENTO

Tra l'Unità Socio Sanitaria Locale di
 rappresentata dall'Amministratore Straordinario o da un suo
 delegato con sede legale in
 (C.F. n.)
 E il Sig. legale rappresentante
 dell'Ente Gestore con sede legale in
 (C.F. n.)
 che gestisce la Struttura denominata
 con sede in (C.F. n.)
 autorizzata con provvedimento N. del
 classificata con provvedimento N. del
 si conviene e si stipula quanto segue:

PREMESSO

- a) che spetta all'U.S.L. fornire l'assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture residenziali e che la responsabilità dell'erogazione fa capo all'U.S.L. territorialmente competente;
- b) che l'U.S.L. di presenta contingenti difficoltà a provvedere direttamente ed integralmente all'erogazione dell'assistenza infermieristica e riabilitativa;
- c) che l'Ente Gestore ha ottenuto sulla base della normativa vigente (L.R. 33/88 e successive modifiche ed integrazioni) la necessaria idoneità al funzionamento ed al convenzionamento della struttura
- d) che la struttura protetta di cui trattasi ha una complessiva capacità operativa di numero posti letto; di cui per non altro sufficienti n'.....
- e) che per svolgere i compiti oggetto della presente convenzione l'Ente Gestore mette a disposizione:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- i locali di cui alle allegate planimetrie;
 - le attrezzature tecniche risultanti dall'elenco allegato;
 - il personale addetto di cui all'allegato prospetto nominativo distinto per tipologia di rapporto di lavoro, per suolo e per qualifiche professionali;
- f) che il convenzionamento è stipulato dall'U.S.L. di ubicazione della struttura, con efficacia per tutte le U.S.L. del territorio regionale che intendono usufruire dei servizi erogati dalla struttura stessa.

Nulla ostando al funzionamento della struttura oggetto della presente convenzione, le parti, come sopra costituite, convengono ulteriormente quanto segue:

ART. 1

(OGGETTO DELLA CONVENZIONE)

L'U.S.L. e l'Ente Gestore si convenzionano per l'esercizio dell'attività di assistenza e cura di anziani con stati morbosi non curabili a domicilio, ovvero non autosufficienti, con differenziati bisogni di assistenza sanitaria certificati dall'U.S.L., secondo la modalità descritte nei successivi articoli.

ART. 2

(PROCEDURE DI AMMISSIONE)

Fermo restando che, ai sensi della normativa vigente, le procedure di ammissione nelle strutture competono al Servizio Sociale di Base, le proposte di ammissione per i soggetti non autosufficienti devono essere preventivamente vagliate dall'U.S.L. che valuta il bisogno sanitario, redige una dettagliata relazione che evidenzia:

- la diagnosi clinica;
- le notizie anamnestiche e le indicazioni relative alle terapie precedentemente praticate;
- le motivazioni cliniche, assistenziali e riabilitative della proposta di ricovero nella struttura indicata;
- le linee di un progetto terapeutico a termine ed i risultati prevedibili;
- la durata presunta del ricovero.

La struttura provvede, entro 10 giorni dall'ammissione, a dare comunicazione dell'avvenuto ricovero all'U.S.L. dell'assistito, a quella di residenza dell'assistito, qualora non coincidente, nonché al Comune di residenza dell'ospite.

ART. 3

(PROGRAMMI DI INTERVENTO)

L'Ente Gestore, sulla base della relazione di cui all'art. 2 e d'intesa con l'U.S.L., predispone un programma di intervento personalizzato e specificante le prestazioni dirette, al recupero funzionale e sociale dell'assistito o al contrasto dei processi involutivi in atto.

L'Istituto, in conformità con la relazione clinica ed il progetto terapeutico di cui al precedente art. 2 ed in stretto raccordo con il medico di base, si impegna ad assicurare le prestazioni dirette alla tutela della salute del ricoverato. Il piano di lavoro per ciascun ricoverato dovrà prevedere anche il mantenimento delle relazioni familiari ed ambientali.

L'U.S.L. potrà disporre in qualsiasi momento, e comunque almeno trimestralmente, accertamenti e verifiche in merito alla attuazione da parte dell'Istituto delle prestazioni sanitarie erogate ai propri assistiti, evidenziando le eventuali variazioni necessarie della forma di trattamento, in conseguenza delle variazioni dello stato di salute dell'assistito.

ART. 4

(TRASFERIMENTI)

Qualora per esigenze di trattamento o per la natura del quadro clinico, il soggetto assistito debba essere temporaneamente trasferito, per cura o per soggiorno climatico, presso altra struttura, deve esserne data comunicazione preventiva all'U.S.L..

La comunicazione dovrà essere data entro 10 giorni dalla data del trasferimento.

ART. 5

(DIMISSIONI E DECESSI)

L'Ente Gestore deve notificare all' U.S.L. la dimissione dell'assistito, preventivamente concordata con l'U.S.L. medesima e con l'ambito sociale di riferimento, nel termine massimo di 10 giorni dalla cessazione del trattamento.

Il ricovero dell'assistito in un ospedale generale e il suo successivo riaccoglimento nella struttura dovranno essere segnalati all'U.S.L. e a quella di residenza dell'assistito medesimo, se non coincidente.

Parimenti entro 10 giorni dovrà essere comunicato il decesso alle U.S.L. di cui sopra.

ART. 6

(RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DALL'U.S.L. PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA')

L'U.S.L., con riferimento alle indicazioni contenute nell'atto deliberativo della Giunta Regionale n. 1966 dd. 27.04.90 ed alle successive note di indirizzo della Direzione Regionale della Sanità n. 10190/Pian. 13 dd. 21.06.90 e n. 2043/Fin 8.1. dd. 05.02.91, mette a disposizione dell'Ente Gestore:

- a) l'Assistenza medico-generica, nelle fattispecie indicate dall'Intesa regionale ai sensi dell'art. 26, comma II del D.P.R. 08.06.87 n. 289 per la disciplina dell'Istituto di cui al comma I, lettera b) del precitato art. 26;
- b) l'Assistenza farmaceutica, attraverso la prescrizione individuale a cura dei medici operanti nel Servizio Sanitario;
- c) l'Assistenza specialistica, ai sensi dell'art. 29 D.P.R. 08.06.87 n. 291, nei limiti delle disponibilità e delle opportunità assistenziali verificate dall'U.S.L. in accordo con la struttura;
- d) l'Assistenza riabilitativa, mediante n. fisioterapisti per n. ore settimanali;
- e) l'Assistenza infermieristica, mediante n. infermieri per n. ore settimanali;

- f) (in comodato) i presidi sanitari necessari, eventualmente non disponibili presso la struttura, quali ad esempio: letti speciali, brandine, cinture, materassi ad aria, carrozzelle, ecc.;
- g) è altresì di competenza dell'U.S.L. la spesa relativa all'onere derivante dall'acquisto dei pannoloni e altri sussidi previsti dalla normativa vigente.

ART. 7

(RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DALL'ENTE
PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA')

Per l'esercizio delle attività oggetto della presente convenzione, l'Ente Gestore metta a disposizione il seguente personale specificato per qualifiche:

n. _____ addetto a _____
n. _____ addetto a _____
n. _____ addetto a _____

Altresì l'Ente Gestore dichiara che sono operanti all'interno della struttura le seguenti figure professionali sanitarie (*):

n. _____ medici (di medicina generale) per n. ore _____ al giorno e
per n. ore _____ settimanali
n. _____ infermieri per n. ore _____ al giorno e
per n. ore _____ settimanali
n. _____ fisioterapisti per n. ore _____ al giorno e
per n. ore _____ settimanali

A questo riguardo l'U.S.L. e l'Ente Gestore convengono che detto personale verrà impiegato secondo una costante verifica dei reali fabbisogni assistenziali e con modalità tali da garantire, comunque, la copertura dell'intero arco giornaliero e settimanale, mediante turni di lavoro che assicurino la continuità di erogazione delle prestazioni necessarie.

L'U.S.L. provvede al coordinamento delle attività sanitarie all'interno della struttura attraverso un medico appartenente all'U.V.G.T. (Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale).

(*) specificare la tipologia del rapporto di lavoro (dipendente, convenzionato, ...)

ART. 8

(FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE)

I programmi di formazione ed aggiornamento del personale sanitario vengono predisposti ed organizzati dall'U.S.L..

L'Ente Gestore ha facoltà a far partecipare il proprio personale all'attività formativa suddetta conseguente.

ART. 9

(DETERMINAZIONE CONTRIBUTI)

Le spese per l'assistenza infermieristica e riabilitativa fornita dall'Ente Gestore sono a carico dell'U.S.L. che stipula la convenzione nei limiti degli standard tendenziali indicati nelle direttive regionali citate al precedente art. 6.

Il pagamento per il rimborso delle suddette spese verrà effettuato mediante acconti trimestrali erogati dalla U.S.L., nella misura del 90% del costo preventivo per il periodo in oggetto.

La liquidazione del saldo avverrà entro 60 giorni dalla ricezione dei rendiconti annuali, contabilizzati sulle effettive prestazioni.

L'Ente Gestore si impegna a non computare nella determinazione della retta giornaliera gli oneri rimborsati dall'U.S.L..

ART. 10

(INADempiENZE)

Eventuali inadempienze alla presente convenzione devono essere contestate per iscritto al legale rappresentante della struttura, dall'U.S.L. in cui la stessa è ubicata e con fissazione del termine perché le stesse siano rimosse pena la sospensione della convenzione; trascorso inutilmente il termine concesso, l'U.S.L. ha la facoltà di avviare la procedura di revoca della convenzione, specie, in presenza di:

- a) cambiamenti di gestione della struttura o significative variazioni degli elementi di cui alle premesse della presente convenzione;
- b) carenze ed irregolarità nella conduzione che pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi attribuiti alla struttura dalla pianificazione regionale.

ART. 11

(CONTROVERSIE)

Il giudizio su eventuali controversie in merito all'applicazione della presente convenzione è affidato ad un collegio arbitrale composto dal Presidente del Tribunale Amministrativo Regionale o da un Magistrato da lui designato, con funzioni di presidente, da un rappresentante dell'U.S.L. dove ha residenza l'Ente Gestore e da un rappresentante dell'Ente Gestore medesimo.

Il giudizio è soggetto soltanto all'impugnativa per nullità o per revoca.

ART. 12

(DURATA, POSSIBILITA' DI MODIFICHE ANNUALI
E VALIDITA' DELLA CONVENZIONE)

La presente convenzione ha durata per un anno solare ed in prima applicazione entra in vigore il

Alla scadenza di ogni anno, essa si intende rinnovata per l'anno successivo, fermo restando la possibilità per ciascuna delle due parti di proporre modifiche con un preavviso di almeno due mesi rispetto alla scadenza.

Nell'arco del periodo di validità delle convenzioni possono essere introdotte variazioni concordate tra le parti contraenti.

ART. 13

(CONTROLLO DI-ESORTIONE)

Ai fini di consentire all'U.S.L. il controllo delle prestazioni erogate in regime convenzionale e la verifica

delle attività effettivamente condotte e rendicontate, l'Ente Gestore si impegna a tenere un registro nominativo delle presenze e a fornire all'U.S.L. e alla Regione Friuli-Venezia Giulia i dati di spesa sanitaria per le singole voci di costo attestando che detti oneri non gravano sulla rata.

ART. 14

(REGISTRAZIONE)

La presente convenzione sarà registrata a cura della U.S.L. secondo le procedure previste dalla Legge.

Le spese di bollo e di registrazione sono ripartite paritativamente tra le parti.

Luogo e data della stipula
.....

L'Amministratore Straordinario

Il legale rappresentante
dell'Ente Gestore

Allegato D

- 147 -

N. 82

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA

2/12/1992 - 797

DECRETA

Art. 1

La Società Automoto Trevisan G. di Trevisan Gianfranco & Rosanna S.n.c. con sede in Ronchi dei Legionari, via Redipuglia, 18-20 è autorizzata per un periodo di anni cinque dalla data del presente provvedimento ad effettuare lo stoccaggio provvisorio di rifiuti tossici e nocivi costituiti da accumulatori al piombo presso la sede dell'attività svolta nel Comune di Ronchi dei Legionari in via Redipuglia, 18-20 per una capacità massima di 0,6 tonnellate.

Art. 2 - 6

(omissis)

Trieste, 17 dicembre 1991

ANGELI

DECRETO DELL'ASSESSORE ALL'AMBIENTE
17 dicembre 1991, n. Amb. 2711/GO/ESR/289. (Estratto).

Autorizzazione alla Società Novauto Carrozzeria di Bogar & C. S.n.c. ad effettuare uno stoccaggio provvisorio di rifiuti tossici e nocivi in Comune di Turriaco.

L'ASSESSORE ALL'AMBIENTE

VISTO il D.P.R. 10 settembre 1982, n. 915;

(omissis)

VISTA la legge regionale 7 settembre 1987, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni;

(omissis)

DECRETA

Art. 1

La Società Novauto Carrozzeria di Bogar & C. S.n.c. con sede in Turriaco, via XXV Aprile, 11 è autorizzata per un periodo di anni cinque dalla data del presente provvedimento ad effettuare lo stoccaggio provvisorio di rifiuti tossici e nocivi costituiti da carta sporca di vernice e polvere di stucco presso la sede dell'attività svolta nel Comune di Turriaco in via XXV Aprile, 11 per una capacità massima di 0,01 tonnellate.

Art. 2 - 6

(omissis)

Trieste, 17 dicembre 1991

ANGELI

1992

LEGGE REGIONALE 30 novembre 1992, n. 35.

Istituzione del servizio di telesoccorso-telecontrollo.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

1. Al fine di mantenere ed assistere le persone anziane a rischio di istituzionalizzazione nel proprio domicilio, in armonia con i principi e gli obiettivi della programmazione sanitaria in materia socio-assistenziale e sanitaria, l'Amministrazione regionale è autorizzata ad avviare in via sperimentale l'attuazione, per un periodo non superiore ad un anno, di un servizio di telesoccorso-telecontrollo.

2. Il servizio, oltre a soddisfare le richieste di soccorso, realizza un ricorrente contatto telefonico con l'utente; è integrato con i servizi dell'emergenza sanitaria, opera in raccordo con i servizi sociali di base di cui all'articolo 19 della legge regionale 19 maggio 1988, n. 33 e può avvalersi dell'apporto di volontariato individuale od organizzato.

3. Con successiva legge regionale si provvede, sulla base delle risultanze della sperimentazione, a disciplinare in via definitiva l'istituzione del servizio di cui al comma 1 ed al suo raccordo con il Piano sanitario regionale e con il Piano socio-assistenziale della Regione.

Art. 2

1. La sperimentazione è attivata nei Comuni che ne hanno fatto richiesta ai sensi dell'articolo 14 bis della legge regionale 3 giugno 1981, n. 35, come introdotto dall'articolo 134, comma 2, della legge regionale 5 febbraio 1992, n. 4.

2. A ciascuno di tali Comuni è assegnato, con deliberazione della Giunta regionale, un numero di utenze determinato in proporzione alla rispettiva popolazione anziana, nonché a parametri demografici e di estensione territoriale degli stessi; gli effettivi destinatari del soccorso sono successivamente individuati dai Comuni in base a priorità determinate con direttive della Giunta regionale e riferite a criteri di rischio di istituzionalizzazione e di reddito.

Art. 3

1. Per le finalità di cui all'articolo 1, l'Amministrazione regionale è autorizzata a stipulare una convenzione con un'impresa che presenti i seguenti requisiti: pluriennale esperienza nel settore, professionalità ed efficienza garantite da personale stabile e qualificato, utilizzo di aggiornata tecnologia, collegamento ad una centrale operativa attiva ventiquattro ore su ventiquattro ore per trecentosessantacinque giorni all'anno.

2. All'individuazione del contraente si provvede nelle forme della trattativa privata.

3. La convenzione può prevedere la corresponsione di una anticipazione in misura non superiore all'ottanta per cento del costo del servizio.

Art. 4

1. Entro sessanta giorni dalla conclusione della sperimentazione prevista dalla presente legge, la Giunta regionale presenta una relazione alla competente Commissione consiliare sugli esiti della sperimentazione medesima.

Art. 5

1. È abrogato l'articolo 14 bis della legge regionale 3 giugno 1981, n. 35, come introdotto dall'articolo 134, comma 2, della legge regionale 5 febbraio 1992, n. 4.

Art. 6

1. Per le finalità previste dall'articolo 1 è autorizzata la spesa di lire 400 milioni per l'anno 1992.

2. A tal fine, nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 1992-1994 e del bilancio per l'anno 1992 - alla Rubrica n. 18 - programma 2.2.1. - spese correnti - Categoria 1.4. - Sezione VIII - è istituito il capitolo 4770 (2.1.148.2.08.07) con la denominazione «Spese per la realizzazione in via sperimentale del servizio di telesoccorso-telecontrollo» e con lo stanziamento, in termini sia di competenza che di cassa, di lire 400 milioni per l'anno 1992.

3. Al predetto onere di lire 400 milioni per l'anno 1992, in termini sia di competenza che di cassa, si provvede mediante storno, di pari importo, dal capitolo 8840 dello stato di previsione precitato.

Art. 7

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel lettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo chiunque spetti di osservarla e di farla osservare e legge della Regione.

Data a Trieste, addì 30 novembre 1992

TUREL

NOTE

Avvertenza

Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85 della legge regionale 7 settembre 1992, n. 30, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni legislative modificate od alle quali è operato il rinvio.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi trascritti.

Nota all'articolo 1

— Il testo dell'articolo 19 della legge regionale 19 maggio n. 33, è il seguente:

Art. 19

Servizio sociale di base

1. Il servizio sociale di base inteso quale servizio di primo livello, diffuso sull'intero territorio regionale, ha compiti di informazione e di prevenzione, di rilevazione dei bisogni dell'utenza prima risposta, ove possibile, agli stessi. Le relative funzioni si colano in: osservazione dei bisogni, raccolta di dati, segretariato sociale, analisi della domanda, presa in carico del caso, sostegno famiglia, verifica dell'efficacia degli interventi.

2. L'organizzazione del servizio è riferita di norma ad un no di utenza di 15.000 - 30.000 abitanti, coincidente con l'area di uno o più distretti sanitari della stessa Unità sanitaria locale con l'articolazione territoriale di cui all'apposito progetto obvio: il lavoro è impostato sulla multiprofessionalità degli operatori riuniti in équipe.

3. La gestione del servizio compete ai Comuni ovvero alle municipalità montane o alle Unità sanitarie locali, se a ciò delegate Comuni che ne fanno parte, e può avvalersi dell'apporto, tra convenzione, di idonei soggetti privati.

4. Nei casi in cui l'articolazione territoriale del servizio incide più Comuni la sua organizzazione è attuata sulla base di una convenzione obbligatoria tra i medesimi, secondo uno schema-tipo disposto dall'Amministrazione regionale ed allegato al provvedimento relativo al servizio medesimo.

5. La convenzione di cui al comma 4 determinerà il coordinamento fra i vari elementi ed apporti necessari all'organizzazione al funzionamento del servizio; il referente organizzativo dello stesso è individuato nel Comune sede di distretto sanitario ovvero, a potesi di un bacino di utenza riferito a più distretti sanitari, Comune sede del distretto più popoloso.

6. Al fine dell'integrazione delle attività assistenziali di base Province stipulano con gli enti indicati al comma 3 del presente articolo apposite convenzioni nelle quali dovrà prevedersi l'affidamento agli stessi delle funzioni gestionali, di competenza provinciale relative ai minori, alle gestanti, alle madri e all'assistenza ai ciechi sordomuti con contestuale messa a disposizione del personale, beni e delle risorse finanziarie occorrenti; allo stesso fine dell'attuazione uno specifico protocollo d'intesa degli enti locali con

tenti con l'Unità sanitaria locale definirà il raccordo del servizio sociale di base con l'équipe di distretto sanitario e l'utilizzo, da parte del servizio sociale, degli operatori assistenziali di distretto del ruolo sanitario.

Nota all'articolo 2

— Il testo dell'articolo 14 bis della legge regionale 3 giugno 1981, n. 35, come introdotto dall'articolo 134, comma 2, della legge regionale 5 febbraio 1992, n. 4, è il seguente:

*Art. 14 bis

Servizio di telesoccorso

Il servizio di telesoccorso, avente natura socio-assistenziale e sanitaria, è organizzato e gestito, anche in collaborazione con l'Unità sanitaria locale competente per territorio, anche in regime di convenzione.

Nell'ambito di tale servizio è ricompresa la fornitura degli apparecchi ad esso relativi o il rimborso dei costi sostenuti per l'acquisto dei medesimi.

* L'articolo sopra riprodotto risulta abrogato con l'articolo 5 della presente legge.

Nota all'articolo 5

— Vedi nota all'articolo 2.

LAVORI PREPARATORI

Progetto di legge: n. 410

- d'iniziativa della Giunta regionale, presentato al Consiglio in data 5 agosto 1992;
- assegnato alla VI Commissione permanente in data 11 agosto 1992;
- approvato dalla VI Commissione in data 13 ottobre 1992 con relazione della consigliera Lamberti Mattioli;
- effettuata una visita conoscitiva in data 9 ottobre 1992 alla centrale operativa Società televita di Trieste;
- approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 27 ottobre 1992;
- comunicata la non opposizione del Governo all'ulteriore corso, con telegramma del Commissario del Governo di data 24 novembre 1992, n. 19/2-417/92 Gab.

NOTA

La sottoriportata legge è stata comunicata dalla Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia al Ministero degli Affari Esteri per l'ulteriore notifica agli organi della Commissione delle Comunità Europee, ai sensi e per gli effetti dell'art. 93, punto 3 del Trattato di Roma. Si fa riserva di dare notizia dell'esito del relativo esame.

LEGGE REGIONALE 30 novembre 1992, n. 36.

Nuovi interventi regionali per il miglioramento dell'efficienza delle strutture cooperative e consortili lattiero-casearie. Abrogazione parziale dell'articolo 8 della legge regionale 20 luglio 1967, n. 16.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Art. 1

1. In coerenza con gli obiettivi recati dal Regolamento (CEE) n. 866/90 del Consiglio, del 29 marzo 1990 ed in particolare dal piano settoriale relativo al miglioramento delle condizioni di trasformazione e commercializzazione del latte, e dal Regolamento (CEE) n. 2328/91 del Consiglio, del 15 luglio 1991. L'Ente regionale per lo sviluppo dell'agricoltura (ER-SA), nell'ambito delle proprie finalità istituzionali di cui all'articolo 2 della legge regionale 18 luglio 1967, n. 15, è autorizzato a concedere contributi in conto capitale a sostegno di progetti d'investimento presentati dai seguenti soggetti operanti nel settore lattiero-caseario:

a) caseifici cooperativi e loro consorzi, con sede nei territori dei Comuni compresi nell'elenco di cui alla direttiva 75/273/CEE del Consiglio del 27 aprile 1975, o che, pur avendo sede nel rimanente territorio regionale, registrino annualmente conferimenti da soci ubicati nei territori dei Comuni di cui alla predetta direttiva, in misura non inferiore al 25% della quantità totale di latte conferita;

b) consorzi di valorizzazione, promozione e commercializzazione di prodotti lattiero-caseari tipici a denominazione d'origine.

2. Ai fini della presente legge, nel settore lattiero-caseario rientrano tutte le attività che sono connesse con la produzione, la trasformazione e la commercializzazione del latte di vacca, di bufala, di pecora e di capra.

Art. 2

1. Le iniziative progettuali ammissibili agli aiuti di cui all'articolo 1, finalizzate al miglioramento della competitività in funzione delle esigenze del mercato, sono le seguenti:

2. A tal fine è istituito l'Ufficio del tutore pubblico dei minori per l'esercizio delle funzioni previste all'articolo 21.

Art. 20

1. Le funzioni di tutore dei minori sono esercitate dal Difensore civico.

2. A collaborare con il Difensore civico in materia di pubblica tutela dei minori può essere chiamato in regime di convenzione una persona in possesso di laurea e specializzazione nelle discipline di tutela dei diritti umani.

3. La Giunta regionale assicura all'Ufficio del tutore dei minori la sede e gli strumenti operativi, oltre alla dotazione organica dell'Ufficio.

Art. 21

1. Spetta al tutore dei minori:

a) individuare e preparare persone disponibili a svolgere attività di tutela e curatela, assicurando la consulenza e il sostegno ai tutori o ai curatori nominati;

b) promuovere, in collaborazione con gli Enti locali e con le associazioni di volontariato, iniziative per la tutela dei diritti dei minori;

c) promuovere, in collaborazione con gli Enti interessati e tramite collegamenti con la pubblica opinione e con i mezzi di informazione, iniziative per la diffusione di una cultura dell'infanzia e dell'adolescenza che rispetti i diritti dei minori;

d) esprimere pareri sui progetti di legge e sui provvedimenti amministrativi della Regione concernenti i minori;

e) segnalare al Servizio sociale di base ed al Tribunale dei minori situazioni che richiedano interventi immediati di ordine assistenziale o giudiziale;

f) segnalare alle competenti Amministrazioni pubbliche fattori di rischio o di danno derivanti ai minori da situazioni ambientali carenti o inadeguate dal punto di vista igienico-sanitario, abitativo ed urbanistico.

Art. 22

1. Il tutore dei minori:

a) riferisce semestralmente alla Giunta regionale sull'andamento dell'attività, enunciando proprie proposte circa le innovazioni normative o amministrative da adottare;

b) presenta al Consiglio regionale, entro il 31 dicembre di ogni anno, una dettagliata relazione sull'attività svolta e può essere sentito dalla competente Commissione consultiva.

TITOLO VI

NORME PER FAVORIRE LA PERMANENZA NELLE FAMIGLIE DI PERSONE SVANTAGGIATE

Art. 23

1. Il terzo comma dell'articolo 17 della legge regionale 3 giugno 1981, n. 35 e successive modificazioni e integrazioni è sostituito dai seguenti commi:

«A favore delle famiglie con reddito non superiore a lire 40.000.000 che - in alternativa al ricovero in strutture di accogliimento residenziale - assistono anziani non autosufficienti, disabili non autosufficienti ovvero persone a rischio di emarginazione o di disadattamento sociale, purchè conviventi, il Comune di residenza può disporre un contributo di importo non superiore al sessanta per cento del costo medio per il trattamento di tipo assistenziale-alberghiero di un ospite di struttura residenziale protetta di tipologia corrispondente alle esigenze del soggetto assistibile.

La sussistenza dei presupposti per l'intervento previsto e la vigilanza sulle modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali di cui al comma precedente sono accertate dal Servizio sociale di base territorialmente competente; l'intervento non è comunque sostitutivo dell'assistenza domiciliare.»

TITOLO VII

NORME A SOSTEGNO DEL LAVORO DOMESTICO

Art. 24

1. In attesa dell'approvazione della legge nazionale a tutela del lavoro domestico, l'Amministrazione regionale è autorizzata, nei limiti delle disponibilità di bilancio, ad assicurare contro i rischi infortunistici domestici, le persone che svolgano esclusivamente lavoro domestico e che ne facciano domanda.

2. L'assicurazione di cui al comma 1 è riservata ai soggetti:

a) che non siano titolari di redditi propri superiori a dodici milioni annui;

b) che non appartengano ad un nucleo familiare il cui reddito complessivo sia superiore a trenta milioni annui;

c) che non siano iscritti ad altro titolo all'Istituto nazionale per gli infortuni sul lavoro;

d) che assumano a proprio carico una quota degli oneri assicurativi pari ad un terzo.

3. Per le finalità di cui al comma 1 si provvede all'espletamento di una licitazione privata fra istituti e compagnie assicurative.

4. All'individuazione dei beneficiari dell'assicurazione si provvede sulla base di criteri determinati ai

Regione Lazio

REGIONE LAZIO - 151 -

25 Ott. 1993

Roma,

ASSESSORATO

Enti Locali - Servizi Sociali
Aggregazioni Sovracomunali
Immigrazione Emigrazione

Settore Servizi Sociali
Ufficio III Anziani

Presidenza del Consiglio
dei Ministri - Dipartimento
Affari Sociali

Prot. N. 7432 Fasc.

