

**ATTI PARLAMENTARI**  
**X LEGISLATURA**

---

**CAMERA DEI DEPUTATI**

**Doc. CXI**  
**N. 1**

---

**RELAZIONE**  
**SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO**

PRESENTATA DAL MINISTRO PER GLI AFFARI SOCIALI  
(JERVOLINO RUSSO)

---

*Trasmessa alla Presidenza il 5 agosto 1991*

---

PAGINA BIANCA

**INDICE**

—

Premessa del Ministro Rosa Jervolino Russo . . . . .	Pag.	11
Nota sull'attività previdenziale e assistenziale dello Stato . . . . .	»	23

**PARTE PRIMA****RELAZIONI DEI MINISTERI****Ministero dell'interno