Piazza Poli, 42

Risposta al Foglio N.

00187 ROMA

del 08/10/1992

Allegati

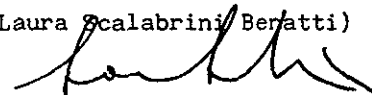
Presidenza del Consiglio dei
Ministri - Dipartimento
Affari Regionali

Oggetto: relazione del Governo al Parlamento
sullo stato dell'assistenza agli
anziani (ottobre 1992 - settembre 1993)

Piazza della Minerva, 38
00186 ROMA

In riferimento al telegramma dell'8/10/1993, relativo all'oggetto,
si invia relazione illustrativa sullo stato dell'assistenza agli anziani
nella Regione Lazio.

L'Assessore
(Laura Scalabrini Beratti)



DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI

- 4 NOV. 1993
Protocollo N. 16091/A/A/290
ARRIVO

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RELAZIONE SUGLI INTERVENTI NEL CAMPO DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI
(ottobre 1992 - settembre 1993)

Nel periodo in riferimento le iniziative e gli interventi adottati nel Settore dell'assistenza agli anziani ha perseguito gli obiettivi contenuti nella legislazione nazionale e regionale operante in materia, obiettivi sostanzialmente riconducibili a:

- superamento delle condizioni di emarginazione e di isolamento dell'anziano attraverso la promozione di attività volte all'inserimento sociale ed al sostegno socio-psicologico.
- permanenza della persona anziana nel proprio ambito sociale e nel proprio nucleo familiare.
- azioni volte a limitare il ricorso alla istituzionalizzazione.

La divisione delle deleghe per l'assistenza sociale e sanitaria e la mancanza della legge regionale di riordino dei servizi sociali non ha favorito un'azione organica e sistematica di una politica socio-sanitaria; la materia dei servizi sociali continua ad essere regolata, al presente, da leggi settoriali. Un progetto di legge per il riordino dei servizi sociali è attualmente in via di definizione.

In tale situazione vi è stata una reale difficoltà di gestire in modo corretto l'aspetto sanitario e quello sociale; tuttavia con la L.R. 80/1988: "Norme per l'assistenza domiciliare" è stata promossa la realizzazione di un sistema integrato di interventi domiciliari a carattere sanitario per la tutela degli anziani e dei pazienti con malattie croniche, al fine di consentire alle persone non autosufficienti di rimanere il più possibile nel proprio ambiente di vita e di contrastare il ricorso improprio alla ospedalizzazione. Detta legge prevede altresì che le prestazioni sanitarie domiciliari siano erogate dalla U.S.L. in forma integrata con i servizi dei Comuni. Le prestazioni sanitarie sono assicurate dal medico di medicina generale, da medici specialisti ambulatoriali, da infermieri professionali e da terapisti della riabilitazione.

Alla luce di questi principi sono stati attivati presso ciascuna U.S.L. centri di assistenza domiciliare (C.A.D.); numerose U.S.L. hanno anche definito con i Comuni competenti per territorio protocolli di intesa organizzativi al fine dell'integrazione tra assistenza domiciliare sanitaria e socio-assistenziale.

Anche nel periodo in riferimento, attraverso i piani di riparto di fondi ai Comuni per le funzioni di assistenza sociale si è data priorità al finanziamento di progetti di assistenza domiciliare integrata (n. 43).

I contenuti della citata legge anticipano di fatto quelli del Progetto Anziani, anche se permangono le difficoltà già rappresentate in merito al raccordo fra sanitario e sociale, anche per le scarse disponibilità di fondi assegnati per gli interventi sociali.

Altre recenti iniziative della Regione si pongono, invece, come modalità attuative del predetto Progetto; si fa riferimento alla L.R. n. 41 del 1° settembre 1993, relativa alla "Organizzazione, funzionamento e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali". Anche nelle R.S.A. si pone il problema dell'integrazione tra sociale e sanitario, in quanto le prestazioni di natura socio-assistenziale sono a carico dell'utente o del Comune di residenza per gli aventi diritto. Allo scopo di conoscere la realtà attualmente presente nella Regione sono state date disposizioni alle USL ed ai Comuni competenti per territorio di rilevare il numero degli anziani non autosufficienti attualmente ospiti di strutture socio-assistenziali (Case di riposo ecc.), che dovranno più propriamente essere inseriti nella RSA.

Per quanto riguarda, invece, le iniziative avviate a livello regionale in occasione dell'Anno Europeo dell'anziano, già nell'anno decorso, con circolare n. 2336 del 9/6/1992 avente ad oggetto: "La condizione dell'anziano: riflessioni e suggerimenti", l'Assessorato agli Enti Locali aveva, tra l'altro, partecipato ai Comuni l'intenzione della CEE di attivare un primo programma di misure in favore delle persone anziane in

vista dell'Anno Europeo dell'anziano e della solidarietà tra le generazioni, anticipando notizie circa gli scopi che la manifestazione intendeva perseguire.

A completamento di questa iniziativa, nel corrente anno, con circolare n. 2648 del 23/4/1993, l'Assessorato ha nuovamente sensibilizzato i citati Enti all'adozione di tutte le possibili azioni - incontri, conferenze, progetti di ricerca ed operativi ecc. - volte a celebrare il contributo reso dagli anziani alle comunità locali ed a prevedere soluzioni a problemi ancora da affrontare.

In sede di predisposizione degli annuali piani di riparto di fondi ai Comuni per l'esercizio di funzioni di servizio sociale, compatibilmente con le esigenze di bilancio, la Regione è intervenuta a sostegno delle iniziative considerate più valide.

Sempre nel corrente anno, precisamente in data 2 - 3 giugno 1993, si è svolto a Roma un convegno celebrativo dell'anno europeo dell'anziano dal titolo "Anziani verso il 2000" promosso da Regione, Provincia e Comune di Roma, che ha avuto lo scopo di fornire e stimolare la discussione direttamente con gli utenti sul tema dell'invecchiamento della popolazione, dei servizi offerti agli anziani - con particolare riferimento ai centri anziani operanti sul territorio - e sulle possibili strategie da realizzare per la soluzione di problemi ancora irrisolti.

Il convegno, che ha avuto una vasta eco, anche al livello di mass-media, ha visto la partecipazione attiva e numerosa di anziani provenienti da tutto il Lazio, che hanno potuto rappresentare direttamente le loro esigenze, bisogni ed aspettative ai rappresentanti degli Enti Locali, i quali, in questo modo, sono stati messi in grado di programmare gli interventi di servizio sociale volti a soddisfare i bisogni medesimi.

In occasione del convegno sono stati forniti dati aggiornati sui centri sociali per anziani operanti nel territorio della Regione:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Roma città	n. 78
Provincia di Roma	n. 140
Provincia di Frosinone	n. 22
Provincia di Latina	n. 43
Provincia di Rieti	n. 42
Provincia di Viterbo	n. 45

Allo scopo di favorire l'inserimento delle persone anziane nella vita socio culturale delle comunità in cui risiedono, la Regione Lazio ha recentemente emanato la legge 20 settembre 1993, n. 53 "Università della terza età", che prevede l'erogazione di contributi in favore di Università della terza età iscritte all'albo regionale.

La legge si pone come obiettivi la promozione e il sostegno di studi, ricerche ed altre iniziative culturali per lo sviluppo della formazione permanente e ricorrente, la stimolazione allo studio della condizione anziana e alla sensibilizzazione socio-culturale del territorio per una sempre maggiore integrazione sociale degli anziani ed il dialogo intergenerazionale, la promozione di ricerche sulla condizione anziana.

Infine, in conformità ai principi stabiliti dalla legge 266/91, la Regione Lazio ha emanato la legge regionale 28 giugno 1993, n.29 "Disciplina dell'attività di volontariato nella Regione Lazio" con la quale riconosce e valorizza le attività svolte da organizzazioni di volontariato tendenti a promuovere e realizzare forme di solidarietà sociale ed impegno civile per il superamento dell'emarginazione attraverso la prevenzione e la rimozione di situazioni di bisogno e per il miglioramento della qualità della vita.

Regione Liguria

REGIONE LIGURIASERVIZIO ASSISTENZA
SOCIO SANITARIA

16100 GENOVA

2/11/93

Prot. N. 122174/2650/AS1 3
Allegati

Risposta alla nota del

AL DIPARTIMENTO
AFFARI REGIONALIAL DIPARTIMENTO
AFFARI SOCIALI

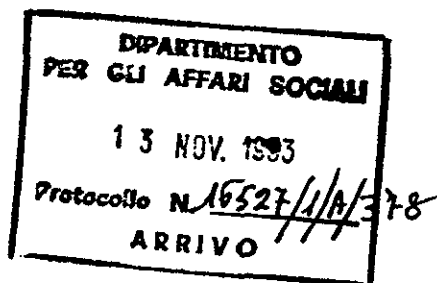
SEDE

OGGETTO: Invio provvedimenti regionali in materia
di assistenza agli anziani.

Si inviano, come richiesto, i seguenti provvedimenti regionali, relativi all'assistenza agli anziani:

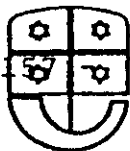
- Deliberazione Consiglio Regionale n. 127/92 "Progetto Obiettivo Anziani 1992/95: indicazioni ai Comuni e alle UU.SS.LL. per l'attuazione";
- Deliberazione della Giunta Regionale n.5841/92: "Progetto Obiettivo Anziani: ripartizione dei fondi a destinazione vincolata di parte corrente del Fondo Sanitario Nazionale 1991 (Delibera CIPE 31/1/92): Impegno della somma di L. 8.698.550.000:=";
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 3433/93: "Progetto Obiettivo Anziani 1992/95: liquidazione del finanziamento per l'Assistenza Domiciliare Integrata e la Spedalizzazione Domiciliare. Fondi a destinazione vincolata di parte corrente del Fondo Sanitario Nazionale 1991 (Delibera CIPE 31/1/92) L. 4.822.000.000: = .

Con l'occasione si inviano distinti saluti.



L'ASSESSORE ALLA SANITA'
E SERVIZI SOCIALI
(Prof. Egidio Banti)

13 NOV 1993



CONSIGLIO REGIONALE DELLA LIGURIA

ESTRATTO del Processo verbale dell'adunanza del 21 dicembre 1992.

Seduta pubblica Sessione III ordinaria Intervenuti Consiglieri N. 30
Presidente^{za} del Presidente Giovanni Persico e del Vice Presidente Lorenzo Spotorno
Segretari Domenico Barci e Romolo Benvenuto
Prot. N. 4759 o.d.g. n. 533

Deliberazione n. 127

OGGETTO: PROGETTO OBIETTIVO ANZIANI 92/95: INDICAZIONI ALLE UU.SS.LL. ED AI COMUNI PER L'APPLICAZIONE.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Preso atto della risoluzione parlamentare sulla Tutela della salute degli anziani approvata in data 30 gennaio 1992 e concernente "linee indicative sull'applicazione del Progetto Obiettivo anziani 92/95;

Vista la circolare inviata alle Regioni dal Ministero della Sanità in data 7 agosto 1992 in cui si sottolinea che:

- la risoluzione parlamentare sul progetto obiettivo anziani costituisce un punto di riferimento per la definizione di un modello organizzativo-assistenziale;
- il progetto obiettivo deve considerarsi un impegno operativo per tutte le Amministrazioni e fungere da "polo di aggregazione" per tutte le attività sociali e sanitarie;
- è necessario adottare metodologie di lettura e di valutazione "socio-sanitaria" del bisogno dell'anziano (integrando la dimensione sanitaria con quella socio-assistenziale);
- deve essere di conseguenza attivata una rete di servizi, per coordinare le diverse prestazioni e

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

renderle maggiormente efficaci limitando al massimo il disagio dell'anziano;

Preso atto altresì dell'attuale modello organizzativo di servizi sanitari derivante dal P.S.R. 89/91, nonché del modello dei servizi socio-assistenziali di cui alla legge regionale 21/88 (e successive modificazioni e integrazioni) e del Piano dei Servizi Sociali 92/94;

Rilevato che i provvedimenti di cui sopra dettano specifiche modalità di coordinamento e di integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali, ed in particolare prevedono, per gli anziani, in fase di prima attuazione l'integrazione di entrambi i comparti per l'assistenza domiciliare e per quella residenziale;

Tenuto altresì conto che pur nelle modificazioni in itinere della normativa sanitaria vanno garantite le attività previste e finanziate dal CIPE con fondi finalizzati 1992 e quindi lo stesso progetto obiettivo anziani pari a L. 9.364.000.000;

Sottolineato infine che la risoluzione parlamentare richiede di effettuare le attività del progetto obiettivo anziani secondo le metodologie ed i criteri scientifici della "sperimentazione" (ipotesi, realizzazione, verifica e valutazione delle attività);

Vista la proposta di deliberazione della Giunta regionale n. 159 del 13 novembre 1992, preventivamente esaminata dalla II Commissione consiliare, competente per materia, ai sensi degli articoli 28, dello Statuto e 23, primo comma del Regolamento interno nella seduta del 10 dicembre 1992;

Ritenuto di accogliere gli emendamenti proposti dalla suddetta Commissione;

D E L I B E R A

ai sensi dell'articolo 17 dello Statuto regionale, dell'articolo 10 della legge regionale 45/79 e dell'articolo 7 della legge regionale 21/88 e successive modifiche ed integrazioni di approvare i sottoindicati indirizzi nei confronti delle UU.SS.LL. e dei Comuni per l'attuazione del Progetto Obiettivo Anziani 92/95 (di seguito definito P.O.):

A. - la realizzazione del P.O. deve perseguire tre obiettivi:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- 1) organizzazione di una rete socio-sanitaria di Servizi per anziani attraverso un coordinamento operativo e metodologico delle attività sociali e sanitarie erogate dai Comuni, U.S.S.L.L., I.I.P.P.A.A.B.B. ed altre istituzioni ed enti appartenenti al privato convenzionato privato sociale e volontariato;
- 2) individuazione di strategie gestionali per l'integrazione sociale-sanitaria con particolare riferimento ad organismi, modalità e strumenti operativi;
- 3) misurazione dei risultati per la valutazione e/o la modifica delle procedure e modalità organizzative, con particolare riferimento a verifica efficienza-efficacia delle prestazioni rese ed al rapporto costi benefici.

1° OBIETTIVO

In particolare per l'obiettivo 1) la rete dei servizi è inizialmente costituita da:

- ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO SOCIALE ed altre prestazioni assistenziali di cui agli articoli 39, 40 e 41 della legge regionale 21/88;
- MONITORAGGIO DA PARTE DEL SAD dei casi a rischio di non autosufficienza per la popolazione anziana ultrasettantacinquenne (da eseguirsi tramite controlli specialistici geriatrici e assistenza infermieristica a domicilio)
- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (di seguito denominata A.D.I.), così definita per la co-presenza di prestazioni mediche infermieristiche riabilitative e, quando necessario, assistenziali, erogata a soggetti che temporaneamente sono parzialmente o totalmente non autosufficienti.
Si individuano come prioritari i dimessi dalle strutture ospedaliere o soggetti con episodi di riacutizzazione di patologie croniche che necessitano di prestazioni sanitarie e, quando necessario, socio-assistenziali a carattere temporaneo e programmabile, per controllare in positivo l'episodio della riacutizzazione.
Le prestazioni sanitarie ADI (infermieristiche e riabilitative) non possono essere superiori ad una media di 105 minuti giornalieri (escludendo i tempi necessari per raggiungere il domicilio dell'anziano) la durata nel tempo è di norma di tre mesi elevabili ad un massimo di 6 su documentata valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'A.D.I. viene erogata dai Servizi distrettuali delle UU.SS.LL. e dei Comuni in collaborazione con le strutture ospedaliere e con la rete informale del privato sociale e del volontariato.

Con i finanziamenti 1992/93 (5.772.000.000), si prevede al 31/12/1993 il consolidamento dell'A.D.I. nelle nove UU.SS.LL. già individuate nel 1990 (2, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 18, 19) e l'istituzione della stessa in ulteriori quattro UU.SS.LL. (5, 11, 16, 20) riservando un budget di L. 600.000.000, a favore delle altre UU.SS.LL. per ulteriori sperimentazioni sulla base di progetti dalle stesse presentati, o comunque da ripartire tra le UU.SS.LL. in relazione alle nuove determinazioni territoriali che si adotteranno sul piano regionale, ai sensi della normativa nazionale in itinere sulla riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La programmazione A.D.I. 1993 riconfermerà altresì l'assistenza domiciliare ad anziani malati terminali e dementi, confermando le sperimentazioni già avviate nel 1990/91.

- ASSISTENZA RESIDENZIALE di carattere sociale (comunità alloggio, residenza servita).
- RESIDENZE PROTETTE strutture socio-assistenziali che offrono anche prestazioni sanitarie ai sensi del D.P.C.M. 8/8/85 con costi sanitari a carico del Servizio Sanitario.
- RESIDENZE CON CARATTERISTICHE SANITARIO-RIABILITATIVE E SOCIALI (R.S.A.) per soggetti non autosufficienti ai sensi del D.P.C.M. 22/12/89.
Si prevede di attivare con i finanziamenti 1992 pari a L. 3.164.000.000, 3 R.S.A. di cui 2 a gestione pubblica o mista pubblico-privato ed 1 a gestione convenzionata localizzate nell'area del levante, nell'area genovese e nell'area del ponente.
Le realizzazioni di cui sopra verranno confrontate in termini di qualità delle prestazioni e sul piano dei costi.

Le strutture definite come R.S.A. debbono essere a norma del D.P.C.M. sopra citato e possedere parametri di personale e qualifiche professionali secondo la direttiva del Consiglio Regionale del 2/8/91 n. 86. Nelle residenze protette e nelle R.S.A. devono essere previste anche forme di residenzialità temporanea e di residenzialità diurna.

Nella riorganizzazione della residenzialità va inserita anche la definitiva trasformazione delle lungodegenze transitoriamente attive all'interno del SAD secondo quanto previsto dalle direttive alle UU.SS.LL. del Consiglio Regionale 86/91 e 57/92.

La Regione, anche con riferimento alla disciplina

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nazionale in materia, adotta provvedimenti normativi che introducano forme alternative all'assistenza residenziale, per gli anziani non autosufficienti, laddove all'assistenza provvede il nucleo familiare. Nelle pianificazioni territoriali di cui agli accordi di programma descritti nell'obiettivo 2, vanno inserite anche le II.PP.AA.BB. e le istituzioni private convenzionate come residenze protette (ex D.P.C.M. 8/8/85) o come R.S.A. (deliberazioni della Giunta Regionale n. 3064/91 e del Consiglio Regionale n. 86/91).

- ASSISTENZA OSPEDALIERA: nella riorganizzazione della rete ospedaliera e in ogni altro provvedimento concernente la materia ospedaliera, nell'area della medicina vengono individuati nei presidi ospedalieri unità operative autonome di geriatria opportunamente distribuite sul territorio. Negli altri presidi l'assistenza ospedaliera geriatrica sarà garantita individuando specifici posti letto all'interno dell'area della medicina. Anche in sede ospedaliera dovrà essere costituita, ai sensi del P.O. di cui alla circolare 7 agosto 1992 del Ministero della Sanità, l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.).

Nelle U.U.S.S.LL. dove è in oggi funzionante una divisione geriatrica e dove si attiva l'assistenza domiciliare integrata, dovranno essere effettuate sperimentazioni di spedalizzazione domiciliare.

- L'ACCESSO DELL'ANZIANO ALLA RETE DI SERVIZI avviene attraverso i servizi distrettuali sanitari e sociali. L'organismo che provvede a valutare i bisogni dell'anziano, come filtro orientativo alle risposte sanitarie-assistenziali congiunte secondo il modello previsto dal P.O. nazionale, è l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), descritta al successivo obiettivo 2).

2° OBIETTIVO

In merito all'obiettivo 2) le strategie gestionali proposte sono:

- a) l'attuazione del P.O. dovrà essere oggetto di specifici accordi di programma di cui all'articolo 27 della legge 142/90 tra Regione, Comuni e U.U.S.S.LL. (ed, eventuali altri Enti Pubblici che collaborano al P.O.). Per consentire un immediato prosieguo e avvio, nelle nuove localizzazioni, delle attività di A.D.I., gli Enti interessati, interlocutoriamente, procederanno alla stesura di protocolli di lavoro. Gli accordi di programma, per ciascun ambito territoriale dovranno precisare:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

a.1) il referente del P.O. anziani, dell'ambito, designato dal Collegio che esercita la vigilanza sull'esecuzione dell'accordo di cui al comma 6 dell'articolo 27 della legge 142/90 (il Collegio è formato dal Presidente della Giunta Regionale o dall'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali dallo stesso delegato, dal Sindaco/i o dall'Assessore ai Servizi Sociali dallo stesso delegato del Comune/i in cui si effettua l'A.D.I., dal Presidente della Conferenza di Ambito o da suo delegato, dall'Organo Responsabile dell'amministrazione sanitaria).

Il referente del P.O. ha la funzione di vigilare sull'esecuzione dell'accordo, di coordinare sul piano gestionale - amministrativo i rapporti tra le Amministrazioni locali, la Amministrazione sanitaria e la Conferenza di Ambito, nonché curare i rapporti con la Regione per eventuali problemi che impediscano l'integrazione tra i diversi comparti.

Il Referente deve possedere caratteristiche di esperienza gestionale - amministrativa nell'area delle attività socio-sanitarie.

L'incarico non è retribuito.

a.2) le sedi e le modalità con cui viene svolta l'A.D.I., con particolare riferimento alle prestazioni gestite direttamente dagli Enti, a quelle che saranno convenzionate, ivi compresa la individuazione dei centri o delle associazioni convenzionabili, tenuto conto della necessità che gli Enti convenzionati garantiscano la qualificazione professionale degli addetti all'assistenza infermieristica ed alla riabilitazione nonché degli addetti all'aiuto domestico familiare. Vanno in proposito privilegiati gli Enti e/o Associazioni di cui alla legge 381/91.

Nelle modalità attuative dovranno essere altresì indicati i nominativi del personale che compone l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.).

Il servizio ospedaliero della U.S.L. dovrà individuare un referente della direzione sanitaria con cui si rapporta l'U.V.G. per programmare le dimissioni degli anziani.

a.3) il piano finanziario, che ricomprensca l'utilizzo di tutti i finanziamenti regionali relati all'A.D.I. nonché i finanziamenti regionali assegnati ai sensi dell'articolo 63, lettera a) punto 1) della legge regionale

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

21/88 e successive modificazioni. Nell'accordo di programma vanno altresì indicati i finanziamenti per le attività nei confronti degli anziani effettuati con fondi comunali, consortili e delle Comunità Montane.

Il piano finanziario deve essere articolato in base a:

- costi del personale (ivi compresi i costi delle convenzioni per l'assistenza domiciliare sociale e per l'A.D.I.);

- costi per il funzionamento delle attività, comprendenti acquisizione di materiale, costi del trasporto (manutenzione degli automezzi, benzina, etc.), spese varie di documentata necessità.

a.4) la nomina di una Commissione Consultiva di gestione del P.O. in cui siano inseriti tre membri delle OO.SS., tre membri designati dalle Organizzazioni Sociali e di Volontariato maggiormente rappresentative della zona, una rappresentanza (non superiore a 5 membri) degli operatori sanitari e sociali designata dai rispettivi collegi ed associazioni professionali.

b) In ciascun ambito territoriale di cui alla legge regionale 20/12/1978 n. 60 dovrà essere istituito dalla U.S.L. di intesa con le Conferenze di Ambito un organismo di valutazione multidimensionale (sociale-sanitaria) dei bisogni dell'anziano definito UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) composta da:

- un nucleo operativo stabile formato da un medico geriatra con funzioni di referente del comparto sanitario e da un assistente sociale designato dalla conferenza di ambito con funzioni di referente della organizzazione sociale dell'ambito stesso;

- un nucleo operativo mobile (con operatori appartenenti alla zona in cui si effettua l'A.D.I.) formato da: infermiere, terapeuta della riabilitazione, operatori di assistenza domiciliare, assistente sociale che ha in carica il caso, medico di base e medico ospedaliero del reparto che dimette l'anziano.

L'U.V.G. si riunisce almeno una volta alla settimana per valutare gli interventi che richiedono

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

CONGIUNTAMENTE prestazioni sanitarie e socio-assistenziali ovvero per valutare:

- richiesta di A.D.I.;
 - richieste di assistenza residenziale o diurna in strutture protette;
 - richiesta di assistenza in R.S.A.;
- L'U.V.G. fornisce consulenza geriatrica per gli anziani ricoverati nelle strutture ospedaliere prive di specialisti in geriatria.
- c) per le procedure di ricovero nelle R.S.A. in applicazione delle indicazioni sui livelli assistenziali delle prestazioni sanitarie per il 1993, la Regione fornisce entro il 30 giugno 1993 specifiche indicazioni, tenuto conto che la R.S.A. è struttura del comparto sanitario riservata ai soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio e che richiedono quotidianamente trattamenti sanitari continuativi (D.P.C.M. 22/12/89). Per le R.S.A. sperimentali previste dal presente P.O. (e per quelle già individuate dal Consiglio Regionale con direttiva 86/91) sarà emanato dalla Giunta Regionale, sentita la competente Commissione Consiliare, un regolamento tipo che disciplini l'accesso degli utenti, le attività da svolgere, il costo a carico del S.S.N., tenuto conto che la proposta al CIPE formulata dal Ministero della Sanità in data 5/12/91, individua un onere annuo a carico del S.S.N. pari a L. 37.000.000= per ciascun posto di R.S.A., precisando che gli ospiti dotati di proprio reddito debbono concorrere al costo della residenza secondo le normative regionali.

3° OBIETTIVO

Per l'attuazione dell'obiettivo 3) ed ai fini di consentire la misurazione dei risultati ed il monitoraggio della sperimentazione stessa, è vincolante:

- a) l'adozione di una omogenea metodologia di valutazione su tutto il territorio regionale del grado di autosufficienza dell'anziano e quindi dei servizi più rispondenti ai bisogni registrati. In proposito si adotta la scheda AGED (Assessment of Geriatric Disabilities), già sperimentata e validata con il programma Geronte nelle sezioni 1 e 2 relative alla valutazione del bisogno sanitario di nursing infermieristico, tutelare e

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

riabilitativo ed ai tempi necessari per sopperire al bisogno stesso.

Per le sezioni 3, 4 della scheda, relative agli aspetti sociali e relazionali, alla rete delle risorse familiari ed ambientali, i Comuni pur utilizzando come indispensabile base dati per i confronti regionali la scheda AGED, potranno anche richiedere ai fini dei loro regolamenti di accesso alle prestazioni, ulteriori dati sulla situazione economico - familiare dell'anziano.

La Regione provvederà altresì a fornire il programma informatizzato di compilazione della scheda AGED per omogeneità, rapidità di raccolta e confronto dati sugli interventi effettuati dalle diverse zone.

- b) Supervisione e controllo sulla operatività dell'U.V.G., attraverso un'attività di formazione indirizzata agli operatori dell'U.V.G. stessa, con particolare riferimento alla integrazione delle figure sociali e sanitarie, all'esame delle procedure seguite e dei tempi impiegati per rispondere alle richieste, alla qualità delle risposte fornite.

La supervisione tecnico-formativa della efficacia - efficienza è effettuata da un Istituto specializzato nella ricerca sociale (I.R.S. - Milano) che ha già seguito le prime nove UU.SS.LL. che hanno sperimentato l'A.D.I. nel 1991/1992, fornendo alle UU.SS.LL. ed alla Regione indicazioni operative e metodologiche.

Il lavoro dell'I.R.S. sarà affiancato da una Commissione Tecnica formalizzata dalla Giunta Regionale e composta da 3 Geriatri (Direttore della Cattedra di Geriatria, un Geriatra Ospedaliero ed un Geriatra del SAD), 3 Tecnici rispettivamente appartenenti all'area infermieristica, della riabilitazione e dell'assistenza sociale, un medico di base designato dall'Ordine dei Medici.

In relazione alle determinazioni assunte in sede di supervisione delle attività, la Giunta Regionale ed il Servizio competente emaneranno per il 1993 ulteriori indicazioni in merito alle procedure di gestione dell'A.D.I. tramite deliberazioni e circolari.

- c) una valutazione sugli esiti delle attività effettuate, attraverso le risultanze finali degli interventi adottati, ovvero come gli stessi hanno influito sulla qualità della vita dell'anziano, nonché sulla fruizione o meno di altri servizi collaterali e/o alternativi (es. limitazione tempi di degenza ospedaliera, numero di richieste per ricovero in Istituto, etc.).

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Con apposita scheda si provvederà ad una verifica dei costi per costruire un costo pro-capite degli interventi domiciliari.

- d) analogamente alla valutazione dei costi dell'A.≡ D.I. si procederà tramite specifico progetto (analisi dei centri di costo); da concordarsi con sedi universitarie ed istituti specializzati in economia sanitaria, alla valutazione del costo medio per l'assistenza residenziale in R.S.A.. E' già in atto per i contenuti assistenziali da erogarsi in R.S.A. (nursing tutelare, nursing infermieristico, riabilitazione e attività occupazionali) una convenzione con il C.N.R. (progetto invecchiamento - qualità della vita nelle strutture residenziali), per la formazione di "moduli e protocolli operativi tipo", presso gli istituti Brignole, Doria, Coronata e Don Orione.

Tale attività, sarà allargata alle sperimentazioni di nuove R.S.A. previste al punto l).

E' in fase organizzativa con il CLIFOS, un programma di aggiornamento degli operatori d'assistenza delle residenze protette convenzionate ex DPCM 8.8.85.

- B. - Per gli aspetti della partecipazione alla gestione sociale (a livello regionale) del P.O. da parte delle OO.SS. e dei rappresentanti di forze sociali e organismi di volontariato a scopo propositivo e consultivo, si da mandato alla Giunta Regionale per nominare il Consiglio di gestione sociale del P.O., secondo i seguenti criteri:

- 3 Membri designati dalle OO.SS. confederali;
- 6 Membri designati dalle OO.SS. dei pensionati maggiormente rappresentati;
- 5 Membri designati dall'ANCI e scelti tra i Presidenti delle conferenze di ambito (o in alternativa tra gli Assessori comunali dei servizi sociali). Nelle designazioni si dovrà tenere conto anche di una rappresentanza dei territori montani;
- 2 Amministratori straordinari delle UU.SS.LL. liguri, designati dalla Giunta Regionale, nel rispetto delle aree geografiche del levante, area metropolitana e ponente.
- 3 Membri designati dalle Organizzazioni Sociali e di volontariato maggiormente rappresentative per la tutela dell'anziano e del malato.

il Consiglio, riunito di norma almeno una volta ogni tre mesi, è presieduto dall'Assessore alla Sanità e Servizi Sociali, coadiuvato per gli aspetti tecnico - amministrativi dai Dirigenti competenti per la materia sociale e socio - sanitaria e/o altre materie, qualora si presentino specifici problemi che esulano dalle materie indicate.

Il Consiglio in oggetto sostituisce nel periodo di vigenza del P.O. la Consulta degli anziani prevista nel Progetto Obiettivo di area anziani del Piano triennale dei Servizi Sociali 92/94.

- C. - La Giunta Regionale provvederà alla ripartizione dei finanziamenti previsti dal presente progetto ai sensi dell'articolo 35 della legge regionale 3 aprile 1989 n. 8, nonché alla ripartizione dei fondi di cui all'articolo 63 della legge regionale 6 giugno 1988 e successive modificazioni, tenendo conto degli obiettivi di cui alla lettera A..
- D. - La Giunta Regionale nell'applicazione della direttiva del Consiglio Regionale (n. 123/91), per autorizzare la copertura di posti, nelle piante organiche delle UU.SS.LL., dovrà tenere particolarmente conto, dell'attivazione e del funzionamento delle attività di spettanza sanitaria indicate alla lettera A..
In tal senso le UU.SS.LL. sono tenute, nell'effettuare il programma annuale di assunzioni, a considerare - tra le priorità - il funzionamento dell'U.V.G., dell'A.D.I. e delle R.S.A. secondo le indicazioni del presente P.O..
- E. - La Giunta Regionale provvederà a relazionare sulla realizzazione del P.O. al Consiglio Regionale, entro il 30 ottobre di ciascun anno. In fase di prima realizzazione fornirà una pre-relazione sull'avvio delle attività entro il 30 luglio 1993.

MM/tcb

- O M I S S I S -

Nessun altro Consigliere chiedendo la parola, il Presidente pone in votazione il regolamento di cui trattasi.

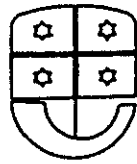
XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il Consiglio, mediante regolare votazione per appello nominale, ai sensi dell'articolo 96, secondo comma, del Regolamento interno, fatta con l'assistenza dei due Segretari, approva all'unanimità e il Presidente ne proclama il risultato.

IL VICE PRESIDENTE
(Prof. Lorenzo Spotorno)

I SEGRETARI
(Rag. Domenico Barci)
(Sig. Romolo Benvenuto)

MM/tcb



REGIONE LIGURIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA

REGIONALE N. 3433 AD OGGETTO:
(DEL REGISTRO)

PROGETTO OBIETTIVO ANZIANI 1992/1995: LIQUIDAZIONE DEL FINANZIAMENTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E LA SPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE. FONDI A DESTINAZIONE VINCOLATA DI PARTE CORRENTE DEL FONDO SANTARIO NAZIONALE 1991 (DELIBERA C.I.P.E. 31/1/1992). L. 4.822.000.000.

6 AGO. 1993

ASSUNTA NELLA SEDUTA DEL _____
IN CONFORMITA' DELLO SCHEMA N. 18605 (DEL PROT. GEN. ANNO 1993) AVENTE
IL TESTO NEL SEGUITO FORMULATO E PROPOSTO DAL SERVIZIO _____

SERVIZIO _____
SCOTO SANTARIA

CON L'ASSENSO DELL'AMMINISTRATORE COMPETENTE.

RELATORE ALLA GIUNTA IL SIG. PROF. EGIDIO BANTI

ALLA TRATTAZIONE SONO:

PRESENTI	ASSENTI	I COMPONENTI DELLA GIUNTA - SIGNORI:
		Giuseppe FERRERO EDMONDO FERRERO - Presidente
		Enrico MURATORE RENZO MURATORE - Vice Presidente
		Carlo BAUDONE - Assessore
		Renzo MURATORE EGIDIO BANTI - Assessore
		Eraldo CRESPI - Assessore
		Loriano ISOLABELLA - Assessore
		Giuseppe MERLO - Assessore
		Renzo MURATORE - Assessore
		Paolo ROSSO - Assessore
		Ernesto Bruno VALENZIANO - Assessore
9	=	

ASSISTE CON FUNZIONI DI SEGRETARIO IL SIG. G. Prassoli
DELL'UFFICIO SEGRETERIA DELLA GIUNTA.



CODICE COPPIA
FOTOSTATICA

SERVIZIO AFFARI GIUNTA
Ufficio responsabile la struttura
P. _____
Il Dirigente dell'Ufficio
Luigi Saverio Mongelli

SIGLE:

(Presidente)

(Segretario)

2	9 - 4 - 93	IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO Il Dirigente del Servizio (Dott. Alessandro Baroglio)
DATA	FIRMA	
SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA		
SERVIZIO		
Prot. 18605		

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la propria deliberazione n. 5341 del 18.12.1992 con la quale sono state finanziate, per alcune U.S.S.L.L. liguri (nr. 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 20), le attività di Assistenza Domiciliare Integrata agli anziani nonché attività di Spedalizzazione Domiciliare (U.S.S.L.L. nn. 9, 19) e che con la stessa sono state fornite anche indicazioni operative sul funzionamento delle sopra citate attività:

VISTA la documentazione prodotta dalle U.S.S.L.L., comprovante l'espletamento e/o l'avvio per le nuove U.S.S.L.L. delle attività di Assistenza Domiciliare Integrata e di Spedalizzazione Domiciliare, in atti presso il Servizio Assistenza Socio-Sanitaria:

SOTTOLINEATO che il presente atto, conforme alle vigenti disposizioni di legge, non è soggetto, ai sensi del D.L. 13/2/1993, n. 40, all'esame della Commissione di controllo sugli atti della Regione Liguria;

SU PROPOSTA dell'Assessore incaricato del Servizio Assistenza Socio-Sanitaria

D E L I B E R A

- di liquidare alle U.S.S.L.L. sotto elencate, per l'Assistenza Domiciliare Integrata e la Spedalizzazione Domiciliare, la somma di £. 4.822.000.000.=, fondi di parte corrente a destinazione vincolata del Fondo Sanitario Nazionale 1991, con imputazione al Capitolo 5262 del Bilancio 1993, residui 1992, impegni nn.: 8808, 8809, 8810, 8811, 8812, 8813, 8814, 8815, 8816, 8817, 8819, 8820, 8821, come segue:

Provincia di Imperia

U.S.L. n.2, Sanremese impegno n. 8808	£. 320.000.000
U.S.L. n.3, Imperiese impegno n.8809	£. 180.000.000
TOTALE	£. 500.000.000

Provincia di Savona

U.S.L. n.5, Finalese	£. 420.000.000
----------------------	----------------

2
4

CODICE COPIA
FOTOSTATICA

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
Provincia di Imperia
Dott. Alessandro Baroglio

SIGLE:

(Presidente) (Segretario)

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

g - 7193

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Il Dirigente del Servizio
(Dott. Alessandro Basso)

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

SERVIZIO

Prot. 78605

DATA FIRMA

impegno n. 8810	
U.S.L. n.6, Bormide	£. 240.000.000
impegno n. 8811	
U.S.L. n.7, Savonese	£. 305.000.000
impegno n. 8812	
TOTALE	£. 965.000.000

Provincia di Genova

U.S.L. n.9, Genova 1	£. 290.000.000
impegno n. 8813	
U.S.L. n.10, Ge-Valle Scrivia	£. 420.000.000
impegno n. 8814	
U.S.L. n.11, Genova 2	£. 576.000.000
impegno n. 8815	
U.S.L. n.12, Genova 3	£. 420.000.000
impegno n. 8816	
U.S.L. n.16, Genova Levante	£. 576.000.000
impegno n. 8817.	
U.S.L. n.18, Tigullio Or.le	£. 290.000.000
impegno n.8819	
TOTALE	£. 2.572.000.000

Provincia di La Spezia

U.S.L. n.19, Spezzino	£. 485.000.000
impegno n. 8820	
U.S.L. n.20, Val di Magr	£. 300.000.000
impegno n. 8821	
TOTALE	£. 785.000.000

TOTALE COMPLESSIVO £. 4.822.000.000

2. di dare atto che le somme di cui sopra, ai sensi dell'art.35 L.119/81, sono da assegnarsi alle seguenti Tesorerie Provinciali dello Stato per i riporti a fianco di ciascuna indicati:

EMPERIA (cinquecentomilioni)	£. 500.000.000
SAVONA (novecentosessantacinquemilioni)	£. 965.000.000
GENOVA (duemiliardicinquecentosettantaduemilioni)	£. 2.572.000.000
LA SPEZIA (settecentoottantacinquemilioni)	£. 785.000.000.

3. di dare incarico al Servizio Ragioneria di provvedere all'emissione del mandato di pagamento commutabile in quietanza del Tesoriere con imputazione al citato Capitolo

3/4

CODICE CODA
FOTOSTATICA

Il Dirigente dell'Ufficio
Dott. Saverio Monanni

SIGLE

(Presidente) (Segretario)

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

1

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA SERVIZIO Prot 78605	IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO Il Dirigente del Servizio (Dott. <i>Edmondo Ferraro</i>)
DATA	FIRMA

9-7-93

di spesa ed emettere contestualmente un ordinativo di introito di pari importo sul Capitolo 5045 del Bilancio 1993;

4. di dare atto che per le spese di assistenza domiciliare socio-assistenziale le U.U.S.S.I.L. provvederanno al trasferimento dei relativi finanziamenti ai Distretti Sociali e/o ai Comuni in relazione alle intese raggiunte e secondo la quota pro-capite, individuata nella citata deliberazione n. 5841.92;
5. di dichiarare che il presente provvedimento, conforme alle vigenti disposizioni di legge, non è soggetto, ai sensi del D.L. 13/2/93, n. 40, all'esame della Commissione di controllo sugli atti della Regione Liguria.

Il testo che precede E' APPROVATO ALL'UNANIMITA' dai Componenti della Giunta presenti alla trattazione del provvedimento relativo all'oggetto.



IL PRESIDENTE
 IL SEGRETARIO

Edmondo Ferraro

G. Prazzoli

4/4

COPIE COPIA
 FOTOSTATICA

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
 (C.I. 30000 Genova)

SIGLE:
 (Presidente) (Segretario)

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RIFERIMENTO A

DELIB. N. ¹⁷³ 3433 DEL 6 AGO 1993

REGISTRAZIONI CONTABILI - ATTESTAZIONI

REGIO...
19/7/93.

Sulla deliberazione in riferimento - trasmessa ai sensi dell'art. _____ della legge n. 62/1953 - la Commissione di Controllo sull'Amministrazione della Regione Liguria (seduta del _____ Provv.to _____) NULLA HA RILEVATO agli effetti dell'ulteriore corso.

(***) _____

Della deliberazione in riferimento - trasmessa ai sensi dell'art. _____ della legge n. 62/1953 - la Commissione di Controllo sull'Amministrazione della Regione Liguria HA ANNULLATO la parte relativa _____

come da allegata decisione adottata nella seduta del _____

(***) _____

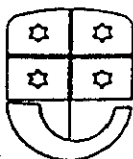
La deliberazione in riferimento - trasmessa ai sensi dell'art. _____ della legge n. 62/1953 - E' STATA ANNULLATA dalla Commissione di Controllo sull'Amministrazione della Regione Liguria come da allegata decisione adottata nella seduta del _____

(***) _____

La presente COPIA AD USO AMMINISTRATIVO STRETTAMENTE INTERNO, ricavata su _____ pagine da me _____
18 AGO. 1993

Stampa dell'Ufficio
con le Strutture
Ing. Baverio Mongelli

(***) Riportare: nominativo, firma, data della relativa apposizione e qualifica del dipendente incaricato del



REGIONE LIGURIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 5841 (DEL REGISTRO) AD OGGETTO:

PROGETTO OBIETTIVO ANZIANI: RIPARTIZIONE DEI FONDI A DESTINAZIONE VINCOLATA DI PARTE CORRENTE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE 1991 (DELIBERA C.I.P.E. 31/1/92); IMPEGNO DELLA SOMMA DI L. 8.698.550.000.

18 DIC. 1992

ASSUNTA NELLA SEDUTA DEL _____ IN CONFORMITA' DELLO SCHEMA N. 135697 (DEL PROT. GEN. ANNO 1992) AVENTE IL TESTO NEL SEGUITO FORMULATO E PROPOSTO DAL SERVIZIO SERVIZIO / SOCIO SANITARIA

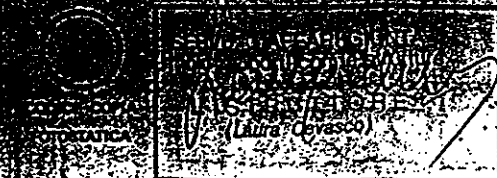
CON L'ASSENSO DELL'AMMINISTRATORE COMPETENTE.

RELATORE ALLA GIUNTA IL SIG. Prof. Egidio Banti

ALLA TRATTAZIONE SONO:

PRESENTI	ASSENTI	I COMPONENTI DELLA GIUNTA -- SIGNORI:	
X		Giuseppe CURTIS Edmondo FERRERO	- Presidente
X		Fabio MORCHIO	- Vice Presidente
X	X	Carlo BAUDONE	- Assessore
X		Rocco BERTINO Egidio BANTI	- Assessore
X		Eraldo CRESPI	- Assessore
X		Loriano ISOLABELLA	- Assessore
X		Giuseppe MERLO	- Assessore
X		Renzo MURATORE	- Assessore
X	X	Paolo ROSSO	- Assessore
X		Ernesto Bruno VALENZIANO	- Assessore

ASSISTE CON FUNZIONI DI SEGRETARIO IL SIG. Dot. ALDO ANGELO AMERI
DEL L'UFFICIO SEGRETERIA DELLA GIUNTA



SIGLE: _____
(Presidente)

1	
9-12-92 IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO II Dirigente Servizio Assistenza Socio - Sanitaria (Dott. M. 13569X)	(Dott. M. 13569X)
DATA	FIRMA
SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che la risoluzione parlamentare sulla tutela della salute agli anziani approvata in data 30.1.1992 ha fornito linee indicative sull'applicazione del "Progetto Obiettivo Anziani 1992/95";

RILEVATO altresì che, in base alla suddetta risoluzione ed alla circolare del Ministero della Sanità del 7.8.92 è stato predisposto uno specifico programma al Consiglio Regionale: "Progetto Obiettivo Anziani 1992/95"; di indirizzo ai Comuni e alle UU.SS.LL. C.A. *dm*

DATO ATTO che il CIPE con propria Deliberazione del 31.1.92, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 53 del 4.3.92, ha assegnato alla Liguria la somma di L. 9.364.000.000. e che tale somma, nella proposta del Ministero della Sanità al CIPE, è stata così articolata:

- L. 5.782.000.000. per l'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.);
- L. 3.164.000.000. per convenzioni con Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) private o per l'attivazione di R.S.A. a gestione pubblica;
- L. 418 000.000. per attività di studio, ricerca e formazione degli operatori che operano nell'area anziani;

SOTTOLINEATO inoltre che con propria deliberazione n. 5798 del 19/12/90 sono state già finanziate ad alcune UU.SS.LL., per il 1991, attività di assistenza domiciliare integrata agli anziani e che con la stessa deliberazione sono state fornite anche indicazioni operative sul funzionamento di dette attività;

ATTESO che dette indicazioni operative, alla luce della sperimentazione effettuata nel corso del 1991 e della supervisione tecnica delle attività svolta dall'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano (IRS), richiedono ulteriori precisazioni e/o modifiche per una maggiore funzionalità degli interventi;

RILEVATA infine la necessità di procedere per l'A.D.I. ad un accantonamento della somma di L. 600.000.000., da trasferire all'esercizio 1993, a favore delle UU.SS.LL. non finanziate con il presente provvedimento, per progetti dalle stesse presentati in fase successiva, tenendo conto anche delle nuove determinazioni territoriali degli ambiti sanitari che si adotteranno sul piano regionale;

DATO ATTO altresì che con propria deliberazione n. 3842 del 14/3/92 la Giunta Regionale ha già impegnato la somma di L. 65.450.000 a favore del

REGIONE LIGURIA
 DIREZIONE REGIONALE
 ASSISTENZA SOCIALE
 (Laura Cavasico)

SIGLA
 DATA

PROGETTO "Progetto invecchiamento", per stabilire protocolli operativi tipo sui contenuti delle attività infermieristica e assistenziali da prestare nelle R.S.A.;

RITENUTO pertanto di dover impegnare e ripartire, nel corrente esercizio, la somma di £. 8.698.550.000;

SENTITA la competente Commissione Consiliare ai sensi dell'art. 35 della L.R. n. 8 del 3.4.89;

SU PROPOSTA dell'Assessore incaricato al Servizio Assistenza Socio-Sanitaria

DELIBERA

1) di approvare come segue il riparto della somma di £.8.698.550.000 per il Progetto Obiettivo Anziani, 1992/93 :

A) Assistenza Domiciliare Integrata: L. 5.182.000.000. :

A.1) Criteri Generali:

A.1.1) si conferma quanto precisato nella citata deliberazione n. 5798/90 in relazione alla collocazione dell'ADI nel Servizio Attività Distrettuali, all'istituzione dell'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), all'integrazione delle prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) con l'assistenza domiciliare a carattere sociale. Ulteriori criteri sono specificati nel programma "Progetto Obiettivo Anziani" inviato all'esame del Consiglio Regionale, di indirizzo ai Comuni e alle UU.SS.LL. C. A. *elr*

In particolare, in attesa di procedere a regolari assunzioni di medici geriatrici e personale sanitario (infermieri, terapisti della riabilitazione), è confermata anche dalla circolare della Presidenza del Consiglio n. 3206 del 10.9.92, la possibilità d'istituire borse di studio (pag. 4 ultimo comma) per attivare in tempi brevi gli interventi previsti nel Progetto Anziani;

A.1.2) ciascun intervento ADI, valutato su medie annuali ipotizzata nel Progetto Anziani del Ministero della Sanità, è composto da 140 ore di aiuto domestico familiare, 100 ore di assistenza infermieristica, 150 ore di assistenza riabilitativa, 15 accessi del medico di medicina generale, 10 consulenze medico specialistiche.

SERVIZIO SOCIO-SANITARIA
 N. 11 DIRIGENTE DEL SERVIZIO
 II Dirigente Servizio Assistenza Socio-Sanitaria
 (Dott. ssa Elisabetta Paroli)
 DATA - VIRTU'
 ENZA
 SOCIO-SANITARIA
 FBET
 SERVIZIO
 Post. n. 135697

Stampa illeggibile e segni di autografo in basso.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

9-12-82
 IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
 SOVA (Pettica Elisa Lambrisini)
 SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
 135592
 SERVIZIO
 AFFARI GIUNTA
 MISTRUTTORE
 (Laura Cavasco)
 174

A.1.3) il costo di ciascun intervento ADI è stato rideterminato, nelle indicazioni del Ministero della Sanità al CIPE, in L.12.000.000. ripartiti come segue:

Prestazioni	ore/anno	Costo M/Ora	Costo Annuo/prestaz.
Ass. Domiciliare Socio-Assistenziale	140	26.360	3.690.000 (arrotondato)
Ass. Infermieristica	100	36.000	3.600.000
Ass: Riabilitativa	50	43.000	2.150.000
Accessi Med:Gen.	52	30.000	1.560.000
Consulenze Medico Spec.	10	100.000	1.000.000

Il budget assegnato alle UU.SS.LL. è il prodotto tra il costo di ciascun intervento di A.D.I. per il numero di interventi assegnati, calcolati in base alla percentuale della popolazione anziana di ciascuna U.S.L..

Non viene fissato un costo medio per ciascun utente ma solo un costo medio orario per ciascuna prestazione, onde consentire alla Unità di Valutazione Geriatrica la possibilità di gestire in maniera flessibile il monte ore complessivo in relazione al fabbisogno assistenziale di ciascun anziano che fruisce dell'A.D.I..

A.1.4) La quota per l'aiuto domestico familiare è assegnata dall'UU.SS.LL. ai Comuni e/o ai Distretti Sociali (laddove costituiti) qualora gli stessi si impegnino ad effettuare le prestazioni secondo le intese operative che dovranno essere propedeutiche agli accordi di programma, di cui all'art.27 della L.142/90 tra Regione, Comuni e UU.SS.LL. (ed eventuali altri Enti Pubblici che collaborano al Progetto Obiettivo Anziani).

I Distretti Sociali (o i Comuni), che non siano in grado di effettuare le prestazioni di aiuto familiare potranno valutare la possibilità del versamento diretto, alla famiglia che accoglie l'anziano, della quota per l'aiuto domestico familiare.

AFFARI GIUNTA
 MISTRUTTORE
 (Laura Cavasco)
 174

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

A2) Criteri di Finanziamento:

A2.1) per le UU.SS.LL. nn. 5, 11, 16, 20 nelle quali è previsto l'avviamento dell'A.D.I. a partire dal corrente anno viene erogata una somma pari al numero di interventi assegnati, calcolati in base alla percentuale di popolazione ultrasessantenne di ciascuna U.S.L.;

U.S.L.	popol. ultrasess.	n. interventi	finanziamento
5	14.370	35	420.000.000. -
11	19.716	48	576.000.000. -
16	19.729	48	576.000.000. -
20	12.817	25	300.000.000.

TOTALE £. 1.872.000.000.

A2.2) per le UU.SS.LL. in cui l'A.D.I. è stata già attivata (nn. 2, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 18, 19) la quota di L. 12.000.000., pari al costo annuale per ciascun intervento, è stata ripartita in dodicesimi, tenuto conto dei rendiconti inviati dalle UU.SS.LL.: in merito all'utilizzo dei fondi in precedenza assegnati con la deliberazione n. 5798/90 e quindi della possibilità di utilizzare, per alcuni mesi dell'esercizio 93, le somme non spese. Le assegnazioni in base ai rendiconti sono pari a:

- 8/12 per le UU.SS.LL. che hanno speso almeno i 2/3 dei fondi assegnati;
- 6/12 per le UU.SS.LL. che hanno speso almeno il 50% dei fondi assegnati
- 5/12 per le UU.SS.LL. che hanno speso meno del 50% dei fondi assegnati

per le UU.SS.LL. da cui risulta nei rendiconti un impegno di spesa inferiore al 10% dei fondi assegnati, ad eccezione delle somme liquidate ai Comuni, la quota finanziata per ciascun intervento di A.D.I. è pari alla differenza tra il costo 1992 (L. 12.000.000. per intervento) e il costo 1991 (L. 7.900.000. per ciascun intervento).

In base ai criteri sopra esposti, i fondi assegnati alle UU.SS.LL. in cui l'A.D.I. è già stata attivata, sono i seguenti:

SERVIZIO ASISTENZIALE SOCIO SANITARIA
 IL DIRIGENTE DISTRITTUALE CONSIGLIO ASSISTENZIALE SOCIO SANITARIA (Dott. S. ELISA TUMBATOLI)
 FIRMA DATA
 n. 13.5694

Area containing the main body of text and a large, dark, illegible stamp or signature at the bottom.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

1

9.12.92
 IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
 Il Dirigente Servizio Assistenza
 Soc. : Sanitaria
 (Dott. Sca. Elia Lamparelli)

SERVIZIO ASSISTENZIALE
 SOCIO-SANITARIA
 P. n. 135697

SERVIZIO

DATA FIRMA

U.S.L.	popol. ultrasess.	n. interventi	finanziamento '92
2	23.000	40	£. 320.000.000. -
3	18.413	30	£. 180.000.000. -
6	10.618	30	£. 240.000.000. -
7	34.553	75	£. 305.000.000. -
9	16.543	30	£. 240.000.000. -
10	30.752	70	£. 420.000.000. -
12	27.414	70	£. 420.000.000. -
18	29.384	70	£. 290.000.000. -
19	44.894	87	£. 435.000.000. -
TOTALE			£. 2.850.000.000.

A.2.3) Budget di L. 160.000.000, assegnato alle UU.SS.LL: che dispongono presso i presidi ospedalieri di "Divisioni geriatriche", per effettuare sperimentazioni di spediizzazione domiciliare:

U.S.L.	9	£. 50.000.000 -
"	12 (Galliera)	" 60.000.000 -
"	19	" 50.000.000 -
TOTALE		£. 160.000.000

A.2.4) continuazione delle attività di A.D.I., avviate con il precedente Progetto Anziani, dall'Associazione "Gigi Ghirotti" per l'assistenza a malati terminali dell'area genovese e dalla "Caritas di Chiavari" per l'assistenza a dementi senili;

Gigi Ghirotti	130.000.000 -	
Caritas - Chiavari	70.000.000 -	
TOTALE		£ 200.000.000

A.2.5) quota destinata all'istituto per la Ricerca Sociale di Milano per attività di supervisione tecnico-formativa sulla efficacia-efficienza delle prestazioni A.D.I. e sulla operatività della Unità di Valutazione Geriatrica.

IRS - Milano 100.000.000 -

AFFARI GIUNTA
 (Laura Cevasco)

SIGLE:

(Presidenza):

B) Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.): £ 3.164.000.000.

Si propone l'attivazione di 3 R.S.A. per un totale di 105 posti letto (25 a Triora, 50 a Camogli, 30 a Chiavari):

Il finanziamento viene ripartito in base alle ipotesi di spesa formulate dalle UU.SS.LL. per la gestione pubblica o mista; per la gestione in regime di convenzione il finanziamento viene erogato in base alle rette di cui alla deliberazione n. 3064 del 2/7/1991

U.S.L. n. 2, R.S.A. di Triora (ex infermeria)	£. 664.000.000 -
U.S.L. n. 17, convenzione per n. 50 posti letto con la struttura "Villa delle ginestre" (Camogli)	£. 1.100.000.000 -
U.S.L. n. 18, Chiavari (1 lotto già ristrutturato, ex ospedale)	£. 1.400.000.000 -
TOTALE	£. 3.164.000.000

C) Attività di studio, ricerca e formazione degli operatori dell'area anziani: £. 352.550.000:

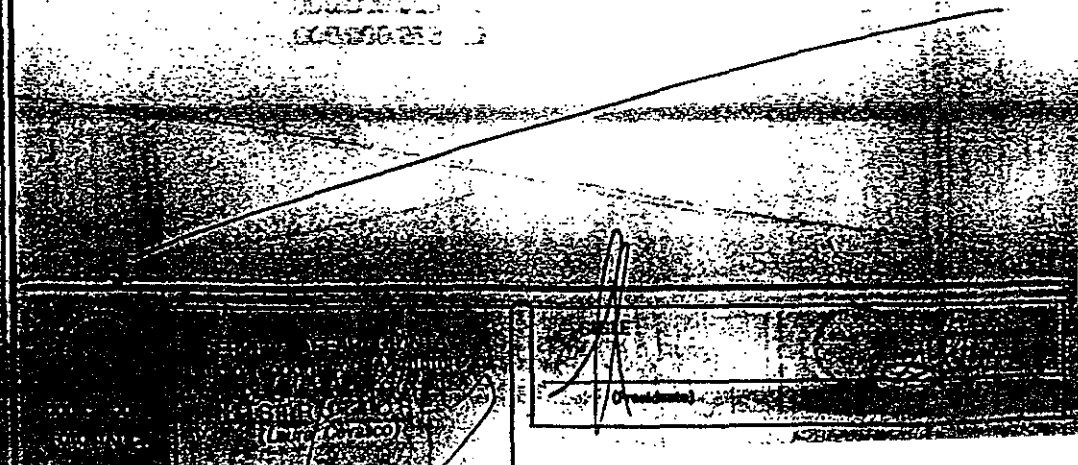
I fondi sono ripartiti in relazione ad attività di studio e ricerca già in atto da parte dell'Università e di strutture Ospedaliere, con riferimento alla elaborazione di protocolli diagnostici e di prevenzione per patologie altamente invalidanti (nel 1990 sono state finanziate attività per la prevenzione dell'osteoporosi e dei tumori femminili).

Per le attività di formazione e ricerca, il finanziamento è ripartito alle strutture che provvedono direttamente, o come agenzie formative e di ricerca, alle attività programmate.

In base a quanto sopra, la somma di £. 352.550.000 viene così articolata:

DIRIGENTE DEL SERVIZIO Servizio Assistenza
 Socio Sanitaria.
 (Dot. ssa Elisa Lamparini)

P. n. 125697



XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

1

p. 12-p2

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO Socio Assistenza
Il Dirigente Servizio Socio Sanitaria
Socio Sanitaria
Bettella Lisa Lamparelli

DATA FIRMA

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

Proxi n. 135697

-Università di Genova - IBiG: Istituto di Biologia e Genetica: protocollo per la diagnosi genetica della Corea di Huntington:	£. 30.000.000 -
- E.O. Ospedali Galliera: protocolli sulle modificazioni indotte dall'uso protratto di FANS (Farmaci Antiinfiammatori Non Steroidei) sull'apparato gastroenterico	£. 38.000.000 -
- Centro Ligure Formazione Operatori Sociali (CLIFOS): formazione degli operatori d'assistenza in strutture residenziali pubbliche e convenzionate ex DPCM 8/8/85	£. 140.000.000 -
- Istituto Ligure di Ricerca Economiche Sociali (ILRES) - con Università di Genova e Istituto Economia Sanitaria, Milano: analisi dei costi per la gestione della assistenza residenziale in.R.S.A.	£. 144.550.000 -
TOTALE	£. 352.550.000

2) di autorizzare e di impegnare la spesa di cui al punto 1, secondo i criteri e le attività in precedenza descritte, pari a £. 8.698.550.000, ai sensi dell'art.79 della L.R. n.42 del 4/1/77, capitolo 5262, gruppo 3, comparto 3, programma 5, del bilancio 1992, a favore dei seguenti creditori e per gli importi a fianco indicati:

U.S.L.	Finanziamento
2	£. 984.000.000. -
3	£. 180.000.000. -
5	£. 420.000.000. -
6	£. 240.000.000. -
7	£. 305.000.000. -
9	£. 290.000.000. -
10	£. 420.000.000. -
11	£. 576.000.000. -
12	£. 420.000.000. -
16	£. 576.000.000. -

DIREZIONE REGIONALE DELLA SANITA' - REGIONE EMILIA ROMAGNA

UFFICIO REGIONALE ASSISTENZA SOCIALE

INSTRUTTORE (Laura Cevasco)

RESIGLE - DIREZIONE REGIONALE DELLA SANITA' - REGIONE EMILIA ROMAGNA

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il Dirigente del Servizio Assistenza Socio-Sanitaria (Dott. ssa Elisa Lamparelli)

P. 12. P. 21

DATA FIRMA

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
P. 12. P. 21

17	£. 1.100.000.000. -
18	£. 1.690.000.000. -
19	£. 485.000.000. -
20	£. 300.000.000. -

Ass.ne "Gigi Ghirotti"	£. 130.000.000. -	2 pm. 19.2.83.1
"Caritas", Chiavari	£. 70.000.000. -	" "
IRS, Milano	£. 100.000.000. -	" "
Università di Genova IBIG	£. 30.000.000. -	
E.O. Galliera	£. 98.000.000. -	2 pm. 19.2.83.1
Centro Ligure Formazione Operatori Sociali (CLIFOS)	£. 140.000.000. -	
Istituto Ligure di Ricerca Economica Sociale (ILRES)	£. 144.550.000. -	

TOTALE £. 8.698.550.000.

3) di dare atto che si provvederà alla liquidazione delle spese di cui al punto 2), con successivi atti, ai sensi dell'art.35 della L.119/81 e degli art. nn. 83 e 84 della L.R. 4/11/77, n.42.

Il testo che precede E' APPROVATO ALL'UNANIMITA' dai Componenti della Giunta presenti alla trattazione del provvedimento relativo all'oggetto.



IL PRESIDENTE
IL SEGRETARIO

Edmondo Ferrero

Dott. ALDO ANGELO AMERI
Aldo Angelo Ameri

COMPTON ITALIA S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma - Tel. 06/494111

SEGRETERIA REGIONALE
DIRETTORE
ISTRUTTORE
(Laura Covasco)

SIGLE:
PRESIDENTE

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RIFERIMENTO A **DELIB. N. 5841** DEL **18 DIC. 1992**

REGISTRAZIONI CONTABILI - ATTESTAZIONI

Col. 141
Sett.

REGISTRATO SANITA'
9/12/92

SERVIZIO REGIONALE
Atto N. 3098
Impegno N. 8808/8828

Sulla deliberazione in riferimento - trasmessa ai sensi dell'art. 45 della legge n. 62/1953 - la Commissione di Controllo sull'Amministrazione della Regione Liguria (seduta del 3 2 93 Provv.to 239) NULLA HA RILEVATO agli effetti dell'ulteriore corso.
(...), 10.2.93 *Chaulen*

Della deliberazione in riferimento - trasmessa ai sensi dell'art. 45 della legge n. 62/1953 - la Commissione di Controllo sull'Amministrazione della Regione Liguria HA ANNULLATO la parte relativa _____

come da allegata decisione adottata nella seduta del _____

La deliberazione in riferimento - trasmessa ai sensi dell'art. 45 della legge n. 62/1953 - E' STATA ANNULLATA dalla Commissione di Controllo sull'Amministrazione della Regione Liguria come da allegata decisione adottata nella seduta del _____

Presenta COPIA AD USO AMMINISTRATIVO
E' STATA RICEVUTA IN DATA 22 FEB 1993
E' CONFORME ALL'ORIGINALE
22 FEB 1993

Regione Lombardia

Regione Lombardia

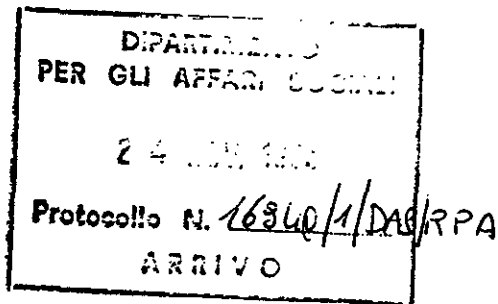
Milano,

15 NOV. 1993

Giunta Regionale

Il Presidente

Prot. n. 26592/16917



On. Livio Paladin
Ministro Affari Regionali
Piazza della Minerva, 36

On. Fernanda Contri
Ministero Affari Sociali
Via Barberini, 47

ROMA

In riferimento al telegramma 8 ottobre 1993, relativo a richiesta di elementi in ordine ad "interventi ed iniziative adottate in settore assistenza anziani", si trasmette la documentazione relativa a quanto attivato nel periodo ottobre 1992 - settembre 1993 dal settore Assistenza e sicurezza sociale di questa Giunta regionale; nel particolare si evidenzia che le iniziative sono state le seguenti:

- elaborazione del P.O. anziani quale parte integrante del nuovo piano socio - assistenziale regionale in fase di avanzata elaborazione;
- elaborazione di un progetto di comunicazione editoriale sul tema "La vecchiaia è una conquista che si costruisce sin dall'infanzia";
- concessione patrocinio e supporto tecnico culturale ad iniziative promosse sul territorio da enti vari per l'anno europeo dell'anziano;
- ordinaria attività con particolare riferimento alla erogazione di contributi in capitale per l'adeguamento di strutture per anziani agli standards previsti dal P.S.A..

Cordiali saluti.

(Fiorella Ghilardotti)

All.to

24 NOV. 1993
CAS/279/93

1. Risultati del I° P.S.A.

Il P.S.A. vigente ha avviato, con particolare riferimento alle politiche rivolte agli anziani, quattro azioni ugualmente importanti:

- 1) l'indicazione puntuale degli standard strutturali e organizzativi delle unità di offerta, con la duplice connotazione di costituire modelli di riferimento obbligatori per realizzare nel tempo l'uniformità delle prestazioni offerte (standard programmatori), nonché di determinare soglie iniziali e intermedie per gli standard di idoneità al convenzionamento e di autorizzazione al funzionamento da parte di tutte le strutture pubbliche e private. La standardizzazione così definita ha consentito di avviare una generalizzata azione di riqualificazione della rete dei presidi esistenti, come meglio precisato più avanti;
- 2) la fissazione di indici di fabbisogno e di indici di piano per la domanda di ricovero nelle residenze, cioè la quantificazione predeterminata dei posti letto necessari in ogni U.S.S.L. nelle corrispondenti tipologie di residenze, nonché l'indicazione delle quote realisticamente realizzabili nel corso del primo periodo di attuazione. Ciò ha consentito l'utilizzo mirato e programmato delle risorse regionali e statali e l'avvio di un complesso processo di riequilibrio territoriale, tendente a privilegiare le zone carenti e a comprimere le zone caratterizzate da eccedenze, nella direzione del superamento delle disomogeneità esistenti e dei flussi migratori da ciò innescati e comunque correlati;
- 3) l'avvio dell'autorizzazione al funzionamento delegata alle Province e dell'attività di vigilanza delegata alle U.S.S.L.;
- 4) il potenziamento e il più qualificato utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo Sanitario Nazionale e indirizzate a supportare gli oneri per prestazioni sanitarie e a rilievo sanitario rese nelle strutture socio-assistenziali, proprio a partire dalla quantificazione degli standard strutturali e gestionali posseduti dalle singole strutture.

1.1. I risultati del I° P.S.A. riferiti alla riqualificazione e allo sviluppo della rete dei servizi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari integrati

All'entrata in vigore del I° P.S.A., la rete dei servizi residenziali per anziani (SP - CR - CA) era complessivamente costituita da n. 541 strutture, di cui n. 339 dotate di personalità giuridica pubblica e n. 202 con personalità giuridica privata. Rispetto al totale delle strutture 95 avevano capienza inferiore a 30 p.l. e 60 capienza superiore a 150 p.l.: entrambe le realtà hanno rappresentato e rappresentano due nodi critici di difficile soluzione, la prima a motivo della supposta diseconomia gestionale legata all'esiguità delle capienze, la seconda, all'opposto, legata alle difficoltà di creare e mantenere, all'interno, un clima di vita quanto più possibile vicino al modello familiare anziché al modello ospedaliero ancora attualmente vigente, per altro di difficile governo al di sopra di una certa quota di posti letto.

Operate le necessarie esclusioni, a motivo della specifica connotazione per così dire "di categoria" di alcune strutture (per militari, per appartenenti al clero, ecc.), ovvero per requisiti oggettivi (presenza di fini di lucro, che come noto, esclude - in base alla legislazione regionale vigente - dalla possibilità di convenzionamento), la rete dei presidi rientrata nella prima programmazione zonale era costituita da n. 376 strutture, pubbliche e private, con n. 35.385 p.l. complessivi; a questi andavano aggiunti n. 1.453 p.l. di strutture private, pure dichiaratesi disposte al convenzionamento, ma non incluse nella programmazione zonale in quanto localizzate in USSL in cui il fabbisogno risultava già coperto da strutture pubbliche. Il confronto tra i p.l. esistenti, quelli rientranti globalmente nella programmazione zonale e gli indici di fabbisogno ha dato origine alla seguente situazione:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	S.P.	C.R.	C.A.	TOT.
P.L. ESISTENTI	20.239	19.763	7.372	47.374
P.L. RIENTRANTI NELLA PROGRAMMAZIONE	15.987	14.460	4.938	35.385
FABBISOGNO	20.320	10.343	7.181	37.844
DIFFERENZA tra fabbisogno e p.l. rientranti nella programmazione	-4.333	+4.117	-2.243	-2.459

Ovviamente tale dotazione di posti letto, è a sua volta la sommatoria di situazioni zonali caratterizzate da eccedenze o da carenze tra di loro non equilibrabili. L'utilizzo mirato dei finanziamenti regionali ex PSA e FRISL, statali ex DM 321/89, relativi alle sole strutture rientranti nella programmazione, unitamente alle manovre di riconversione autonomamente attuate dagli enti gestori, ha condotto alla situazione descritta nella seguenti tabelle, ove è riportato il totale dei posti letto che si otterranno una volta conclusi i lavori in corso o già finanziati.

P.L. esistenti (compresi lavori in corso e già finanziati)	SP	CR	CA	TOT.
P.L. rientranti nella programmazione	27.226	14.231	6.359	47.816
Fabbisogno definito in sede di proroga I) P.S.A.	23.723	10.672	4.165	38.560
Differenza tra fabbisogno e p.l. rientranti nella programmazione	26.086	13.253	9.312	48.651
	- 2.363	- 2.581	- 5.147	- 10.091

E' di tutta evidenza la priorità all'area anziani assegnata dalla programmazione regionale rispetto alla finalizzazione delle risorse per investimenti, come rilevabili dalle successive tabelle 9,10 e 11. Le SP + CR assorbono L. 486,252 miliardi pari all'88,9% del totale delle risorse, che, con l'aggiunta dei finanziamenti destinati ai CD, porta la percentuale dell'area anziani al 90,4% del totale dei finanziamenti assegnati.

Quanto alla tipologia degli interventi finanziati, gli adeguamenti a standard strutturali sono largamente prevalenti sulle nuove costruzioni rispettivamente (n. 9.034 p.l. e n. 3.274 p.l.); questi ultimi peraltro ancora nella fase di progettazione esecutiva e legati ai finanziamenti statali ex D.M. 321/89, di cui sono note le difficoltà di erogazione.

Si sottolinea in generale che, a causa dei tempi legati alle procedure di assegnazione, conferma, esame ed approvazione dei progetti esecutivi, proroghe eventualmente richieste dagli enti finanziati, alla data del 30.4.93 risultano terminati lavori per la realizzazione di soli n. 2.000 posti letto sul totale di 12.308 p.l. complessivamente ammessi a finanziamento a partire dal 1988, con una percentuale pari al 16,2%.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI - CONFRONTI 1988 - 1992

	SITUAZIONE AL 1988			SITUAZIONE AL 1992			VARIAZIONI ASSOLUTE			VARIAZIONI PERCENTUALI				
	SP	CR	CA TOT.	SP	CR	CA TOT.	SP	CR	CA TOT.	SP	CR	CA		
TOTALE DEI POSTI LETTO	20.320	10.343	7.181	26.086	13.253	9.312	48.651	5.766	2.910	2.131	10.807	28,4	28,1	29,7
- FABBISOGNO 1989 - 2001	20.239	19.763	7.372	23.811	13.712	6.614	44.137	3.572	-6.051	-758	-3.237	17,6	-30,6	-10,3
- POSTI ESISTENTI														
- POSTI IN COSTRUZIONE O GIA' FINANZIATI (costruzioni, ampliamenti, riconv.)				3.415	519	-255	3.679					14,3	3,8	-3,9
- POSTI ESISTENTI AL 1992 PIU' POSTI IN COSTRUZIONE O GIA' FINANZIATI				27.226	14.231	6.359	47.816	6.987	-5.532	-1.013	442	34,5	-28,0	-13,7
									Il confronto è riferito ai posti esistenti nel 1988					
- POSTI IN STRUTTURE DISPONIBILI AL CONV.	16.513	15.181	5.144	24.591	11.422	4.569	40.582	8.078	-3.759	-575	3.744	48,9	-24,8	-11,2
				(compresi posti in costr. e finan.)										
- POSTI RIENTRANTI NELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE	15.987	14.460	4.938	23.723	10.672	4.165	38.560	7.736	-3.788	-773	3.175	48,4	-26,2	-15,7
				(compresi posti in costr. e finan.)										
- DIFFER. TRA POSTI ESISTENTI E FABBISOGNO	-81	9.420	191	-2.275	459	-2.698	-4.514							
- PERC. POSTI ESISTENTI SU FABBISOGNO	99,6	191,1	102,7	91,3	103,5	71,0	90,7							
- DIFFER. TRA POSTI RIENTRANTI IN PROGRAMM. E FABBISOGNO	-4.333	4.117	-2.243	-2.363	-2.581	-5.147	-10.091							
- PERC. POSTI RIENTRANTI NELLA PROGR. SU FABBISOGNO	78,7	139,8	68,8	90,9	80,5	44,7	79,3							
POSTI LETTO ADEGUATI A STANDARD														
- POSTI ADEGUATI RIENTR. IN PROGR. ZONALE	4.425	3.034	1.809	17.296	5.609	1.979	24.884	12.871	2.575	170	15.616	290,9	84,9	9,4
				(compresi posti in costr. e finan.)										
- PERC. POSTI ADEGUATI SU TOTALE POSTI RIENTR. IN PROGR. ZONALE	27,7	21,0	36,6	72,9	52,6	47,5	64,5							

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VERIFICA DEGLI OBIETTIVI DEFINITI DAL PRIMO PSA

AREA ANZIANI	SP	CR
Numero di posti censiti dal I PSA	20.239	19.763
Totale posti al 1992	23.811	13.712
NUOVE COSTRUZIONI (numero posti letto)		
Saldo nuovi posti terminati, riconvertiti o riclassificati	3.572	-6.051
<i>di cui: - finanziati con fondi reg. per investimenti</i>	182	0
<i>- realizzati senza finanziamenti regionali</i>	3.390	-6.051
Posti finanziati con lavori in corso	0	0
Posti finanziati con lavori non iniziati	3.092	0
Ammontare finanziamenti effettivi (£. in milioni)	205.928	0
Finanziamento unitario effettivo (£.in milioni)	63	0
ADEGUAMENTI A STANDARD (numero di posti letto)		
Posti finanziati con lavori terminati	1.626	192
Posti finanziati con lavori in corso	2.465	52
Posti finanziati con lavori non iniziati	3.926	773
Ammontare finanziamenti effettivi (£. in milioni)	253.695	13.982
Finanziamento unitario effettivo (£.in milioni)	32	14
NUOVE COSTRUZIONI E ADEGUAMENTI A STANDARD		
Ammontare finanziamenti stimati dal I PSA (£. in milioni)	163.000	12.000
Ammontare finanziamenti effettivi (£. in milioni)	459.623	13.982
Finanziamento unitario stimato (£.in milioni)	20	20
Finanziamento unitario effettivo (£.in milioni)	41	14

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 9

STATO DI ATTUAZIONE AL 30 APRILE 1993 DEGLI INVESTIMENTI PER INTERVENTI EDILIZI FINANZIATI DALLA REGIONE SUCCESSIVAMENTE ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL PRIMO P.S.A.															
TOTALE INVESTIMENTI															
TIPO INTERVENTO	PIANO DI FINANZ.	FINANZIAMENTI IN MILINI DI LIRE						TOTALE	Percent. fin. revoc. su totale	COSTO DELLE OPERE	Percent. finanz. su costo	INTERVENTI FINANZIATI			
		per lavori		Tot. finanz.		Finanz. revocati	con lavori					Tot. non revocati	con fin. revocati	TOTAL	
		terminati	In corso	non iniziati	non revoc.										in corso
NUOVE COSTRUZIONI	PSA 89	6.141	5.999	112	12.252	1.866	14.118	13,2	40.104	35,1	15	33	1	49	14
	PSA 92			4.159	4.159		4.159		9.932	41,9			28	28	
	FRISL 92			27.673	27.673		27.673		43.871	63,1			5	5	
	D.M. 321			187.257	187.257	13.290	200.547	6,6	256.015	78,3			41	41	3
	TOTALE	6.141	5.999	219.201	231.341	15.156	246.497	6,1	350.002	70,4	15	33	75	123	17
ADEGUAMENTI A STANDARD	LR 35/88	7.634	3.300		10.934	99	11.033	0,9	23.683	46,6	23	7		30	1
	PSA 89	28.865	43.352	6.595	78.812	12.072	90.884	13,3	174.840	52,0	120	146	25	291	62
	PSA 92			22.664	22.664		22.664		210.906	10,7			83	83	
	FRISL 92			65.193	65.193	493	65.686	0,8	84.063	78,1			32	32	1
	D.M. 321			124.606	124.606	2.542	127.148	2,0	172.895	73,5			23	23	3
	TOTALE	38.499	46.652	219.058	302.209	15.206	317.415	4,8	666.387	47,6	143	153	163	459	67
LAVORI VARI	PSA 89	772	263	3.510	4.545	93	4.638	2,0	5.234	88,6	3	2	7	12	3
	PSA 92			8.771	8.771		8.771		14.383	61,0			44	44	
	TOTALE	772	263	12.281	13.316	93	13.409	0,7	19.617	69,4	3	2	51	56	3
TOTALE INTERV. EDILIZI	LR 35/88	7.634	3.300		10.934	99	11.033	0,9	23.683	46,6	23	7		30	1
	PSA 89	35.778	49.614	10.217	95.609	14.031	109.640	12,8	220.258	49,8	138	181	33	352	79
	PSA 92			35.594	35.594	493	35.594		235.221	15,1			155	155	
	FRISL 92			92.866	92.866	493	93.359	0,5	127.934	73,0			37	37	1
	D.M. 321			311.063	311.063	15.832	327.695	4,8	428.910	76,4			64	64	6
	TOTALE	43.412	52.914	450.540	546.866	30.455	577.321	5,3	1.036.006	55,7	161	188	209	638	87

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 10

STATO DI ATTUAZIONE AL 30 APRILE 1993 DEGLI INVESTIMENTI PER INTERVENTI EDILIZI FINANZIATI DALLA REGIONE SUCCESSIVAMENTE ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL PRIMO P.S.A.															
STRUTTURE PROTETTE															
TIPO INTERVENTO	FINANZIAMENTI IN MILIONI DI LIRE				Percent. finanzia. su costo	COSTO DELLE OPERE	Percent. finanzia. su costo	INTERVENTI FINANZIATI				POSTI FINANZIATI			
	per lavori terminati in corso non iniziati	Tot. finanz. revocati	TOTALE	Percent. finanzia. su totale				con lavori terminati in corso non iniziati	Tot. non revocati	con lavori terminati in corso non iniziati	TOTALE	con lavori terminati in corso non iniziati	Tot. non revocati	con lavori terminati in corso non iniziati	TOTALE
VERITO FINANZ.	3.851	3.851	3.851	100,0	18.877	20,4	2	2	2	2	182	182	182		
NUOVE COSTRUZIONI	27.873	27.873	27.873	63,1	43.871	63,1	5	5	5	360	360	360	360		
ZONI D.M.321	174.404	174.404	187.894	7,1	241.233	77,8	35	35	36	2.732	2.732	2.732	2.989		
TOTALE	202.077	205.928	219.218	6,1	303.981	72,1	40	42	45	3.092	3.274	3.237	3.531		
LR35/88	7.434	10.934	11.033	0,9	23.883	46,6	23	30	1	31	848	889	1.004		
ADEGUAMENTI	28.196	2.951	54.785	9,4	103.761	52,8	47	6	118	12	978	2.114	3.162		
MENTI	3.320	3.320	3.320	0,8	7.806	43,2	7	7	7	7	320	320	320		
A STANZIAMENTI	85.193	85.193	85.886	0,8	84.083	78,1	32	32	1	33	1.337	1.337	1.377		
FRIGL 92	124.506	124.506	127.148	2,0	172.895	73,5	23	23	3	26	2.159	2.159	2.359		
D.M.321	32.486	198.070	261.972	3,2	392.088	68,8	70	68	210	17	1.828	2.465	3.028		
TOTALE	32.486	253.895	261.972	3,2	392.088	68,8	70	72	68	210	1.828	2.465	3.028		
LAVORI VARI	3.433	3.433	3.433	100,0	3.433	100,0	6	6	6	6	351	351	351		
PSA 89	1.281	1.281	1.281	34,5	3.718	34,5	14	14	14	14	1.160	2.114	3.364		
PSA 92	4.714	4.714	4.714	65,9	7.151	65,9	20	20	20	20	320	320	320		
TOTALE	10.934	10.934	11.033	0,9	23.883	46,6	23	7	30	1	848	351	1.004		
LR35/88	6.384	58.926	62.088	6,3	128.071	49,2	49	65	128	12	1.160	2.114	3.364		
PSA 89	4.801	4.801	4.801	40,3	11.404	40,3	21	21	21	21	320	320	320		
PSA 92	92.866	92.866	93.350	0,5	127.934	73,0	37	37	1	38	1.717	1.717	1.737		
FRIGL 92	299.010	299.010	314.842	5,0	414.128	78,0	58	58	6	64	4.891	4.891	5.319		
D.M.321	484.337	484.337	485.004	4,4	703.228	69,1	72	72	128	272	1.808	2.465	3.028		
TOTALE	484.337	484.337	485.004	4,4	703.228	69,1	72	72	128	272	1.808	2.465	3.028		

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 11

STATO DI ATTUAZIONE AL 30 APRILE 1993 DEGLI INVESTIMENTI PER INTERVENTI EDILIZI FINANZIATI DALLA REGIONE SUCCESSIVAMENTE ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL PRIMO P.S.A.

CASE DI RIPOSO E CASE ALBERGO

TIPO INTERVENTO	FINANZIAMENTI IN MILIONI DI LIRE				Percent. fin. revoc. su totale	COSTO DELLE OPERE	Percent. finenz. su costo	INTERVENTI FINANZIATI				POSTI FINANZIATI										
	per lavori terminati in corso	non iniziati	Finanz. revocati	TOTALE				con lavori terminati in corso	non iniziati	revocati	TOTALE	con lavori terminati in corso	non iniziati	revocati	TOTALE							
NUOVE COSTRUZIONI																						
PJA 88																						
PJA 89																						
FRISL 92																						
D.M.321																						
TOTALE																						
LR30/88																						
ADEGUA. MENTI	2.441	557	1.924	4.922	698	14.581	32,6	10	2	7	19	3	22	192	52	195	439				99	
FRISL 92			9.080	9.080	9.080	16.905	53,6			22	22		22			576	576					
D.M.321																						
TOTALE	2.441	557	10.984	13.982	698	14.680	46,7	10	2	29	41	3	44	192	52	773	1.017				99	
LAVORI VARI	872	283	77	912	58	1.303	74,4	2	2	1	5	2	7									
FRISL 92			7.021	7.021		9.599	73,1			23	23		23									
TOTALE	872	283	7.098	7.933	58	10.902	73,3	2	2	24	26	2	30									
LR35/88																						
TOTALE INTERV. EDILIZI	3.013	820	2.001	5.834	756	15.864	41,5	12	4	8	24	5	29	192	52	195	439				99	
FRISL 92			16.081	16.081	16.081	26.504	60,7			45	45		45			576	576					
D.M.321																						
TOTALE	3.013	820	18.082	21.915	756	22.671	53,5	12	4	53	69	5	74	192	52	773	1.017				99	

1.4. I risultati del I° P.S.A. riferiti all'avvio dell'Istituto dell'autorizzazione al funzionamento e dell'attività di vigilanza

1.4.1. L'autorizzazione al funzionamento nell'ambito delle residenze per anziani

L'esperienza fin qui condotta ha messo in luce la complessità e la delicatezza delle manovre avviate con il primo P.S.A. e con la successiva direttiva regionale alle Province e alle U.S.S.L. (enti delegati rispettivamente in materia di autorizzazione al funzionamento e di vigilanza), nonché le difficoltà incontrate da molti soggetti gestori a rientrare in un quadro predeterminato di caratteristiche omogenee e uniformi da possedere e/o raggiungere nel tempo.

Le autorizzazioni rilasciate al 1992 dalle Province, relative alle residenze per anziani (che, peraltro, costituiscono la rete più consistente e storicamente consolidata tra le unità di offerta esistenti) e riferite al 57,5% del totale, sono così distribuite: il 68,5% è costituito da

autorizzazioni in deroga, cioè per strutture che non possiedono - al momento del rilascio - uno o più dei requisiti per l'immediato fissati dal P.S.A. I° triennio; il 9,5% è costituito da provvedimenti "provvisori", cioè per strutture che possiedono i requisiti fissati dal P.S.A. per l'immediato ma non i maggiori requisiti fissati per la scadenza del I° triennio; il 4,5% è costituito da dinieghi e revoche di autorizzazione per strutture che, gravemente carenti di buona parte dei requisiti per l'immediato, avevano dovuto cessare la propria attività; solo il 17,5% è costituito da provvedimenti definitivi, cioè riferiti a strutture che hanno dimostrato di possedere i requisiti fissati per la scadenza del I° P.S.A. quando non anche i requisiti superiori, fino al possesso dei requisiti richiesti dallo standard programmatico. L'analisi dei dati riferiti ai provvedimenti autorizzativi dell'area anziani ha evidenziato una situazione generalizzata di carenze strutturali e gestionali preoccupante, all'interno della quale pesano in modo preponderante le autorizzazioni in deroga rilasciate in presenza di carenze riferite ai soli requisiti strutturali (pari al 63%), anche se è sufficientemente corposo l'insieme delle strutture che presentano carenze sia strutturali che gestionali (pari al 31%); e solo gestionali (6%).

La situazione analitica relativa ai provvedimenti autorizzativi è riportata nelle successive tabelle 12 e 13.

1.4.2. Attività di vigilanza

L'analisi dei dati sulla attività di vigilanza espletata per delega dalle USSL ha posto in rilievo la particolare attenzione rivolta alle strutture residenziali per anziani.

Su un totale di 752 strutture residenziali e diurne censite, sono state visitate nel corso del 1991 dalle équipes di vigilanza 580 strutture comprensive di n. 261 fra Centri diurni e Case Albergo.

Poichè la gran parte delle strutture è stata oggetto di più visite nel corso dello stesso anno, globalmente le visite di vigilanza effettuate nel corso del 1991 ammontano a 1.050 circa.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 12

PROVINCE		TIPO DI PROVVEDIMENTO																		TOT. GEN.				
		N° STRUTTURE ESISTENTI		DEROGA						PROVISORIE						PERMANENTI								
				SP	CR	CA	TOT.	SP	CR	CA	TOT.	SP	CR	CA	TOT.	SP	CR	CA	TOT.					
PAVIA	67	223	814	187	1.224	756	365	51	1.172	484	363	344	1.191	1.463	1.542	58								
BERGAMO	62	1.328	847	569	2.744	479	109	90	678	55	95	15	165	1.862	1.051	67								
BRESCIA	105	3.075	1.669	1.249	5.993	0	0	0	0	113	52	93	258	3.188	1.721	134								
MANTOVA	40	1.060	835	190	2.085	45	33	16	94	33	4	48	85	1.138	872	1	25	9						
MILANO	115	0	0	0	0	0	0	0	0	758	545	139	1.442	758	545	13								
VARESE	61	1.844	1.523	542	3.909	0	0	25	25	41	0	5	46	1.885	1.523	57								
COMO	73	222	121	122	465	36	0	39	75	232	67	68	367	490	188	22								
SONDRIO	20	20	10	0	30	24	20	0	44	145	46	11	202	189	76	1								
CREMONA	32	0	0	0	0	54	29	0	83	28	43	0	71	82	72									
TOTALI	575	7.772	5.819	2.859	16.450	1.394	556	221	2.171	1.889	1.215	723	3.827	11.055	7.590	380								

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 13

AUTORIZZAZIONI STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI A FINE 1992

PROVINCIA	TIPO DI PROVVEDIMENTO							NUMERO STRUTTURE	% AUTORIZ./ STRUTTURE
	DEROGA	PROVVISORIE	PERMANENTI	SOSPENSIONI REVOCHE	DINEGHI	TOTALI			
PAVIA	19	19	17	0	0	2	57	67	85,07%
BERGAMO	38	5	2	0	0	0	45	62	72,58%
BRESCIA	95	0	5	0	0	0	100	106	95,24%
MANTOVA	29	2	3	0	0	0	34	40	85,00%
MILANO	0	0	20	0	0	1	21	116	18,26%
VARESE	38	1	1	0	1	11	52	61	85,25%
COMO	6	1	6	0	0	0	13	73	17,81%
SONDRIO	1	2	3	0	0	0	6	20	30,00%
CREMONA	0	1	1	0	0	0	2	32	6,25%
TOTALI	226	31	58	0	1	14	330	576	57,39%
	68,48%	9,39%	17,58%	0,00%	0,30%	4,24%	100,00%		

1.5. I risultati del I° P.S.A. riferiti al mantenimento e allo sviluppo della rete dei servizi alternativi al ricovero

Da quanto fin qui esposto, traspare come l'impegno fondamentale del I° P.S.A. nell'area degli anziani, sia stato volto prioritariamente all'adeguamento e allo sviluppo della rete dei presidi destinati ai non autosufficienti, mentre per quanto riguarda i servizi alternativi al ricovero si è puntato principalmente al miglioramento dei servizi di assistenza domiciliare, e alla sperimentazione di nuove tipologie d'offerta in grado di permettere all'anziano pur non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente di vivere nel proprio ambito familiare e sociale. Rientrano in queste tipologie, la sperimentazione dei Centri diurni integrati finanziata con fondi autonomi regionali e la sperimentazione dell'assistenza domiciliare integrata finanziata con fondi a carico del F.S.N..

1.5.1. La rete del SAD

Malgrado le scelte finanziarie regionali legate alle priorità fissate dal I° P.S.A. abbiano oggettivamente privilegiato gli interventi riparatori rispetto a quelli preventivi, il sostegno finanziario alla rete dei servizi domiciliari ha rappresentato un notevole impegno, ed ha mantenuto al II° posto delle spese programmate, ai sensi della circolare annuale di assegnazione dei contributi di parte corrente, l'entità del contributo assegnato.

La rete del servizio di assistenza domiciliare rivolto agli anziani risulta costituita (dati 1991) da 788 Enti gestori distribuiti in 895 Comuni a copertura del 58% circa dei Comuni lombardi.

Di questi 118 (13,18%) hanno conferito la gestione del servizio all'USSL o alle Comunità Montane, non avendone in proprio la capacità gestionale.

Relativamente all'estensione territoriale la rete del SAD raggiunge l'87% dei Comuni al di sopra dei 3.000 abitanti (505 Comuni con SAD su 580); in particolare copre oltre il 97% della fascia di Comuni sopra 10.000 abitanti, circa il 94% della fascia tra 5.000 e 10.000 abitanti circa il 75% dei

Comuni tra 3.000 e 5.000 abitanti.

La fascia di Comuni meno raggiunta dal servizio è quindi riferita ai 966 Comuni con meno di 3.000 abitanti che raggiunge a fatica il 40% di copertura, tant'è vero che dei 118 Comuni che gestiscono il servizio a livello associato ben 98 si collocano in una fascia di popolazione con meno di 3.000 abitanti.

Questo dato denota la difficoltà dei piccoli Comuni a gestire anche un servizio di base come il SAD; del resto, la mancanza quasi dovunque in questi Comuni della figura dell'A.S. rende molto difficile l'organizzazione del servizio e pressochè impossibile la costituzione di un'équipe di riferimento in grado di elaborare e verificare costantemente un progetto di aiuto domiciliare.

La gestione associata del servizio ha consentito all'U.S.S.L. o alla C.M. l'assunzione, anche per il tramite di convenzioni di personale, la garanzia di un'équipe di riferimento, la programmazione degli interventi e la verifica della progettazione sull'utenza anche in quei Comuni che per le loro dimensioni non avrebbero potuto attuare il SAD.

Attraverso i piani di potenziamento ex circolare n. 4, n. 13 USSL pur non gestendo direttamente il servizio hanno comunque previsto l'assunzione di personale di coordinamento ed oltre n. 10 lo hanno già assunto intendendo con ciò dare al SAD un'organizzazione omogenea in tutto l'ambito zonale.

L'utenza complessiva è data da 36.175 anziani che hanno usufruito di prestazioni di personale.

La quota più rilevante si colloca nella fascia di età superiore a 70 anni ricomprendendo l'80% circa dell'utenza complessiva.

Il 15,9% dell'utenza è collocato nella fascia d'età tra i 60 e 69 anni ed una piccola quota pari al 6% ha meno di 60 anni.

Le donne sono più del doppio dei maschi confermando l'alta femminilizzazione del servizio.

Relativamente al personale, sono presenti 1760 ausiliari equivalenti al tempo pieno, 390 infermieri e una trentina di riabilitatori; mediamente in Lombardia è presente un ausiliario ogni 10,8 utenti, un infermiere ogni 52

utenti 1 riabilitatore ogni 97 anziani circa.

Complessivamente l'utenza assistita è pari al 2,8 della popolazione di 65 anni.

L'analisi dei dati in serie storica evidenzia però quanto la collocazione dell'utenza tra le varie fasce d'età sia cambiata e stia cambiando dai primi anni di attivazione del servizio ad oggi: infatti la fascia di utenza tra 60 e 69 anni dal 1982 al 1990 è scesa gradualmente dal 22,6% fino al 17%.

La fascia di popolazione tra 70 e 79 anni che nel 1982 rappresentava il 43,6% è scesa al 36,7% nel 1990; al contrario gli ultraottantenni nel 1982 pari al 26% circa dell'utenza totale sono continuati ad aumentare raggiungendo il 38% nel 1990. Il progressivo invecchiamento della popolazione ha in realtà finito col mutare anche la domanda di assistenza domiciliare che inizialmente era rivolta ad anziani complessivamente più giovani e più autosufficienti, generalmente soli e bisognosi di un modico aiuto per rimanere nel proprio ambiente e quindi la cui parziale autosufficienza era prevalentemente sociale.

Oggi invece la fascia che più utilizza il servizio è data dai "grandi vecchi" che di norma presentano condizioni di salute più compromesse.

Tutto ciò è stato dimostrato anche da una recente ricerca condotta per la Regione Lombardia dall'Università degli Studi di Milano che ha messo in luce come la quota più consistente di utenti sia costituita da persone sole (vedove o celibi/nubili), in situazioni di disagio economico (e questo è dovuto anche al fatto che nella maggior parte dei Comuni non è stata operata una tariffazione del servizio per cui si sceglie l'anziano più disagiato economicamente) ed in precarie condizioni di salute, caratterizzate dal ricorso sistematico a cure ospedaliere o infermieristiche motivate sia da patologie di tipo degenerativo che da un generale deterioramento delle condizioni sanitarie.

L'utenza dei servizi domiciliari è quindi sempre più spesso caratterizzata da parziale non autosufficienza fisica, psichica o sociale.

Le caratteristiche del servizio

Il livello qualitativo oggi raggiunto dalla rete esistente è molto

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

differenziato da realtà a realtà e non consente di dire che è adeguato alle nuove esigenze determinate dalle caratteristiche dell'utenza, anche se i dati evidenziano un progressivo spostamento delle politiche di intervento comunale dalle residenze al servizio al domicilio.

In genere la finalità degli Enti gestori è quella di mantenere a casa l'anziano il più a lungo possibile ricoverandolo solo quando il mantenimento presso il domicilio non sia più possibile.

Il ruolo esercitato in questi ultimi anni dalla Regione è stato fondamentalmente centrato sul tentativo di rendere più omogenei i livelli di prestazione puntando al miglioramento qualitativo del servizio.

Una prima fondamentale distinzione va infatti fatta tra i SAD di più recente avvio (post I° P.S.A. regionale) e i SAD storicamente consolidati, sia perchè a partire dal I° P.S.A. l'erogazione dei finanziamenti per i servizi di nuova attivazione è stata vincolata alla presenza di più mirate caratteristiche qualitative (erogazione di una media annuale di almeno 3 ore settimanali per utente di prestazione ASA) sia perchè, nei due anni che costituiscono la fase di avvio, questi servizi sono stati supportati da maggiori quote di finanziamento.

Dal 1991 attraverso i piani di potenziamento si è avviata anche una manovra di riqualificazione dei servizi consolidati, con una maggiore contribuzione agli Enti gestori che realizzassero progetti mirati ad una riorganizzazione del servizio e ad una sua migliore qualità sia in rapporto al personale assunto che alla quota di popolazione anziana assistita.

Ma al di là di questa distinzione di carattere generale, legata più che altro ai vincoli posti in relazione alle risorse regionali erogate, vi sono nei servizi di aiuto domiciliare attualmente esistenti, differenziazioni legate più propriamente alle forme organizzative del servizio ed al ruolo che questo assume all'interno della rete di risorse disponibili. L'analisi delle diverse caratteristiche dei SAD esistenti, anche sulla base di una sperimentazione di recente avviata sui diversi modelli di servizio, ha portato alle seguenti grosse distinzioni:

- servizi in rete, dove l'assistenza domiciliare è una delle possibili

risorse utilizzate dal territorio per rispondere ai bisogni degli anziani. L'offerta di servizi è tale da consentire risposte differenziate in relazione al modificarsi dell'autosufficienza dell'anziano e va dal telesoccorso, all'assistenza domiciliare, ai centri diurni compresi quelli per non autosufficienti, ai ricoveri temporanei, ai minialloggi, alla famiglia, al volontariato, ciascuno deputato a rispondere ai bisogni che si manifestano nell'anziano a seconda dei livelli di autonomia residui, e tutti con l'obiettivo di ritardare il ricorso al ricovero in struttura residenziale;

- servizi supplenti: è il modello più diffuso di SAD in quanto le realtà in cui l'offerta è molteplice e differenziata sono ancora molto limitate, il SAD è spesso la principale se non l'unica risorsa esistente nel territorio in alternativa alla struttura residenziale e conseguentemente finisce con il supplire la non presenza di altri servizi; i Comuni erogano ad esempio anche il servizio infermieristico, o prestazioni che potrebbero invece essere erogate al centro diurno o al consultorio geriatrico ecc..

Assumono un'importanza non irrilevante in questi servizi le reti informali di sostegno, come ad esempio il vicinato, o il volontariato anche non organizzato in associazioni con proprie caratteristiche specifiche, ma che comunque è in grado di integrare il servizio in particolari funzioni (es. la spesa quotidiana, l'accompagnamento ecc.) o sostituirlo in altre (ad es. il giro quotidiano degli utenti, la copertura di fasce orarie che il SAD comunale non è in grado di coprire).

Tra questi due poli si colloca qualche servizio che potremmo definire centralizzante, che nonostante cioè la scarsa presenza di una pluralità di reti di supporto, conferisce al SAD una valenza centrale per rispondere alle esigenze anche degli anziani con elevato grado di non autosufficienza. Al servizio fa capo un'équipe in grado di elaborare, coordinare e verificare progetti d'intervento personalizzati. Tale servizio è presente in qualche Comune di grosse dimensioni e/o in Comuni dove esiste un forte livello di coordinamento da parte dell'U.S.S.L..

La differenza fondamentale tra questi modelli di SAD, al di là della loro

natura organizzativa, sta nella diversa efficacia che hanno in relazione al ritardare il ricorso alla struttura residenziale; mentre sia il modello in rete che quello centralizzante sono certamente più efficaci nell'evitare i ricoveri impropri e comunque nel ritardare il più a lungo possibile il ricovero, il modello supplente pur erogando anche prestazioni che non gli sono proprie, non riesce a supportare l'utente e la famiglia oltre un certo livello di bisogno dell'anziano tanto da evitare il ricovero.

1.5.2. La rete dei centri diurni

I Centri diurni censiti appartengono alla classe dei servizi socio-assistenziali per anziani e rispondono ai requisiti e agli standard fissati dalla L.R. 1/86 e dal I° P.S.A.; si tratta in genere di strutture rivolte ad anziani autosufficienti che offrono attività e prestazioni di natura ricreativa, culturale e del tempo libero, con occasioni e spazi per attività e interventi autogestiti; accanto a queste attività i C.D. possono essere sede di assistenza domiciliare, offrire prestazioni sanitarie e riabilitative, ovvero bagni e docce assistite, mensa o servizi pasti.

La rete è composta da n. 337 strutture, di cui il 43,6% a gestione comunale e la restante parte (56,4%) autogestita dagli stessi anziani, o gestita da associazioni private, associazioni di volontariato, parrocchie o cooperative.

Solo 16 C.D. funzionano presso strutture residenziali per anziani.

La rete dei C.D. è distribuita in maniera molto disomogenea nella realtà territoriale, anche se la loro presenza pare possa essere rapportata alla classe di ampiezza demografica del Comune (i C.D. sono praticamente inesistenti nei Comuni con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti). La Regione non assegna contributi gestionali, data la scarsità delle risorse globalmente disponibili. I finanziamenti per investimenti legati al P.S.A. hanno consentito di concorrere alla realizzazione di n. 54 strutture entrate nei piani di finanziamento, per nuove realizzazioni o adeguamento a standard, come da allegata tabella n. 14.

Nella realtà regionale sono stati attivati, sia pure ancora a livello

sperimentale, anche n. 5 Centri diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, di norma collegati a strutture protette e/o Case di Riposo: questa tipologia di centri, offre, in regime diurno, le prestazioni che le strutture assicurano agli ospiti ricoverati e si pone come tentativo di costituire, una valida alternativa al ricovero, supportando adeguatamente le famiglie di appartenenza e consentendo agli anziani la permanenza nelle proprie case e nel proprio ambiente.

1.5.3. La rete dei mini-alloggi

Il censimento di mini alloggi derivato dall'analisi dei programmi di zona ha consentito di quantificare in n. 4.789 i mini alloggi per anziani presenti in Lombardia e distribuiti in n. 350 Comuni; gli stessi P.d.Z. prevedevano la realizzazione di ulteriori n. 1.756 mini alloggi; il dato non è però verificabile, in quanto i mini alloggi non sono stati ammessi a finanziamenti regionali, non rientrando nelle priorità fissate. La stessa ambiguità tra la tipologia di mini alloggi intesa come risposta ad esigenze alloggiative e quella più tipicamente assistenziale-tutelare, collegata ad altri servizi assistenziali, hanno di fatto rimandato al nuovo P.S.A. le indicazioni riferite agli standard e alla possibilità del loro inserimento all'interno dei finanziamenti socio- assistenziali.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 14

STATO DI ATTUAZIONE AL 30 APRILE 1993 DEGLI INVESTIMENTI PER INTERVENTI EDILIZI FINANZIATI DALLA REGIONE SUCCESSIVAMENTE ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL PRIMO P.S.A.															
CENTRI DIURNI PER ANZIANI															
TIPO	PIANO DI FINANZ.	FINANZIAMENTI IN MILINI DI LIRE				TOTALE	Percent. fin. revoc. su totale	COSTO DELLE OPERE	Percent. finanz. su costo	INTERVENTI FINANZIATI					
		per lavori	tot. finanz.	Finanz.	revocati					con lavori	Tot. non revocati	con fin.	TOTALE		
		terminati	in corso	non iniziati	non revoc.					terminati	in corso	non inizi.	revocati		
NUOVE COSTRUZ. E ADEG.A STANDARD		2.947	4.143	1.295	8.385	3.273	11.658	28,1	47,0	21	24	9	54	24	78
TOTALE		2.947	4.143	1.295	8.385	3.273	11.658	28,1	47,0	21	24	9	54	24	78
LAVORI	PSA 89														
VARI	PSA 92														205
TOTALE															
TOTALE	PSA 89	2.947	4.143	1.295	8.385	3.273	11.658	28,1	47,0	21	24	9	54	24	78
INTERV.	PSA 92														
EDILIZI	TOTALE	2.947	4.143	1.295	8.385	3.273	11.658	28,1	47,0	21	24	9	54	24	78

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



GIUNTA REGIONE MARCHE
SERVIZIO SANITA'

28 OTT. 1993

Ancona, li

Prot. 13/90/50 - 3/P.P.

-Alla PRESIDENZA
del CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Affari Regionali

-Alla PRESIDENZA
del CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Affari Sociali
Loro Sedi

e.p.c.

-Al Commissario del Governo
nella Regione Marche
Ancona

Oggetto: Stato di Assistenza socio-sanitaria agli anziani marchigiani.

Facendo seguito alla richiesta n.200/4794/41.3.67.3 REG.della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Affari Regionali, pervenuta a questo Assessorato in data 12 u.s.,si rimette copia della relazione sulle "Problematiche dell'Anziano nelle Marche e sul Progetto Obiettivo Prototipale 1991/1993",già trasmessa in data 19/3/1993 col n.4986/SAN 3.1/AP di protocollo.

Distinti saluti.

L'ASSESSORE
(Gino Mallesi)

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
- 4 OTT 1993
Protocollo N. 16090/11A/29
ARRIVO

Ma pace

04 NOV. 1993

9.39

AM

Regione Marche

-Alla Presidenza
del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Affari Regionali
R O M A

e.p.c.

-Al Commissariato del Governo
nella Regione Marche
A N C O N A

Oggetto: Relazione sullo stato di assistenza agli anziani-

Facendo seguito alla richiesta del 5 marzo 1993 n.222/93 Gab. di protocollo, si rimette la relazione riguardante le "PROBLEMATICHE DELL'ANZIANO NELLE MARCHE ANNI 1991/1992" nella quale risultano notizie e dati nel settore dell'assistenza agli anziani.

Distinti saluti.

L'Assessore
(Aldo Tesei)

PROBLEMATICHE DELL'ANZIANO NELLE MARCHE
ANNI 1991/1992

La Giunta regionale ha stabilito mediante Circolare Presidenziale n.1/92, di cui all'atto deliberativo n.7026 del 23/12/91 TS/SAN, reso esecutivo nei modi di legge, il <PROGETTO OBIETTIVO PROTOTIPALE 1991/1993 e gli Indirizzi operativi alle UU.SS.LL. marchigiane in ordine alle modalità e benefici previsti dal S.S.N. per la tutela e cura dell'anziano, in ottemperanza della L.R. 5/11/88, n.43, concernente l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie>, che gli obiettivi specifici da dover realizzare e mettere in atto, entro il triennio 1991/1993, da parte delle proprie UU.SS.LL., sono:

- mantenere possibilmente l'anziano nel proprio domicilio, salvaguardando i rapporti familiari e le più ampie relazioni sociali con il garantire l'integrità del suo status e dei suoi ruoli nel contesto sociale;
- migliorare la qualità dei Servizi in atto attraverso lo sviluppo di una conoscenza e cultura medica geriatrica, compresa la definizione dell'assistenza domiciliare come servizio integrato socio - sanitario e l'attivazione o il potenziamento di altri Servizi alternativi "polivalenti" sia come utenza, sia come natura delle prestazioni;
- privilegiare l'impegno preventivo, curativo e riabilitativo al fine di contrastare e contenere i processi invalidanti e limitativi della autosufficienza sia fisica che psicologica e sociale;

-realizzare una deospedalizzazione dei ricoveri impropri e una graduale riconversione dei posti letto e dei servizi ospedalieri, con contestuale mobilità e utilizzo del personale medico da adibire ai servizi alternativi territoriali;

-programmare una corretta e idonea politica di interventi a favore dei cronici non autosufficienti, attraverso l'attivazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari, alternativa al ricovero ospedaliero o in altre istituzioni non adeguatamente attrezzate.

Stabilendo che tali indicazioni siano tradotte in atti operativi, con un coinvolgimento effettivo di servizi, strutture ed impegni di bilancio, va tenuto presente:

-che l'allungamento della vita media, l'invecchiamento progressivo e costante della popolazione pongono problemi sempre più complessi alla società: problemi di ordine socio assistenziale, sanitario, previdenziale, economico e politico;

-che l'invecchiamento è un processo che dura tutta la vita e deve essere riconosciuto come tale;

-che una particolare attenzione deve essere portata nel campo delle cure agli anziani di età molto avanzata ed ai non autosufficienti;

-che, per gli anziani, a partire dai 75 anni, si pongono i maggiori problemi concernenti la loro non autosufficienza (intesa nella sua accezione più ampia di perdita o alterazione delle diverse capacità e risorse fisiche, economiche e relazionali);

-che occorre ampliare l'assistenza a domicilio per assicurare servizi socio-sanitari di buon livello ed in quantità sufficiente perché le persone anziane possano abitare nelle loro comunità di origine e vivere autonomamente il più a lungo possibile. L'assistenza a domicilio -A.D.I.eS.A.D.- ed il servizio di spedalizzazione domiciliare (S.D.), non possono essere considerati come un vero sostituto delle cure ospedaliere, poiché sono invece complementari e pertanto, sarà necessario anch'esse associarle nel sistema sanitario, finché le persone anziane possano ricevere, con una spesa minima, le cure più adatte alle loro esigenze. Occorre, dunque, dotare i servizi a domicilio di unità operative mediche, paramediche, infermieristiche e tecniche che consentano di limitare il ricorso alla spedalizzazione;

-che occorre disporre di un'abitazione confortevole, poiché la casa è al centro di quasi tutte le attività degli anziani ed è per loro uno dei fattori più importanti. In effetti, un giusto adattamento dell'alloggio, con aiuto domestico pratico che faciliti la vita quotidiana, insieme a strumenti tecnici come elettrodomestici, utensili da cucina, ecc., opportunamente studiati, possono ridurre la difficoltà di vivere in casa propria alle persone anziane la cui autosufficienza è ridotta o che soffrono di altri handicap;

-che occorre fare tutto il possibile, ogni volta che il ricovero in Istituto sia necessario ed inevitabile per l'anziano, per garantire una qualità di vita corrispondente alle condizioni esistenti nella comunità di origine, salvaguardando il pieno rispetto e la dignità umana, la fede, le esigenze, gli interessi e la vita privata dello stesso;

-che occorre,da ultimo,aderire con profonda convinzione al principio che la famiglia,qualunque essa sia,resti il nucleo primo e fondamentale della società,il punto dove convergono,si acquiscono e si smorzano le tensioni e dove, soprattutto ,possono risolversi positivamente le problematiche esistenziali dei suoi componenti.

Per queste ragioni la famiglia costituisce un punto di riferimento di primaria importanza e di insostituibile rilievo per affrontare in modo adeguato e civile le problematiche della condizione anziana. Riconosciuta la famiglia,come nucleo fondamentale della società, occorre sforzarsi di incoraggiarla,di proteggerla e di rafforzarla in accordo con i diversi valori culturali e nel soddisfacimento dei bisogni dei suoi membri *anziani*.

La Regione Marche,in osservanza dell'art.23 della L.R.n.43/88, concernente l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie,con il Progetto Obiettivo Prototipale in questione, ha posto in essere,tramite le proprie UU.SS.LL., quanto segue:

a)-Il Servizio riguardante l' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): sua Istituzione.

L'A.D.I deve intendersi quell'insieme coordinata di interventi di natura diversa erogati a domicilio dell'utente anziano parzialmente autosufficiente, non autosufficiente o disabile, é costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative,socio-assistenziali rese al domicilio dell'ammalato,nel rispetto di standard minimi di prestazioni in forma integrata e secondo i piani individuali

programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso, in collegamento funzionale con l'Unità Valutativa ed Operativa Geriatrica Territoriale (U.O.G.T.), struttura regolarmente istituita presso ogni USL.

Il medico di medicina generale, appartenente ai servizi sanitari di base, resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente e a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio o ad esigenze di ricovero ospedaliero ".

DA PRECISATO che i soggetti ultrasessantacinquenni che dovranno rientrare in tale assistenza si distinguono in:

- *persone anziane non autosufficienti;*
- *persone anziane parzialmente autosufficienti;*
- *persone anziane autosufficienti ma comunque bisognose di servizi socio-sanitari assistenziali;*

Gli obiettivi dell' A.D.I. da raggiungere sono dunque:

1)- la promozione ed il sostegno delle condizioni di salute a domicilio per anziani e per soggetti disabili, che hanno perso in via temporanea o permanente, le capacità di provvedere autonomamente ed in modo soddisfacente a se stessi.

2)- rispondere ad esigenze e a stati di bisogni multipli, che per gravità e per impegno assistenziale richiesto, escludono trattamenti e soluzioni a livello residenziale, quale il ricovero ospedaliero o in residenza sanitaria assistenziale o in day-hospital.

La decisione per l'ammissione all' A.D.I. spetta al Responsabile del Distretto, su richiesta del medico di medicina generale o di famiglia, in accordo con gli operatori degli altri servizi sanitari e socio-assistenziali, previa verifica delle condizioni motivanti l'intervento ed in conformità di eventuali norme regolamentari regionali.

Gli interventi che ogni U.S.L ha applicato o deve applicare per tale assistenza, per chiederne il rimborso alla Regione, sono:

- 1)-l'assistenza del medico di medicina generale (medico di famiglia o di base), pari a 50 accessi annui programmati per assistito, per un costo annuo di £.1.500.000 (£.30.000 x 50);
- 2)-l'assistenza specialistica, pari a 8 consulenze annue per assistito, per un costo annuo di £.400.000 (£.50.000 x 8);
- 3)-l'assistenza infermieristica, pari a 100 ore annue per assistito, espletata da 1 infermiere professionale ogni 14 utenti comporta un costo di £.1.500.000 (£.15.000 x 100), la cui spesa complessiva annua per i 14 assistiti ammonterebbe a £.21.000.000 (totale ore n.1400 per £.15.000);
- 4)-l'assistenza riabilitativa e di recupero funzionale, pari a 50 ore annue per assistito, espletata da 1 terapeuta della riabilitazione ogni 50 utenti, comporta un costo di £.750.000 (£.15.000 x 50), la cui spesa complessiva annua per i 50 assistiti ammonterebbe a £.37.500.000 (totale ore n.2500 per £.15.000);

5)-le altre forme di assistenza sanitaria, compresi gli eventuali prelievi per esami clinici, il materiale sanitario, ect.;

6)-l'istituzione del Servizio " Telesoccorso e Telecontrollo " da parte delle UU.SS.LL. in associazione provinciale o regionale, il cui costo della gestione deve rientrare nella voce: "SPESE AGGIUNTIVE", che finanzia anche le spese da sostenere per gli operatori addetti all'assistenza igienico sanitaria dell'anziano, il rimborso spese viaggio del personale sanitario ausiliario per il servizio extraurbano, ecc., il cui costo annuo previsto ammonta a £.720.000.

Per la realizzazione di tale servizio, è stato e/o dovrà essere osservato quanto segue:

- rompere l'isolamento dell'anziano ed essere stimolo di socializzazione;
- fornire un particolare sostegno psicologico;
- realizzare il monitoraggio di specifici aspetti di rischio della situazione personale e ambientale;
- verificare la confidenza acquisita dall'utente nell'uso del radiocomando;
- svolgere infine utili compiti di "segretariato sociale" su richiesta dell'utente nella ricerca e fornitura di informazioni per accedere a uffici, enti, associazioni, ect..

L'attività istituzionale di tale Servizio, due servizi in uno, dovrà assicurare mediante il proprio Centro e, o le sue Centrali operative, entrambi i servizi con una dotazione di complesse attrezzature e di sofisticati sistemi computerizzati per garantire un funzionamento continuo, distinto in: *diurno, notturno, feriale e festivo.*

E' stato inoltre precisato che l'organizzazione di tale Servizio sarà la seguente:

- Centro operativo: *funzionante 24 ore su 24;*

- Unità operative: *2(due) operatori qualificati in turno, che siano in grado di conoscere sia il codificatore, che il computer e la relativa stampante;*

- Settore tecnico: *un certo numero di operatori specializzati (almeno uno per ogni turno)per :*
 - installazioni;*
 - assistenza tecnica;*
 - manutenzione.*

Si é inoltre precisato che la gestione di detto Servizio sarà assegnata alle forze attive di volontariato e/o a tutti gli altri soggetti comunque organizzati, costituiti nella Regione Marche e operanti nel settore con:

- a)-un' accurata selezione e formazione di personale qualificato;
- b)-una organizzazione territoriale efficiente con una progressiva realizzazione, se necessario, di uno o più centri sul territorio regionale;
- c)-una costante attenzione e partecipazione ad importanti iniziative di ricerca;
- d)-una preziosa collaborazione finalizzata con quelle strutture che, a qualsiasi livello, svolgono nel territorio compiti di tipo socio-sanitario e assistenziale.

Quanto esposto rappresenta l'attività istituzionale del Servizio "Telesoccorso-Telecontrollo", Servizio che si avvale della rete telefonica mediante l'installazione di un idoneo terminale periferico collegato all'apparecchio telefonico dell'assistito, il quale realizza una preziosa funzione di ponte tra l'utente e le sue necessità -da un lato- e gli operatori o le strutture deputate a provvedere alla sua sicurezza -dall'altro- procurando interventi mirati, rapidi, efficaci.

-Con il "Telesoccorso" vanno organizzati gli interventi per la gestione di un qualsiasi tipo di allarme e pronto intervento;

-Con il "Telecontrollo" vanno garantite le chiamate giornaliere o settimanali di verifica dei bisogni dell'utente, di cui alla posologia medica presentata.

7)-l'assistenza domestica ed abitativa o assistenza-sociale domiciliare (SAD), per lo svolgimento dell'attività quotidiana, pari a **140 ore annue** per assistito, è di parte socio-assistenziale e vengono espletate in conformità della L.R.n.43/88, mediante finanziamento proprio regionale erogato ai rispettivi Comuni.

In caso di incertezza e disaccordo, il Responsabile del Distretto deve ricorrere all'intervento dell' **U.D.G.T.-Unità Valutativa ed Operativa Geriatrica Territoriale**, regolarmente Istituita in ogni USL, intesa come gruppo multidisciplinare facente capo al Servizio della medicina di base e coordinamento distretti, al quale spetta il compito di verificare e di valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi, sulla base degli obiettivi e dei risultati concordati.

Il secondo punto preso in considerazione ed attuato, è stato:

b)-Il Trattamento Assistenziale Sanitario agli Anziani ricoverati nelle strutture di accoglimento residenziale.

Il suddetto trattamento è lo stesso dell'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)- che è una gestione da definirsi: < **pre Residenze Sanitarie Assistenziali -<R.S.A.>** -, che le Case di Riposo e/o le altre strutture residenziali dovranno assicurare agli assistiti non autosufficienti, i quali, a volte, superano il 50% degli ospiti. Quanto rilevato rimarrà operativo sino a quando le RSA non saranno regolarmente istituite e risultanti sufficienti a garantire l'assistenza sanitaria.

Quanto sopra esposto rappresenta gli standards assistenziali minimi per assistito che l'A.D.I. deve assicurare e sulla base dei quali saranno determinati gli oneri finanziari di ogni anno. Inoltre il Servizio Sanità della Regione Marche ha preparato una proposta regolamentare riguardante: < **NORME REGOLAMENTARI DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.) PER GLI ANZIANI ASSISTITI** >, da sottoporre al parere degli Enti locali interessati e delle OO.SS. marchigiane anziani.

A conclusione di quanto sopra esposto, la Giunta regionale dopo aver esaminato, tramite il Servizio Sanità ed Uffici competenti in materia, i **progetti-obiettivo** compilati ed inviati dalle rispettive UU.SS.LL.,

in ottemperanza delle suddette direttive ,ha approvato ad unanimità nella seduta del 21 settembre 1992 ,la deliberazione n. 3051 mediante la quale è stata liquidata ed erogata,alle rispettive UU.SS.LL., la somma complessiva di £.20.958.059.000, quale anticipazione in conto delle prestazioni sanitarie domiciliari integrate (A.D.I.) effettuate e/o da effettuare nei confronti degli ANZIANI ultrasessantacinquenni non autosufficienti,compresi quelli ospitati presso le Case di Riposo,di cui al prospetto "A" ivi allegato e parte integrante del deliberato stesso.

La suddetta quota rientra nei finanziamenti 1991/1992 del F.S.N. di parte corrente della spesa di competenza della Regione,come riportato nel prospetto "C" ivi allegato.

Dall'esame dei rispettivi progetti,si è riscontrata una popolazione anziana >65enne di oltre 290.000 unità,fra cui gli assistiti non autosufficienti dichiarati risultano superiori a 12.000 anziani , mentre quelli ammessi e considerati al riparto delle spese,risultano pari a circa 9.500 soggetti,per i quali la spesa complessiva del P.O. marchigiano ammonterebbe a oltre 46 miliardi,come dall'allegato prospetto "B",in cui è stata riepilogata la spesa generale per il biennio

1991/1992, distinta nelle seguenti voci:

- a)-Assistenza medica generica;
- b)-Assistenza specialistica;
- c)-Assistenza infermieristica;
- d)-Assistenza riabilitativa
- e)-Spese per materiale sanitario;
- f)-Spese per prestazioni aggiuntive

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr.ssa Rosa Brunori Ciriaco)

IL RESPONSABILE
(Dr. Alessandro Pace)



Prospetto "C"**FINANZIAMENTI PROGETTO OBIETTIVO PROTOTIPALE
ASSISTENZA ANZIANI MARCHIGIANI 1991/1992**

Anno 1991: Capitolo 4221121 "Spesa tutela salute anziani":

Somma approvata dal CIPE (anno 1990).....£. 2.945.000.000

Somma approvata dal CIPE(30/1/1992).....£. 6.455.000.000

Totale...£. 9.400.000.000

Anno 1991: Capitolo 4221162 "Spesa tutela salute anziani":

Somma stanziata nel Bilancio regionale col F.S.R. £. 6.000.000.000

Anno 1991: Capitolo 4221162 "Riabilitazione integr.va disabili"

Somma stanziata nel Bilancio regionale col F.S.R. £. 1.850.000.000

Totale.....£. 7.850.000.000

Anno 1992: Capitolo 4221165 "Spesa tutela salute anziani":

Somma stanziata nel Bilancio regionale col F.S.R. £.12.000.000.000

Anno 1992: Capitolo 4221162 "Riabilitazione integr.va disabili"

Somma disponibile nel Bilancio regionale col F.S.R.£. 1.200.000.000

Totale £.13.200.000.000

Totale Generale£.30.450.000.000

Totale sino ad oggi Impegnato...£.20.958.059.000

Disponibilità attuale.....£. 9.491.941.000

pace

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Prospetto "B" Riep. gen. spesa

RIEPILOGO GENERALE DELLA SPESA PROGETTO OBIETTIVO PROTOTIPALE REGLE ANZIANI ANNI 1991/1992 DELLE UNITA' SANITARIE LOCALI MARCHIGIANE					
Descrizione	TOTALE		TOTALE		TOTALE GENERALE
	SOMMA PREVENTIVATA RICHIESTA		SOMMA AMMESSA AL FINANZIAMENTO	SOMMA SPESA 1991 DA RIMBORSARE	
Popolazione >65 N.272.656					
Anziani non autosufficienti dichiarati n.11032					
Anziani ammessi al finanziamento n.9406					
ASSISTENZA MEDICO GEN.CA *	13977130000		0	75210000	75210000
ASSISTENZA SPECIALISTICA *	3476500000		0	11016000	11016000
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	15770731500		15770731500	928336500	16699068000
ASSISTENZA RIABILITATIVA	7945814800		7945814800	171382000	8117196800
SPESE PER MATERIALE SAN.RIO	2891359600		2891359600	46059500	2937419100
SPESE PER PRESTAZIONI AGG.VE	2222600000		2222600000	231260000	2453860000
TOTALE	48284135900		28830505900	1632413000	30462918900
* Tali spese sono programmate e già finanziate con i rispettivi contratti di lavoro. pace					

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

All. A* Finanzi. 9/192

ALLEGATO "A"	REGIONE MARCHE - ANNESSO "A" ALLA LEGGE N. 30 DEL 28 FEBBRAIO 1975										SERVIZI SOCIALI				NON AUTOREGIMENTATI ANNI 1981/1982				Anziani-SS. M.A. (ex Casa Riposo) Colonna 11
	Popolazione (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	Assistibili (SS)	
1-NOVARA	3883	180	4,3%	180	27000000	12700000	48000000	461400000	14400000	461400000	461400000	461400000	461400000	461400000	461400000	461400000	461400000	461400000	
2-MANTOVA	3889	151	3,9%	151	39000000	4975000	60000000	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	
3-VERONA	2027	192	9,5%	192	140600000	132000000	330300000	3606300000	14000000	3606300000	3606300000	3606300000	3606300000	3606300000	3606300000	3606300000	3606300000	3606300000	
4-PADOVA	14945	273	1,8%	273	811600000	270000000	111900000	123000000	123000000	123000000	123000000	123000000	123000000	123000000	123000000	123000000	123000000	123000000	
5-TORINO	8000	211	2,6%	211	851270000	45230000	157500000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	
6-BRESSANONE	8977	831	9,2%	831	900963000	659033000	171984500	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	
7-CAGLIARI	8003	410	5,1%	410	404278000	373331000	143284400	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	
8-CATANZARO	85189	3898	4,6%	3898	5222112300	3032588700	200898800	403800000	403800000	403800000	403800000	403800000	403800000	403800000	403800000	403800000	403800000	403800000	
9-BENEGALIA	32077	450	1,4%	450	709000000	357500000	134000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	
10-FALCONARA	19883	840	4,2%	840	887627800	200000000	125000000	104000000	104000000	104000000	104000000	104000000	104000000	104000000	104000000	104000000	104000000	104000000	
11-FABRIANO	30078	488	1,6%	488	928800000	448889000	144881000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	
12-ANCONA	0	0	0%	0	789000000	112300000	150000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	36000000	
13-ORZINUOVI	6950	371	5,3%	371	231000000	3750000	238000000	86400000	86400000	86400000	86400000	86400000	86400000	86400000	86400000	86400000	86400000	86400000	
14-REGGIO EMILIA	10281	336	3,3%	336	691200000	160000000	100800000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	
15-MANTOVA	17057	862	5,0%	862	1153000000	600000000	204600000	165000000	165000000	165000000	165000000	165000000	165000000	165000000	165000000	165000000	165000000	165000000	
16-CANTUA	10414	925	8,9%	925	1525475200	763288600	266733000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	
17-BEVERINO	2974	350	11,8%	350	810247400	275585000	89477000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	75000000	
18-TALENTINO	8760	831	9,5%	831	236117000	445770000	107520000	90000000	90000000	90000000	90000000	90000000	90000000	90000000	90000000	90000000	90000000	90000000	
19-CAMERINO	4087	154	3,8%	154	117300000	116625000	100200000	43200000	43200000	43200000	43200000	43200000	43200000	43200000	43200000	43200000	43200000	43200000	
20-TERAMO	84893	3878	4,6%	3878	5038338800	3361288800	878208800	501200000	501200000	501200000	501200000	501200000	501200000	501200000	501200000	501200000	501200000	501200000	
21-ELNOVA	10285	453	4,4%	453	639951000	258891000	121800000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	144000000	
22-VERONA	18072	124	0,7%	124	189000000	31750000	37200000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	
23-BERGAMO	24012	210	0,9%	210	313000000	393750000	63000000	151200000	151200000	151200000	151200000	151200000	151200000	151200000	151200000	151200000	151200000	151200000	
24-BRESCIA	3383	150	4,4%	150	354000000	138500000	45000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	
25-ASCOLO PICENO	18883	420	2,2%	420	609000000	307450000	105000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	180000000	
TOTALE	17389	1337	7,7%	1337	2098851000	1273311000	372000000	762300000	762300000	762300000	762300000	762300000	762300000	762300000	762300000	762300000	762300000	762300000	
TOTALE	372856	11032	2,9%	11032	15770731500	7945814800	2691358800	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	2222600000	

* - ha presentato anche LE SPESE sostenute nell'anno 1981
 ** - per altri anni sono comprese nelle colonne degli esercizi successivi

Regione Molise

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Fret. n. 10865

Campobasso, 14 OTT. 1993.

Disp. al foglio n. _____

del _____

Oggetto: Trasmissione elenco provvedimenti - Assistenza Anziani.

Al Ministero
Affari Regionali
Via del Giardino, Tel. 5111 10

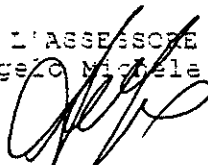
10196 P O M A

Al Ministero
Affari Sociali
Via Barberini 47

10137 E O X I

In riscontro al fax dell'11.10.93 si rimette in allegato elenco dei provvedimenti della Regione Molise in favore degli Anziani dall'Ottobre 1992 al Settembre 1993.

L'ASSESSORE
(Dott. Angelo Michele Iorio)



**DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI**
28 OTT. 1993
Protocollo N. 15858/1/A/391
ARRIVO

28 OTT. 1993
AX

**PROVVEDIMENTI DELLA REGIONE MOLISE IN FAVORE DEGLI ANZIANI
DALL'OTTOBRE '92 AL SETTEMBRE '93****PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI**

- Deliberazione del Consiglio Regionale n. 286 del 24.11.92
"Fondo Assistenza Anziani anno 1992 - Legge regionale 21/90
art. 24 punto a) - Lire 3.000.000.000. *
- Deliberazione di Giunta regionale n. 5831 del 21.12.92
"Assistenza Anziani Fondo 92 punto a) art. 24 L.R. 21/90
-Liquidazione. (Esecuzione della precedente) *
- Deliberazione di Consiglio Regionale del 24.11.92 n. 237
"Fondo Assistenza Anziani anno 1991 - Ulteriore
Finanziamento punto a) art. 24 L.R. 21/90 - Revoca -
Riparto fondi 1991 recuperati" Lire 167.234.000 ***
- Deliberazione di Giunta regionale del 14.12.92 n. 5737
"Assistenza Anziani Fondo 1991 - Punto a) art. 24 L.R.
21/90 - Liquidazione ulteriore Finanziamento. (Esecuzione
della precedente) ***
- Deliberazione di Giunta Regionale del 20.07.1993 n. 2006
"Fondo Assistenza anziani anno 1993 L.R. 21/90 punto a)
art. 24 (Proposta al Consiglio di riparto del fondo 1993 -
è tuttora all'esame del Consiglio) Lire 2.700.000.000. *
- Deliberazione di Giunta regionale del 28.07.93 n. 2642
"Assistenza Anziani riparto 1993 punto b) e c) art. 24
L.R. 21/90. Lire 1.800.000.000. **

- * Fondi da utilizzare esclusivamente per l'Assistenza Domiciliare
- ** Fondi da utilizzare per tutti gli altri servizi previsti dalla legge
- *** Fondi non utilizzati dai Comuni per l'Assistenza Domiciliare e ridistribuiti agli altri Comuni

- Deliberazione di Giunta regionale del 07.08.92 n. 3827
Progetto Sperimentale "Riabilitazione cognitiva
dell'anziano con sindrome demenziale e sostegno psicologico
alle famiglie" - Convenzione con la sezione locale di
Campobasso dell'A.I.M.A. (Associazione Italiana Malattia di
Alzheimer)
Sospesa con richiesta di chiarimenti da parte della
Commissione di controllo sugli atti della Regione in data

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- 02.09.92;
Deliberazione di Giunta regionale del 30.11.92 n. 5586
Progetto Sperimentale " "Riabilitazione cognitiva
dell'anziano con sindrome demenziale e sostegno psicologico
alle famiglie" - Convenzione con la sezione locale di
Campobasso dell'A.I.M.A. (Associazione Italiana Malattia di
Alzheimer) - Chiarimenti
- Delibera del 24.05.93 n. 1093
Progetto Sperimentale " "Riabilitazione cognitiva
dell'anziano con sindrome demenziale e sostegno psicologico
alle famiglie" - Convenzione con la sezione locale di
Campobasso dell'A.I.M.A. (Associazione Italiana Malattia di
Alzheimer) - Liquidazione acconto Lire 15.000.000.
- Deliberazione di Giunta regionale del 16.11.92 n. 5322
Progetto - Obiettivo "tutela della salute degli anziani" -
Avvio sperimentazione Assistenza Domiciliare Integrata -
UU.SS.LL. Agnone e Larino;
Sospensione con richiesta di elementi integrativi di
giudizio da parte della Commissione di controllo in data
03.12.92;
Deliberazione di Giunta regionale del 15.02.93 n. 278
Progetto - Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" -
Avvio sperimentazione Assistenza Domiciliare Integrata -
Elementi Integrativi di Giudizio;
Annullamento delle precedenti deliberazioni da parte della
Commissione di controllo.
- Delibera del 29.03.93 n. 551
Progetto - Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" -
Assistenza Domiciliare Integrata - Avvio sperimentazione
corso di formazione operatori;
- Delibera del 21.06.93 n. 1388
Progetto - Obiettivo "Tutela della salute degli anziani" -
Assistenza Domiciliare Integrata - Revoca corso di
formazione operatori a causa dell'annullamento della
deliberazione sull'avvio della sperimentazione presso le
USL di Agnone e Larino.
- Delibera del 07.11.93 n. 3335
Progetto - Obiettivo "Tutela della salute degli anziani"
Costituzione Gruppo di lavoro per studio e proposta sul
progetto.

PROVVEDIMENTI NORMATIVI

- Atto di Indirizzo e Coordinamento sull'attuazione della
Legge regionale n. 21/90 "Interventi in favore della
persone anziane" pubblicato sul Bollettino Ufficiale della
Regione Molise n. 1 del 16 Gennaio 1993.

Regione Piemonte

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Rot. n° 10416 /534

Torino, li 28 OTT. 1993

L'ASSESSORE

Al Dipartimento Affari Regionali
Presidenza del Consiglio dei Ministri
via del Giardino Theodoli n. 66
00187 ROMA

→ Al Dipartimento Affari Sociali
Presidenza del Consiglio dei Ministri
via Barberini n. 47
00187 ROMA

OGGETTO: III Relazione al Parlamento sullo stato dell'Assistenza agli Anziani.

Si trasmettono, come da vostra nota n. 200/4794/41.3.67.3, le notizie richieste circa gli interventi e le iniziative adottate dalla Regione Piemonte nel settore dell'assistenza agli anziani, relativamente al periodo ottobre 1992 - settembre 1993.

A disposizione per ogni eventuale integrazione, si porgono distinti saluti.

L'ASSESSORE ALL'ASSISTENZA
E AI SERVIZI SOCIALI
(Prof. Dott. Emilia Bergoglio Cordaro)

TP/VE/RA

**DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI**

- 9 NOV. 1993
Protocollo N. 16283/1/A/400
ARRIVO

09 NOV 1993

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

RELAZIONE SULLO STATO DELL'ASSISTENZA IN PIEMONTE.

L'interesse ai problemi e alle prospettive della condizione anziana da parte della Regione Piemonte è ormai un fatto consolidato, che trova le sue ragioni nell'aumento dell'invecchiamento assoluto della popolazione anziana regionale e nel conseguente incremento dei problemi sociali connessi al mutamento della stratificazione per classi di età della popolazione.

Tali fenomeni si sono ulteriormente accentuati a causa del calo di natalità, verificatosi negli ultimi vent'anni in misura più marcata che altrove.

Sulla base delle proiezioni demografiche per questo scorcio di secolo il Piemonte dovrà affrontare nei prossimi anni una vera e propria emergenza dovuta al forte aumento della classe di età degli ultra settantacinquenni, che nel periodo 1981-93 sono cresciuti del 20 % (da 268mila unità a 328mila). Nei prossimi dieci anni il ritmo di crescita non accennerà a diminuire e la popolazione di tale classe sarà rappresentata da circa 387mila persone (un altro +60mila). Sarà dunque necessario un impegno molto forte per far fronte ad una domanda di assistenza già oggi parzialmente soddisfatta.

La presenza di un ramificato sistema di servizi socio-sanitari destinati anche agli anziani ha in qualche modo creato, sul versante dei servizi pubblici, le condizioni per consentire una maggiore tutela della condizione anziana, nonché per una responsabilizzazione degli anziani nei confronti delle prestazioni del sistema di welfare.

Tra queste particolare attenzione è stata dedicata allo sviluppo dei servizi domiciliari, considerati elemento essenziale per la riduzione del ricorso ai ricoveri in strutture residenziali e per il miglioramento della qualità della vita degli ospiti.

Il S.A.D., diffuso su tutto il territorio regionale, è presente in tutte le U.S.S.L. e tra i suoi assistiti, gli utenti anziani erano nel 1991 9.012, un numero che rappresenta i tre quarti dell'utenza complessiva e un incremento del 44,1% rispetto al 1989, quando gli anziani assistiti erano 6252. Il dato è ancora più significativo se confrontato con quello dei ricoveri, aumentati nello stesso periodo del 2,3% e testimonia il forte impegno della Regione nel potenziamento del servizio.

La disaggregazione per fasce d'età dimostra inoltre una netta prevalenza di assistiti ultra ottantenni, ovvero di soggetti con autonomia e condizioni di vita e di salute più compromesse.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ANZIANI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER FASCE D'ETA' (31.12.91).					
60-64	65-69	70-74	75-79	ULTRA 80	TOT.
675	1008	1212	1959	4168	9012

Va rilevato che il servizio appare fortemente operativo, anche sul piano della consistenza del personale, essendo gli operatori impegnati passati dai 660 del 1989 a 862 del 1991.

Proprio su questo versante lo sforzo della Regione Piemonte nella formazione e riqualificazione del personale addetto ai servizi di assistenza domiciliare ha dato i suoi frutti, visto che gli allievi qualificati (vedi tabella) sono progressivamente aumentati nel corso degli anni (con un picco nel 1990) arrivando ad un totale di 3715 allievi qualificati nel 1991.

TABELLA 1. Allievi qualificati nei corsi di formazione per assistenti domiciliari e dei servizi tutelari.

ANNO	ALLIEVI QUALIFICATI.
1982	23
1984	74
1985	331
1986	122
1987	279
1988	503
1989	621
1990	957
1991	705
TOTALE (31.12.1991)	3.715

A ciò si deve aggiungere, come una recente ricerca realizzata dalla Regione ha ben messo in evidenza, che questi corsi di qualificazione sono tra i pochi che consentono sbocchi occupazionali ad allievi di età elevata e bassa scolarità.

Sul fronte dei servizi residenziali sono ancora molti gli sforzi da mettere in atto per proseguire nella loro riconversione e ristrutturazione.

I dati in possesso della Regione mettono in evidenza un ancora troppo forte utilizzo della risposta residenziale a fronte di un ancora troppo scarso utilizzo dei servizi domiciliari.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Risultano ricoverati, al 31.12.1991, nelle 645 strutture residenziali esistenti in Piemonte 29.155 anziani.

La risposta residenziale esistente è ancora per la gran parte di tipo tradizionale (478 strutture sono di tipo casa di riposo/istituto), anche se gli sforzi dell'amministrazione regionale in ordine al miglioramento quali-quantitativo dell'offerta appare rilevante.

Per quanto attiene il personale addetto all'assistenza i dati sulla loro consistenza per tipologia di presidi mettono in luce un rapporto operatori/anziani medio pari a 1 su 4,7 particolarmente confortante non solo per i carichi di lavoro di detto personale, ma anche per la qualità dell'assistenza offerta.

A questo riguardo si passa dal rapporto di 1 a 2,1 delle residenze protette, destinate ad ospiti non autosufficienti, a quello di 1 a 5,7 delle case di riposo, che oltre ad essere strutture miste costituiscono attualmente la maggior risorsa residenziale in Piemonte.

Il diffondersi delle risposte domiciliari ha modificato la stessa immagine del ricovero presso gli anziani e le loro famiglie, ancora disposte in molti casi a far fronte alle necessità dei loro congiunti.

Di conseguenza sono diminuite le richieste di ricovero di persone totalmente autosufficienti ed è aumentata la richiesta di posti nelle strutture residenziali destinate a non autosufficienti.

Così gli ospiti delle residenze sono sempre più vecchi e meno autosufficienti e nei loro confronti occorre predisporre non solo prestazioni di protezione sociale, ma anche di protezione sanitaria (medica ed infermieristica); si pensi a questo riguardo all'aumento delle malattie fortemente invalidanti che colpiscono gli anziani (demenza senile, morbo di Alzheimer ecc...).

I soggetti non autosufficienti ricoverati in Piemonte sono infatti 10.555, dato che rappresenta il 36,20% del totale degli anziani ricoverati.

Sotto la generale indicazione di "non autosufficienza" sono comprese condizioni diversificate, per la presenza di gradi differenziati di autonomia personale, in ordine ad alcune capacità ed abilità fondamentali (spazio-temporali, logico-cognitive ...) spesso strettamente legate all'età.

Ciò risulta ancora più evidente se analizziamo accuratamente i dati sugli ospiti delle strutture residenziali suddivisi per fasce d'età: gli ultraottantenni sono 14.562 pari al 70,41% del totale.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

OSPITI DI PRESIDIO SOCIO-ASSISTENZIALE SUDDIVISI PER FASCIA D'ETA'.

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
60-64	416	503	924
65-69	628	770	1399
70-74	625	1147	1775
80-84	1140	2880	4032
85-89	1504	4598	6128
> 89	1013	4302	5334
TOTALE	5813	16808	22692

(Per la parziale mancanza di dati non è possibile un'analisi completa degli anziani, ospiti di presidi, suddivisi per fasce d'età. La situazione sopra riportata è tuttavia significativa).

Tali dati sugli ospiti delle strutture residenziali mettono in evidenza un'ulteriore caratteristica della condizione anziana: la costante crescita della presenza femminile in queste fasce d'età. Tale differenziazione per sesso è rapportata infatti alla diversa durata della vita media, che vede aumentare la forbice dei valori della speranza di vita tra i due sessi.

Sono infatti 16.808 le donne ricoverate pari al 74% del totale regionale, con forti incrementi in corrispondenza delle fasce d'età più avanzate (dagli 80 anni in avanti).

Questi dati uniti a quelli sull'utenza dei servizi di assistenza domiciliare mettono in evidenza come proprio questi ultimi svolgano una funzione ancora residuale e non possano attualmente essere considerati come una reale e praticabile alternativa ai servizi residenziali, più tradizionali.

Di fronte a questa situazione la Regione ha inteso promuovere l'attuazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute degli anziani", contenuto nell'ultimo piano socio-sanitario, tuttora in vigore, attraverso l'individuazione di azioni coordinate e programmate di intervento tra servizi socio-assistenziali e sanitari.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Difatti l'approvazione da parte del Parlamento del Progetto-obiettivo omonimo e l'assegnazione di risorse finanziarie finalizzate ha ribadito la necessità di una gestione coordinata ed integrata con i servizi sanitari di queste politiche.

L'assunzione da parte del Servizio Sanitario nazionale di funzioni e competenze in materia ha consentito una più adeguata ripuntualizzazione degli obiettivi in riferimento ai maggiori problemi emergenti.

Tali problemi, evidenziati nel progetto-obiettivo del Piano socio-sanitario attualmente vigente possono essere sintetizzati in:

- insufficiente coordinamento tra attività curative e attività di reinserimento sociale;
- insufficienza grave di risposte domiciliari;
- mancata differenziazione delle risposte residenziali e grave carenza di presidi residenziali per anziani bisognosi di trattamenti continuativi.

Per affrontare più correttamente ed efficacemente queste problematiche è necessario ricorrere ad una strategia complessa fatta di un'offerta articolata di prestazioni caratterizzate, a loro volta, da un mix variabile, in intensità, di contenuti socio-sanitari e socio-assistenziali.

Nell'ambito delle attività territoriali, oltre alle tradizionali prestazioni socio-assistenziali, ciò si traduce nell'attivazione di progetti di assistenza domiciliare integrata, destinati ad utenti anziani malati terminali o colpiti da malattie acute temporaneamente invalidanti, o soggetti a dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Sul versante dell'assistenza domiciliare integrata la Regione ha inteso utilizzare le risorse finalizzate del progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" per promuovere e sostenere il rientro dell'anziano malato dall'Ospedale al proprio domicilio attraverso iniziative di dimissioni assistite.

Sono stati così finanziati i progetti delle USSL che rispondevano a questa caratteristica e che privilegiavano il coinvolgimento operativo dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali in un fattivo interscambio tra medici ospedalieri e medici di base.

Sul fronte più propriamente socio-assistenziale, la Regione Piemonte ha promosso quest'anno un progetto denominato appunto "Assistenza domiciliare permanente", che, attraverso una utile sinergia tra pubblico e privato, è teso ad assicurare gli interventi di assistenza domiciliare già previsti all'intero arco delle 24 ore.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Attraverso gli strumenti del telecollegamento sarà così possibile assicurare ai cittadini anziani l'attivazione in tempi brevissimi dei necessari servizi, utilizzando anche la disponibilità del vicinato e del volontariato.

In tal modo il progetto intende realizzare una graduale estensione e qualificazione degli attuali servizi di assistenza domiciliare, costituendolo come servizio effettivamente alternativo al ricovero.

Nell'ambito delle attività residenziali, la lettura integrata dei bisogni socio-sanitari ha richiesto di predisporre sul territorio regionale una rete organica di presidi caratterizzati dalla più ampia flessibilità strutturale e destinati ad una gamma molteplice di bisogni sociali, siano essi solamente alberghieri o richiedenti una maggiore protezione sociale e sanitaria (Residenze alberghiere - Residenze assistenziali - Residenze sanitarie assistenziali).

A questo riguardo occorre sottolineare come l'ultimo piano socio-sanitario prevedesse l'attivazione sul territorio piemontese di una rete di Residenze sanitarie assistenziali, realizzabile attraverso la riconversione e l'adeguamento alla normativa nazionale in materia delle strutture esistenti e l'attivazione di nuove da destinare a soggetti non autosufficienti.

I ritardi attuativi dell'art. 20 della Legge finanziaria del 1988, la limitatezza dei finanziamenti disponibili non hanno consentito le realizzazioni previste.

A ciò si aggiunga che la normativa sulle RSA non ne ha definito il personale e la tipologia delle prestazioni, con diretta ripercussione sui costi a carico del servizio sanitario e di quelli a carico del cittadino o degli enti tenuti per legge all'assistenza sociale.

Restano quindi affidate ai presidi socio-assistenziali, qualora in possesso di apposito reparto protetto, denominato Residenza Assistenziale Flessibile (R.A.F.), le cure degli anziani non autosufficienti, richiedendo agli operatori sanitari e socio-assistenziali modalità di lavoro integrate.

A questo riguardo poi il processo di riforma del Servizio sanitario nazionale nella sua organizzazione, nonché nelle modalità di finanziamento mettono in difficoltà la realizzazione di tali attività integrate, nonché il finanziamento di attività sanitarie nelle strutture protette.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'effettiva attuazione del Progetto-obiettivo dipende quindi in gran parte dalla quantificazione delle risorse disponibili, siano esse quota parte delle ordinarie risorse del Fondo sanitario o quote vincolate ad hoc.

Non è solo la differenziazione dell'offerta di servizi e prestazioni socio-sanitarie ad avere un ruolo determinante nella riduzione dell'istituzionalizzazione, bensì risultano rilevanti le modalità di interazione tra sostegno offerto e destinatari, famiglie ed anziani.

A questo riguardo un ruolo di particolare rilievo è oggi affidato alla costituzione a livello di USSL dell'Unità di valutazione geriatrica normata da appositi atti amministrativi. Con tale denominazione si fa riferimento all'attività interdisciplinare di alcune figure professionali coinvolte nell'assistenza agli anziani: geriatra, medico di base operante nel distretto, infermiere professionale, assistente sociale e fisiatra.

L'attività del gruppo è finalizzata alla valutazione multidimensionale degli interventi da attuare nei confronti degli anziani non autosufficienti, attraverso l'utilizzo di metodologie (scala di valutazione funzionale del grado di non autosufficienza) scientifiche ed uniformi sul complesso del territorio regionale e alla predisposizione delle soluzioni più idonee al bisogno dell'anziano.

In questo senso un più efficace studio e valutazione dell'impatto dei fattori biologici, relazionali e socio-economici nel determinare le condizioni di vita dell'anziano possono migliorare ed ottimizzare il sostegno garantito dai servizi socio-assistenziali e sanitari e dalle famiglie, intese anche in senso allargato, agli anziani.

L'utilizzo della scala di valutazione multidimensionale costituisce anche lo strumento attraverso il quale le USSL possono identificare e quantificare i bisogni espressi o latenti delle persone anziane residenti e, conseguentemente, programmare e realizzare la rete dei servizi considerata a ciò necessaria.

Una più efficace valutazione dei bisogni degli anziani è ancor più particolarmente urgente se si pensa che le necessità degli anziani si diversificano non solo in relazione allo stato di salute goduto, ma anche alle possibilità di accesso al sistema dei servizi.

In questa direzione la Regione è intervenuta per migliorare l'accesso alle informazioni sui servizi esistenti, non solo socio-sanitari destinati agli anziani o alla popolazione nel suo complesso attraverso sistemi informativi mirati ed integrati nelle loro componenti.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

In questo specifico ambito è stata avviata una procedura informativa sulle II.PP.AA.BB., che in qualche modo mantenesse aggiornati i dati sulle attività da queste esercitate, nonché la loro consistenza.

In conclusione gli scenari che si prefigurano per il prossimo triennio sono legati almeno in Piemonte alla possibilità di un'effettiva concretizzazione del sistema degli interventi predisposti a livello di programmazione regionale, in sintonia con quanto predisposto a livello nazionale in materia.

Tale concretizzazione non è solo il frutto di volontà tecnico-politiche predefinite (del livello centrale e di quello regionale), ma anche di volontà extra-istituzionali (soggetti privati e di privato sociale, quali la famiglia le associazioni di volontariato gli enti non profit...) operanti ai vari livelli nel settore ed è garantita dal possesso di strumenti tecnici adeguati.

A questo scopo è stato istituito alla fine dello scorso anno l'"Osservatorio regionale Anziani", quale strumento idoneo al miglioramento dell'analisi e delle conoscenze relative alle problematiche degli anziani, per orientare ed indirizzare le politiche sociali e per consentire un coinvolgimento diretto degli anziani e delle loro organizzazioni nella gestione di attività specificatamente loro destinate.

E' un progetto, nato sulla base di un protocollo di intesa con le organizzazioni sindacali confederali, unitamente alle categorie SPI-CGIL, FNP-CISL, UILP-UIL, che prevede la collaborazione oltre che delle forze sindacali, della pubblica amministrazione e del privato sociale.

E' questo un tentativo per la valorizzazione del volontariato degli anziani e del loro inserimento in attività socialmente utili, nonché per realizzare un più efficace coordinamento delle risorse culturali, di tempo libero a disposizione di tutti gli anziani e gestite da altri settori della pubblica amministrazione.

La fascia degli anziani attivi è in forte aumento, a causa anche del processo di ristrutturazione industriale, che ha colpito il Piemonte e che ha collocato a riposo molte persone non solo anagraficamente lontane dalla cosiddetta terza età. Ciò richiede alle politiche sociali un forte ripensamento ed una ritematizzazione della condizione anziana, non solo come socialmente centrale, ma come risorsa da valorizzare per il contributo di esperienza e di iniziativa che può portare in molti ambiti della vita sociale.

Regione Sardegna

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Prot. n. 539/12-1

Cagliari, 20 GEN. 1993

Allegati 1

Alla PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Affari Regionali R O M A
(Rif.n. 200/3738/41.3.67.3 dell'11.9.1992)

CV

OGGETTO: Assistenza anziani.

Con riferimento alla nota suindicata, si trasmette l'unita
relazione dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanita' e
dell'Assistenza Sociale.

IL RAPPRESENTANTE DEL GOVERNO

PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
UFFICIO REGIONALI
★ 2 GEN. 1993 ★
N. 200 634

(Firma)
[Handwritten Signature]

[Handwritten Initials]
GS/bc

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Affari Regionali

27 GEN. 93

N. _____



Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato dell'Igiene e Sanità
e dell'Assistenza Sociale

RAPPRESENTANZA DEL GOVERNO CAGLIARI
16 GEN. 1993
N° <u>RS</u> / <u>12.1</u>

Prot. N. 563 *[firma]*

Cagliari 13. GEN. 1993

Proposta al foglio N.

del *[firma]* Allegati N.

Oggetto: Assistenza Anziani.

Al Rappresentante del Governo
per la Regione Sardegna

C A G L I A R I

In riferimento a quanto richiesto con Vostra nota n° 2821/12.1 di prot. del 25 Settembre 1992 e alla nota n° 200/3738/41.3.67.3 dell'11.09.1992 della Presidenza del Consiglio Dei Ministri si forniscono gli elementi richiesti.

P R E M E S S A:

La L.R. N° 4/88 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali) affida, oltre ad altri organi istituzionali, centralmente ai Comuni, la titolarità delle funzioni, pertanto le operatività si determinano attraverso le proposte di programma che i comuni rendono espliciti attraverso un piano socio-assistenziale di valenza annuale, in armonia col piano socio-assistenziale triennale Regionale.

I piani comunali sono riferiti all'anno finanziario GENNAIO DICEMBRE per quanto riguarda le proposte di impegni di spesa.

La richiesta della Presidenza del Consiglio dei Ministri riferisce delle iniziative in favore degli anziani per il periodo che va dal maggio 1991 ad agosto 1992.

Mentre non c'è difficoltà a registrare, come atteggiamento propositivo, cosa i comuni intendono attivare come servizi nel 1992, ciò non è possibile per quanto attiene la registrazione delle somme effettivamente spese ed impegnate in quanto non si è in possesso di riscontri contabili e la certezza nell'effettiva attivazione di servizi preposti a ciò, appunto per il 1992.

Tuttavia tenendo come base di riferimento le dichiarazioni di spese presentate dai comuni per il 1991 e la programmazione dei servizi comunali per il 1992 si registra una certa stabilità delle tipologie di utenza e delle spese che si intende definire.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

In concreto non presenta differenze sostanziali, ai fini della presente relazione, riferita ad aspetti statistici e di politiche sociali per gli anziani, prendere come utilizzabili le dichiarazioni di spesa dei comuni per l'anno 1991 che presentano, appunto una certa sovrapposizione anche nella parte riferita a GENNAIO - AGOSTO 1991, GENNAIO - AGOSTO 1992.

SITUAZIONE

I Comuni sardi sono n° 376 di cui l'84% è al di sotto dei 5.000 abitanti. La popolazione anziana si aggira sulle 200.000 unità. Le Comunità che hanno attivato servizi in favore degli anziani sono n° 327, in particolare:

Assistenza Domiciliare

Questo servizio è attivato in 198 Comuni:

Provincia di Cagliari: n° 59 Comuni
Provincia di Oristano: n° 46 Comuni
Provincia di Nuoro: n° 30 Comuni
Provincia di Sassari: n° 27 Comuni

La spesa per questo servizio e relativi anziani interessati è così espressa:

Provincia di Cagliari L. 6.428.073.000 per n° 2.303 anziani
Provincia di Oristano L. 2.843.141.000 per n° 809 anziani
Provincia di Nuoro L. 2.678.910.000 per n° 1.204 anziani
Provincia di Sassari L. 3.801.996.000 per n° 1.502 anziani

Spesa totale L. 15.752.000.000
Anziani totale n° 5.994 unità
Comuni totale n° 198.

Questo servizio viene effettuato attraverso le convenzioni che i Comuni stipulano con le Cooperative "abilitate"; queste sono:

Provincia di Cagliari n° 30
Provincia di Oristano n° 13
Provincia di Nuoro n° 21
Provincia di Sassari n° 25

Queste 89 cooperative possono stipulare convenzioni in tutta la regione.

In riferimento alla qualità del servizio c'è da rilevare che tra gli operatori delle cooperative non sono molti quelli che hanno titolo professionale riconosciuto; si tratta nella maggior parte di cooperative presenti nel circuito socio-assistenziale già prima della legge regionale di riordino delle funzioni socio-assistenziali (L.R. 4/88) che si erano costituite con L.R. N° 28/1984 (Occupazione giovanile). Poiché la L.R. N° 28/1984 prevede come finalità l'occupazione di giovani, in questo caso attraverso lavori socialmente utili, e la L.R. 4/88 è dimensionata per

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

rendere un servizio sociale migliore ai cittadini, registriamo una situazione di passaggio dalle vecchie finalità alle nuove in quanto il fatto occupazionale è una conseguenza dell'attivazione dei servizi in favore dei cittadini.

Comunità Alloggio

Sono ospiti nelle comunità non meno di 1.266 anziani.

Il dato relativo delle dichiarazioni dei comuni è da prendere in considerazione per difetto in quanto non tutti gli anziani presenti nelle comunità sono stati presi in carico dai Comuni di residenza.

Da uno studio indicativo fatto dalla Regione Sardegna nel 1991 e di cui la Presidenza del Consiglio dei Ministri è stata messa a conoscenza in prot. N° 33406 del 26 giugno 1991 di questo Assessorato, risultavano per dichiarazione delle strutture ospitanti n° 3391.

La situazione attuale, così come espressa dalle decisioni di spesa dei Comuni, è così determinata:

Provincia di Cagliari	n° 567 anziani per L.	5.558.880.000
Provincia di Oristano	n° 68 anziani per L.	229.973.000
Provincia di Nuoro	n° 86 anziani per L.	916.463.000
Provincia di Sassari	n° 545 anziani per L.	2.608.019.000

I costi sono influenzati dalla permanenza effettiva nell'anno solare e dallo stato di autosufficienza. In riferimento a questo tipo di servizio si constata l'invecchiamento funzionale delle strutture che hanno fatto domanda di accogliere anziani e il divieto tassativo della L.R. 4/88 di dare contributi per manutenzioni o ristrutturazioni in favore del privato sociale.

Le strutture disponibili ad ospitare anziani in rapporto di convenzione con i comuni sono n° 85 per tutta la Sardegna, così localizzate:

Provincia di Cagliari	n° 35
Provincia di Oristano	n° 9
Provincia di Nuoro	n° 13
Provincia di Sassari	n° 28

di queste strutture quelle ubicate nei centri storici, hanno difficoltà a rispettare gli standard strutturali previsti dalla legge di riforma (L.R. 4/88) e sono presenti problemi per il superamento delle barriere architettoniche così come previsto dalla legge n° 130 del marzo 1971 e il suo regolamento di attuazione di cui al D.P.R. 27 aprile 1978 n° 384.

In pratica ci si trova di fronte ad obblighi di legge non sempre integrabili in particolare tutela dei beni culturali e quella dei disabili già ospiti di comunità.

Soggiorni Vacanza

I Comuni che hanno attivato questo servizio sono n° 231 così localizzati:

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Provincia di Cagliari n° 67
 Provincia di Oristano n° 37
 Provincia di Nuoro n° 53
 Provincia di Sassari n° 54

La spesa complessiva è non meno di L. 5.674.039.000 ed è riferita alla sola contribuzione comunale:

Provincia di Cagliari L. 2.620.775.000 per n° 3.667 anziani
 Provincia di Oristano L. 467.586.000 per n° 980 anziani
 Provincia di Nuoro L. 1.323.548.000 per n° 1.860 anziani
 Provincia di Sassari L. 1.683.130.000 per n° 3.643 anziani
 per un totale di n° 10.150 anziani.

Riguardo a questo servizio si rileva che i comuni trovano più facile programmare questi servizi, in genere tramite agenzia turistica, che predisporre e rendere operativi piani di priorità con servizi permanenti che incidano nella vita di tutti i giorni.

Detto ciò si riscontra un alto gradimento della terza età; forse in tutto incide l'insularità e il bisogno di conoscenza di altri popoli oltre che naturalmente a momenti di svago e di fuga dalla quotidianità.

Centri di Aggregazione Sociale

Questi centri sono aperti a tutti i cittadini ed è difficile estrapolare i dati che riguardano gli anziani. Pare comunque che almeno 24 di questi servizi siano frequentati in prevalenza o quasi esclusivamente da anziani.

Altri Servizi

F E S T E

Al fine di sensibilizzare le popolazioni locali alcuni comuni hanno attivato la "Giornata dell'Anziano", in particolare:

Provincia di Cagliari n° 14 Comuni	per L. 37.600.000
Provincia di Oristano n° 21 Comuni	per L. 67.991.000
Provincia di Nuoro n° 3 Comuni	per L. 11.297.000
Provincia di Sassari n° 8 Comuni	per L. 37.566.000
per un totale di n° 46 Comuni e una spesa di L. 154.454.000.	

G I T E

Comuni interessati e relative spese:

Provincia di Cagliari n° 2	L. 14.501.000
Provincia di Oristano n° 2	L. 9.385.000
Provincia di Nuoro n° 2	L. 12.347.000
Provincia di Sassari n° 3	L. 36.966.000

Sono stati inoltre attivati servizi diversi quali "pasti, n° 13 Comuni, ginnastica dolce n° 6 Comuni, attività socialmente utili e altre per n° 18 Comuni senza che sia stata indicata l'entità delle spese.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

CONCLUSIONI

Pare opportuno accennare alle responsabilità istituzionali-amministrative che investono le competenze dello Stato e della Regione per quanto attiene il progetto obiettivo "tutela della salute degli Anziani" di cui al Piano Sanitario Nazionale 1991-1995 così come approvato dal Parlamento con atto "non legislativo" secondo come previsto dall'art. 53 della Legge 833/1978 così come modificato dall'art. 1 della Legge n° 595/1985.

In particolare "nel fare" è importante che Stato e Regione trovino saldatura operativa attraverso intese, con reciproci impegni di spesa, per progetti temporalmente coincidenti, al fine di riportare ad unità l'anziano attualmente considerato con modalità sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.

L'ASSESSORE

- Prof.ssa Maria Giovanna Marrosu -



Regione Toscana

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

- 20 - **DIPARTIMENTO SICUREZZA SOCIALE**
SERVIZIO N. 103
STRUTTURE E INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI

VIA DI NOVOLI, 26 - 50127 FIRENZE - TEL. 055/4382111

PROT. N. III/37760/SA/2.
da usare nella risposta

DATA 08 novembre 1993.

ALLEGATI

RISPOSTA AL FOGLIO DEL

N.

OGGETTO:

Stato assistenza anziani. Risposta Vs. richiesta 8.10.93.

Presidenza Consiglio dei Ministri
- Al Dipartimento Affari regionali
- Al Dipartimento Affari sociali
R.O.M.A

Le politiche regionali a favore della popolazione anziana hanno trovato definizione normativa nella delibera del C.R. n. 168 del 24/3/92 "Progetto obbiettivo: Tutela della salute degli anziani" già contemplato nel Piano regionale dei servizi sociali - L.R. 61/90 - All. A - che rimandava al procedimento distinto.

Il suddetto progetto si avvale degli indirizzi contenuti nella normativa regionale inerente agli anziani non autosufficienti, alle strutture extraospedaliere ed ai relativi standard dimensionali, alla assistenza infermieristica in forma indiretta, sino ad una serie di atti amministrativi di attuazione come quello sulle convenzioni con strutture private e sui controlli di idoneità delle strutture.

In base alla L.R. 42/92, titolare delle funzioni in materia di assistenza sociale è il comune, il quale potrà gestire la materia direttamente ed individualmente oppure in associazione con uno o più comuni della propria zona socio-sanitaria attribuendo la gestione dell'attività alla USL. Quest'ultima, ai sensi dell'art. 7 della suddetta legge ha la gestione diretta delle funzioni di cura e riabilitazione degli anziani non autosufficienti da attuare attraverso azioni integrate secondo il D.P.C.M. 88/85 e L. 595/85.

L'impegno finanziario ricade sui bilanci comunali con il concorso del Fondo sociale regionale.

Gli interventi e le iniziative a favore della popolazione anziana assunti dalla Regione Toscana nell'ultimo anno, si come del resto da alcuni anni, si possono così individuare:
- Interventi di assistenza domiciliare
- Assistenza infermieristica in regime domiciliare
- Servizi residenziali e semi-residenziali
- Servizio di dialeccorso e telecontrollo

1

<p>DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI</p> <p>20 NOV 1993</p> <p>Protocollo N. <u>16780/1</u> <u>DAS</u> <u>RPA</u></p> <p>ARRIVO</p>

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Altri servizi (miglioramento condizioni abitative, attrezzature, ecc.)
- Cooperative e volontariato

-Sviluppo degli interventi di assistenza domiciliare -

Il servizio è diffuso da diversi anni in tutte le UU.SS.LL..

La Regione attua una forma promozionale finanziando programmi triennali ai quali devono subentrare i comuni, prima parzialmente, quindi, alla fine del triennio, con totale carico della spesa.

L'indice regionale degli utenti di assistenza domiciliare sul totale della popolazione ultra 65-enne è stato, nell'anno 1992, intorno all'1%.

Malgrado gli sforzi organizzativi e finanziari rimane distante l'obiettivo del 2% indicato nei documenti nazionali ed ancor più quello del 3% fissato dalle Regione nel Progetto anziani.

In valore assoluto, gli anziani fruitori del servizio sono stati nel 1992 almeno 6.680.

UU.SS.LL. e Comuni, oltre ad intervenire con personale dipendente, stipulano convenzioni con cooperative di servizi con spesa a carico del bilancio sociale.

La qualità delle prestazioni è particolarmente seguita e molto è stato fatto negli ultimi anni per la formazione degli operatori, sia nel caso di personale reclutato dalle liste di collocamento, formato ed aggiornato all'interno dei progetti di formazione professionale delle provincie, sia da parte dei Comuni per i propri operatori, da parte delle cooperative - L.R. n. 56/88 in Via di adeguamento alla L. 381/91 - nonché in modo autonomo da soggetti vari, quali volontariato, Comuni, ecc..

Interventi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti sono stati finanziati dalla Regione con fondi propri con la L.R. n. 49 del 5/8/1993.

-Assistenza infermieristica in regime domiciliare -

Con la delib. C.R. 256/91 la Regione Toscana ha definito il programma di interventi in forma indiretta, precisando l'apporto degli infermieri professionali, i parametri di erogabilità, i criteri di autorizzazione e liquidazione.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Con il suddetto provvedimento si è voluto introdurre un'alternativa al servizio diretto, utilizzando la disponibilità delle famiglie al fine di evitare il ricovero in carenza di operatori alle dirette dipendenze del Servizio sanitario.

- Servizi residenziali e semi-residenziali -

Nonostante i presupposti favorevoli per uno sviluppo sia quantitativo che qualitativo, nel periodo in esame, si conferma l'andamento lento nell'attuazione della rete dei servizi residenziali, così come già sottolineato nella nota dello scorso anno.

Si sono perfezionati e verificati gli strumenti messi in atto dalla Regione per garantire un buon livello di questi servizi: la legislazione sui requisiti di idoneità, l'adozione di regolamenti da parte delle UU.SS.LL. e dei Comuni, il controllo di qualità attraverso le apposite Commissioni, tutti aspetti che nel periodo in esame hanno raggiunto un buon livello di attuazione.

Tutto ciò ha determinato conoscenze certe, indispensabili per la riclassificazione delle strutture e la predisposizione dei programmi di nuove edificazioni e ristrutturazioni che purtroppo hanno incontrato un blocco a livello centrale riguardo ai programmi - Art. 20 L. 67/88 - ed ai relativi progetti esecutivi.

Le strutture di ospitalità annualmente censite dalla Regione, nel 1992 risultano 222 con 13.077 presenze, di cui 6487 autosufficienti e 6590 non autosufficienti.

Molto favore hanno incontrato, sia tra gli utenti che tra gli operatori, i centri diurni, servizi semi-residenziali, legati ai servizi territoriali che consentono alle persone anziane la permanenza nel proprio ambiente di vita pur fornendo prestazioni di assistenza alla persona e risposta ai bisogni di socializzazione.

Benché, ancora, non tutte le UU.SS.LL. dispongano di almeno 1 centro, così come indicato dalla regione nel progetto obbiettivo, tuttavia è evidente lo sviluppo negli ultimi anni, essendo ormai in funzione oltre 40 centri in tutta la Regione.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- Telesoccorso e telecontrollo -

Il servizio è stato istituito con la L.R. 35/90. Nel corso del 1992 si è ampliato il numero delle UU.SS.LL. che hanno attivato il servizio, in genere per alcuni Comuni del proprio territorio e per i casi a maggior rischio, in modo da garantire un eventuale pronto intervento. Si può calcolare che metà delle attuali UU.SS.LL. - una ventina - abbiano avviato il servizio per oltre 400 anziani. L'organizzazione avviene col coinvolgimento delle associazioni di volontariato in rapporto con i Comuni interessati.

- Miglioramento condizioni abitative -

Si tratta di interventi di limitato impegno finanziario, piccoli lavori nelle abitazioni delle persone anziane che facilitano la loro permanenza nell'ambiente domestico.

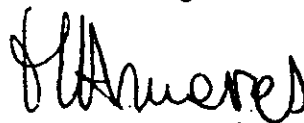
Nel 1992, sulla base dei programmi presentati dalle UU.SS.LL. sono stati finanziati 54 programmi specifici.

- Volontariato -

Le prestazioni e le attività esposte - servizi residenziali, diurni, assistenza domiciliare, telesoccorso, si avvalgono del contributo che può dare il volontariato organizzato, nei termini della L.R. 28/93.

Per migliorare la qualità del loro contributo i volontari sono sostenuti da appositi programmi di Formazione professionale.

L'ASSESSORE REGIONALE
ALLA SICUREZZA SOCIALE
Dott.ssa Mariangela Arnavas



MTC/fa
Serv.n. 103

Regione Veneto

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Venezia, 25 NOV 1993

Protocollo N°
(da citare nella risposta)

9581/206.00

Allegati N° 1

Oggetto Predisposizione III° relazione sullo stato dell'assistenza agli anziani.

Al Ministro
per gli Affari Regionali
Piazza della Minerva, 7
00187 ROMA

Al Ministro
per gli Affari Sociali
via Barberini, 47
00187 ROMA

e, p.c. Al Commissario di Governo
nella Regione Veneto
Ca' Corner
30124 VENEZIA

Come richiesto, si invia la relazione sullo stato dell'assistenza agli anziani nella Regione Veneto relativo al periodo Ottobre 1992 - Settembre 1993 rimanendo a disposizione per ogni eventuale chiarimento.

Distinti saluti.



Il Dirigente Generale Coordinatore
- Dott. Livio Frattin -

Livio Frattin

INTERVENTI ADOTTATI NEL SETTORE DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI - 1992 - 1993.

La politica sociale regionale a favore degli anziani si è sviluppata su due direttrici fondamentali:

- 1) potenziamenti dei servizi domiciliari al fine di mantenere la persona anziana il più a lungo possibile nel proprio ambiente familiare sociale.
- 2) la riqualificazione dei servizi sanitari e assistenziali nelle strutture residenziali.

In considerazione che la condizione di non autosufficienza può derivare da problemi di carattere fisico, psichico, socio-economico ed ambientale, il modello che si sta attuando nel Veneto si ispira al concetto di "rete integrata di servizi"; rete integrata intesa come compartecipazione e compresenza di soggetti istituzionali diversi e con distinte professionalità capaci di gestire in modo unitario e per progetti risorse umane e finanziarie.

Analizzando le normative e le iniziative che nel corso del periodo considerato la regione Veneto ha promosso possiamo citare: LR 28/91, assistenza domiciliare, strutture residenziali, Art. 20 lett. f) legge finanziaria n. 67/88 e sua concreta attuazione, Anno Internazionale dell'Anziano.

LR 28/91

E' questa una legge di grande significato sociale che anticipando le linee della programmazione regionale intende rafforzare il sostegno alle famiglie e alle reti di solidarietà che si fanno carico dell'assistenza a domicilio delle persone non autosufficienti, anziane o disabili.

Questa legge si colloca nell'ambito degli interventi di assistenza domiciliare e chiama in causa direttamente la responsabilità dei Comuni delle ULSS perché meglio siano conosciute ed affrontate le condizioni di non autosufficienza a domicilio, sia di supporto che di aiuto finanziario, e perché più estesi e qualificati possano essere gli interventi assistenziali effettuati a domicilio.

Il quadro delle erogazioni per tutto il 1992 è il seguente:
erogazioni L. 28.400.000.000= cittadini beneficiari n. 16.379; per il I° semestre 1993 è il seguente: L. 12.500.000.000= cittadini beneficiari n. 15.361.

Assistenza domiciliare

In considerazione dell'aumento della popolazione anziana e della

presenza di circa 15.000 anziani non autosufficienti ricoverati in strutture, l'istituzione e la promozione di assistenza domiciliare si qualifica quale strumento privilegiato ed efficace per contrastare l'emerginazione e per elevare la qualità di vita dell'anziano.

La necessità di fornire alla popolazione maggiori e sempre più specifici servizi ha orientato l'azione regionale verso un modello di assistenza domiciliare integrata per la quale assume maggiore importanza la stretta collaborazione tra Comune e ULSS al fine di agire sul territorio con tempestività e concretezza.

Dati assistenza domiciliare realtivi al 1993:
spesa assegnata L. 15 miliardi così ripartita:
ULSS 15 comunità montane n. 1
Comuni n. 341.

Strutture residenziali

Significativo e qualificante, ai fini dell'integrazione fra interventi sociali nelle strutture residenziali e sanitarie è il lungo percorso compiuto nel Veneto negli anni 1980 e che può essere considerato anticipatore di un modo corretto di intendere la gestione delle RSA.

Va infatti riconosciuto al Veneto il merito di avere nei fatti realizzato ante litteram il modello gestionele delle RSA quali strutture assistenziali extra ospedaliere fortemente caratterizzate sul versante sanitario, in cui all'intervento assistenziale, assicurato dalle istituzioni pubbliche e private operanti nel territorio si aggiunge, integrandosi, all'intervento sanitario da parte dell'ULSS.

Lo strumento operativo attraverso il quale si integrano il momento assistenziale e quello sanitario è la convenzione tra la singola struttura residenziale e l'ULSS, i cui contenuti fin dal 1986 sono stati con atti di indirizzo emanati dalla Regione Veneto.

Attraverso un costante monitoraggio effettuato da una Banca Dati regionale, la Regione garantisce a 15000 anziani non autosufficienti, ospiti in 195 strutture residenziali, un rimborso della quota di rilievo sanitario pro die e pro capite pari ad un massimo di L. 57.000= ed ad un minimo di L. 31.000=.

Art. 20 L. 67/88 RSA

La Regione Veneto ha un proprio patrimonio di strutture e residenze per anziani prevalentemente non autosufficienti equiparabile in termini tipologici, organizzativi e gestionali (con prestazioni di tipo sanitario e socio-assistenziale) alle RSA previste dal DPCM n. 321 del 29.8.89 ed attuativo dell'art. 20 lett. f) della L. 67/88.

Alla luce di ciò la Regione Veneto ha ritenuto opportuno predisporre un documento di recepimento degli indirizzi forniti dallo Stato sugli standard relativi alle RSA.

A tal riguardo nello scorso mese di ottobre è stato approvato il progetto organizzativo regionale delle RSA con allegate schede strutturali riepilogative dei servizi.

Anno europeo dell'anziano e della solidarietà tra le generazioni

Con l'obiettivo di elaborare un programma di iniziative per il 1993 celebrative dell'anno europeo dell'anziano, la Regione Veneto ha costituito un gruppo di lavoro rappresentativo delle forze sociali e degli organismi che a vario titolo sono presenti nel settore degli anziani.

In attuazione del suddetto programma che ha individuato una serie di iniziative si sono realizzate le seguenti iniziative:

mese settembre/ottobre: convegno europeo organizzato dall'EURAG sull'integrazione tra le generazioni;

visita guidata di circa 500 anziani ospiti di varie case di riposo del Veneto od aderenti alla Università della 3° Età alla Biennale di Venezia ed alla città stessa;

mese di novembre: viaggio studio per 50 anziani alle istituzioni comunitarie di Strasburgo e Lussemburgo in collaborazione con alcuni europarlamentari italiani.

Le restanti iniziative si concluderanno nel 1994.

Si discute molto, soprattutto a livello nazionale, se la migliore tutela dei non autosufficienti possa essere garantita dal settore sanitario e dalle sue strutture.

A tal riguardo la Regione Veneto ribadisce la scelta di gestire servizi e strutture di pertinenza dell'area sociale con una sempre maggiore integrazione con l'area sanitaria, soprattutto per le prestazioni di carattere sanitario e di rilievo sanitario, uniformandosi in tal senso alla scelta politica che il Ministero della Sanità ha attuato

recentemente con il progetto "Tutela della salute dell'anziano".

L'impegno a lavorare su e per le condizioni di benessere delle persone anziane, nel rispetto e nella tutela dei loro diritti, ha sempre contraddistinto la politica sociale della Regione Veneto e su questa strada si intende proseguire.

*Provincia Autonoma di
Trento*

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DIPARTIMENTO	SANITÀ E ASSISTENZA
SERVIZIO	ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI

Spett.le
 PRESIDENZA DEL
 CONSIGLIO DEI MINISTRI
 Dipartimento affari regionali
00100 ROMA

TRENTO. 28 OTT. 1993

PROT. N. 17097 /C52/MP/df.

OGGETTO: Assistenza agli anziani
 nella Provincia di Trento.

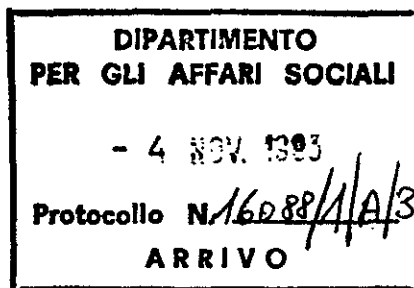


Spett.le
 PRESIDENZA DEL
 CONSIGLIO DEI MINISTRI
 Dipartimento affari sociali
00100 ROMA

Come richiesto con nota prot. n° 200/4794/41.3.67.3 di data 8 ottobre 1993, con la presente si inviano gli elementi in ordine agli interventi ed alle iniziative adottate nel settore dell'assistenza agli anziani.

Scusandoci per il ritardo nella trasmissione dei dati richiesti e rimanendo a disposizione per eventuali chiarimenti, si porgono distinti saluti.

Allegati.



- L'Assessore -
 Erminio Lorenzini

04 NOV. 1993

Reg.delib.n. 3526

Prot.n. 16

Verbale di deliberazione della Giunta Provinciale**O G G E T T O :**

Modifiche ed integrazioni alle "Nuove direttive alle Unità Sanitarie Locali per l'attuazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone anziane ospiti delle Case di riposo pubbliche e private della provincia di Trento".

Il giorno **22 MARZO 1993**ad ore **09:00**

nella sala delle Sedute,

in seguito a convocazione disposta con avviso agli assessori, si e' riunita

L A G I U N T A P R O V I N C I A L E

in seduta **ORDINARIA** sotto la presidenza del
PRESIDENTE GIANNI BAZZANELLA

Presenti:**ASSESSORE SOSTITUTO****WALTER MICHELI****ASSESSORI EFFETTIVI****ALDO DEGAUDENZ
TARCISIO GRANDI
REMO JORI
MAURO LEVEGHI
ERMINIO LORENZINI
VIGILIO NICOLINI
GIORGIO TONONI****Assenti:****ALDO DUCA****Assiste:****IL DIRIGENTE SERVIZIO SEGRETERIA DELLA GIUNTA MARCO MORESCHINI**

Il Presidente, constatato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il Relatore comunica:

La legge provinciale 15 marzo 1983, n. 6 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Provincia Autonoma di Trento" ha disposto all'art. 6, 1° comma, che: "In attesa dell'entrata in vigore del Piano sanitario provinciale, le Unità Sanitarie Locali assumono a proprio carico, entro i limiti e secondo le direttive di cui al successivo comma e sulla base di convenzioni con gli Enti o Istituzioni pubbliche interessate, la spesa inerente a prestazioni di natura sanitaria erogata a favore di persone anziane non autosufficienti ricoverate in casa di riposo".

La legge prevede i limiti riferiti al numero di persone assistibili e al costo pro capite, le modalità di erogazione delle prestazioni e lo schema-tipo al quale devono conformarsi le convenzioni tra le Unità Sanitarie Locali e gli enti o istituzioni interessate.

Tenuto conto di queste disposizioni, la Giunta provinciale ha approvato, con deliberazione n. 5663 del 27 maggio 1983, le "Prime direttive alle Unità Sanitarie Locali per l'attuazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone anziane ospiti delle Case di riposo pubbliche della provincia di Trento" contenenti le disposizioni e lo schema tipo di convenzione di cui alla legge provinciale n. 6/1983.

A seguito di successive verifiche, la Giunta provinciale ha approvato, con deliberazione n. 3650 del 16 maggio 1986, le "Nuove direttive alle Unità Sanitarie Locali per l'attuazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone anziane ospiti delle Case di riposo pubbliche della provincia di Trento", fissando, tra l'altro, vincoli diversi per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone anziane ospiti delle Case di riposo pubbliche della provincia, ridefinendo i criteri di calcolo del numero dei posti letto convenzionabili, rideterminando gli standards di assistenza alberghiera e reimpostando il sistema informativo allo scopo di verificare la congruità degli interventi.

Tali direttive sono state poi successivamente modificate con appositi provvedimenti per quanto concerne i valori in base ai quali le Unità Sanitarie Locali devono definire i contributi finanziari da corrispondere alle singole Case di riposo (punto E. lettera b. delle direttive stesse) per gli anni 1987, 1988, 1989, 1990, 1991 e 1992.

Inoltre la Giunta provinciale con deliberazione n. 18874 di data 31 dicembre 1990, a seguito di ulteriori verifiche e valutazioni rispetto ai bisogni ed alla dinamica della domanda, ha approvato ulteriori modifiche delle direttive vigenti, relativamente:

- 1) ai parametri relativi all'assistenza infermieristica e riabilitativa;
- 2) all'assunzione da parte delle Unità Sanitarie Locali della spesa derivante dall'acquisto di farmaci fuori prontuario terapeutico oltre a quella relativa ai presidi e al materiale sanitario, stabilendo a tal fine criteri per definire un tetto massimo finanziabile per ciascuna Casa di riposo;
- 3) all'individuazione a livello sperimentale di una quota di

Stampa circolare con testo illeggibile e firma manoscritta.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

spese generali direttamente imputabile alla presenza presso ciascuna Casa di riposo di ospiti non autosufficienti;

- 4) alla possibilità da parte delle Unità Sanitarie Locali di effettuare pagamenti a favore delle Case di riposo con una periodicità inferiore ai tre mesi qualora intervengano in merito accordi tra le parti.

Le modifiche di cui ai precedenti punti 1), 2), 3) e 4) sono intervenute anche nelle relative parti dello schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitaria Locale e Casa di Riposo per l'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti.

A seguito di ulteriori verifiche, con deliberazione n. 2436 di data 2 marzo 1992, la Giunta provinciale ha introdotto le seguenti ulteriori ed integrazioni:

- Il titolo delle direttive è stato sostituito con il seguente: "Nuove direttive alle Unità Sanitarie Locali per l'attuazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone anziane ospiti delle Case di riposo pubbliche e private della provincia di Trento".
- In relazione alla modifica di cui sopra nella totalità del testo delle direttive, la dizione "Case di riposo pubbliche" è stata sostituita, ogni qualvolta ricorre, con la dizione "Case di riposo pubbliche e private"
- Nel punto "C" concernente "determinazione degli standards minimi di attività da garantire nelle Case di riposo convenzionate per l'assistenza agli anziani non autosufficienti", per quanto concerne l'assistenza infermieristica e l'attività di rieducazione funzionale, è stata introdotta la possibilità per le Case di riposo, di convenzionarsi con liberi professionisti per un numero di ore in ogni caso non superiore a quello risultante dall'applicazione dei parametri, qualora l'Unità Sanitaria Locale non fosse in grado di assicurare l'erogazione delle prestazioni da parte di proprio personale.
- Alla guida per la codifica delle Case di riposo (allegato n. 7 delle direttive) è stato aggiunto l'Istituto Arcivescovile per Sordi di Trento, assegnandogli il codice n. 38.

Si rende ora necessario aggiornare, a decorrere dal 1 gennaio 1993, le quote di contribuzione, indicate al punto "E" concernente: "Fissazione dei criteri da adottare per il finanziamento delle Case di riposo" con i seguenti valori:

- Lire 12.638.000.- all'anno per il parametro di 0,322 ausiliari di assistenza generica aggiuntiva per posto letto convenzionato;
- Lire 3.685.000.- all'anno per il parametro di 0,084 infermieri per posto letto convenzionato;
- Lire 764.000 all'anno per il parametro di 0,016 riabilitatori per posto letto convenzionato.
- L'ultimo periodo della lettera c) viene sostituito con il seguente: "Per l'anno 1993 a favore di ciascuna Casa di

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- con personale messo a disposizione dall'Unità Sanitaria Locale, qualora il suo svolgimento richieda un fabbisogno di infermieri e/o di riabilitatori inferiore all'unità a tempo pieno, a meno che la Casa di riposo non disponga già del relativo personale. Qualora l'Unità Sanitaria Locale non sia in grado di assicurare alla Casa di riposo l'erogazione delle prestazioni da parte di proprio personale, la Casa di riposo può convenzionarsi con liberi professionisti per un numero di ore in ogni caso non superiore a quello risultante dall'applicazione dei parametri di cui ai punti c) e d).

L'Unità Sanitaria Locale deve, inoltre, garantire l'assistenza medica di cui al punto e) e l'eventuale fornitura di farmaci e dei materiali sanitari nei limiti definiti dalla normativa vigente, tenuto conto delle caratteristiche organizzative dell'assistenza medica e rispettando la normativa in merito all'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

Infine, alla guida per la codifica delle Case di riposo (allegato n. 7 delle direttive) si aggiunge:

- in virtù della richiesta della medesima di data 3 agosto 1992, la S.P.E.S.- Trento S.c.a.r.l. - Villa Belfonte, assegnandoli il codice n. 39;
- in virtù della richiesta della medesima di data 20 novembre 1992, la Fondazione Charitas Tridentina, assegnandoli il codice n. 40.

La consistenza del numero di ospiti non autosufficienti presenti nelle due Istituzioni sopra citate, dovrà essere accertata da parte dell'Unità Sanitaria Locale entro 30 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento, salvo che la stessa Unità Sanitaria Locale non vi abbia già provveduto in data antecedente. La data di avvio del relativo intervento finanziario decorre dal 1° gennaio 1993.

Tutto ciò premesso,

LA GIUNTA PROVINCIALE

- udita la relazione;
- visto l'art. 6 della legge provinciale 15 marzo 1983, n. 6;
- visto l'art. 47 della legge provinciale 12 luglio 1991, n. 14;
- viste le proprie deliberazioni n. 5663 di data 27 maggio 1983; n. 9741 di data 5 ottobre 1984, n. 3650 di data 16 maggio 1986; n. 5010 di data 29 maggio 1987; n. 4212 di data 29 aprile 1988; n. 1028 di data 3 febbraio 1989; n. 5917 di data 15 maggio 1990, n. 18874 di data 31 dicembre 1990 e n. 2436 di data 2 marzo 1992;
- a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- 1) di approvare le modifiche ed integrazioni delle "Nuove direttive alle Unità Sanitarie Locali per l'attuazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone anziane ospiti delle Case di riposo pubbliche della provincia di Trento" così come individuate in premessa;
- 2) di dare atto che alla spesa derivante dalla erogazione delle prestazioni di natura sanitaria agli ospiti non autosufficienti ricoverati nelle Case di riposo pubbliche e private della provincia di Trento, prevista in Lire 43.602.900.000.=, le Unità Sanitarie Locali faranno fronte utilizzando le risorse complessivamente assegnate con deliberazione n. 19782 di data 30 dicembre 1992, con cui si è provveduto alla determinazione e ripartizione della spesa sanitaria per l'anno 1993 da finanziare con le disponibilità del Fondo sanitario provinciale di parte corrente, successivamente assegnate con deliberazioni n. 19783 di data 30 dicembre 1992 e n. 1047 di data 8 febbraio 1993.

**INTERVENTI FINANZIARI DA PARTE DELLA PROVINCIA PER L'APPLICAZIONE
DI PROTESI DENTARIE DI CUI ALLA L.P. 20/91.**

Ripartizione ed assegnazione provvisoria dei finanziamenti per l'erogazione di contributi per le cure ortodontiche e l'applicazione di protesi dentarie di cui alla L.P. 20.91. (delibera n° 5174 dd. 23.04.1993).

COMPRESORIO	FINANZIAMENTO
VALLE DI FEMME - CAVALESE	L. 70.000.000.=
PRIMIERO - TONADICO	L. 50.000.000.=
BASSA VALSUGANA E TESINO - BORGO V.	L. 80.000.000.=
ALTA VALSUGANA - PERGIEN V.	L. 180.000.000.=
VALLE DELL'ADIGE - TRENTO	L. 400.000.000.=
VALLE DI NON - CLES	L. 150.000.000.=
VALLE DI SOLE - MALE'	L. 80.000.000.=
GIUDICARIE - TIONE	L. 150.000.000.=
ALTO GARDA E LEDRO - RIVA D/G.	L. 100.000.000.=
VALLAGARINA - ROVERETO	L. 70.000.000.=
LADINO DI FASSA - POZZA DI FASSA	L. 20.000.000.=
TOTALE	L. 1.350.000.000.=

**INTERVENTI FINANZIARI DA PARTE DELLA PROVINCIA IN FAVORE DI
INVALIDI CIVILI E SORDOMUTI L.P. 12 marzo 1990, n° 11.**

La legge provinciale 12 marzo 1990, n° 11 prevede la corresponsione di un assegno mensile non reversibile ad invalidi civile e ai sordomuti che siano o vengano riconosciuti tali dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età, che non abbiano titolo alla pensione sociale e abbiano conseguito nell'anno di riferimento un reddito personale annuo non superiore al limite fissato per ciascuna delle sopradette categorie.

Nel corso del periodo che va dall'ottobre 1992 al settembre 1993 i soggetti nei confronti dei quali è stato erogato l'assegno sono stati 6.320 di cui 599 sono deceduti. L'importo dell'assegno è pari a L. 287.825.= per l'anno 1992 fino al maggio 1993 e L. 293.005.= a partire dal giugno 1993.

INTERVENTI FINANZIARI DA PARTE DELLA PROVINCIA PER L'ATTIVITA' DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

Relazione sugli interventi formativi di riqualificazione e di aggiornamento per il personale addetto all'assistenza agli anziani.

L'operatore socio-assistenziale dei servizi domiciliari e tutelari è un operatore dell'area socio-assistenziale che, in base ad una specifica formazione, è preposto ad una serie di interventi integrati di assistenza diretta alla persona, d'aiuto domestico, di aiuto complementare all'attività di assistenza e tutela svolte da altri operatori per il miglioramento delle condizioni di vita igieniche e relazionali dell'utente di servizi domiciliari e dell'ospite di strutture tutelari protette.

In una indagine specifica si è verificato l'effettivo fabbisogno di tale operatore all'interno delle strutture tutelari, in particolare destinate a persone anziane, e dei servizi territoriali.

Gli interventi assistenziali sono finalizzati al recupero, al mantenimento ed allo sviluppo del livello di autonomia della persona attraverso un'insieme di interventi:

1. **Aiuto alla persona** in quanto l'ospite viene aiutato materialmente nello svolgimento delle attività quotidiane volte alla cura diretta della propria persona e della propria salute;
2. **Intervento sull'ambiente di vita** in quanto l'operatore socio-assistenziale cerca di rendere confortevole il luogo in cui l'ospite vive in modo da instaurare un rapporto adeguato fra i bisogni della persona ed il suo ambiente;
3. **Aiuto ad instaurare un rapporto corretto con l'utente ed aiuto alla relazione dello stesso con la famiglia e l'ambiente esterno** in quanto uno degli obiettivi dell'operatore socio-assistenziale è quello di intrattenere un rapporto con l'ospite, di partecipare alla vita della propria famiglia e della comunità in cui vive;
4. **Contributo alla programmazione dell'attività assistenziale ed alla predisposizione dei piani di intervento nei confronti del singolo utente** in quanto l'operatore deve avere la capacità di lavorare in maniera professionale e quindi in grado di riflettere e comprendere le motivazioni degli interventi da attuare, capacità di programmazione, di sottoporre a verifica il proprio

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

agire, capacità di integrare correttamente con servizi e professioni diverse dalla propria ecc..

Per l'anno 1992/1993 sono stati istituiti n° 4 primi corsi della scuola Biennale sperimentale per operatore socio-assistenziale dei servizi domiciliari e tutelari della consistenza di n° 35 posti ciascuno.

Un biennio è stato affidato alla gestione della Scuola Superiore Regionale di Servizio Sociale di Trento con sede a Trento; 3 bienni invece sono stati affidati alla gestione dell'Opera "A. Barelli" di Rovereto, con sede a Rovereto, Levico e Riva del Garda.

Sono stati organizzati inoltre corsi di riqualificazione i quali propongono i seguenti obiettivi generali:

1. Qualificare professionalmente gli ausiliari di assistenza delle Case di Riposo e gli assistenti domiciliari dei Comprensori della Provincia di Trento;
2. Offrire agli operatori in servizio le medesime opportunità formative predisposte per gli studenti della scuola per operatori socio-assistenziali;
3. Offrire ai servizi l'opportunità di qualificare ulteriormente le prestazioni socio-assistenziali;
4. Offrire l'acquisizione di competenza comuni agli operatori socio-assistenziali anche se appartenenti a contesti territoriali ed istituzionali diversi.

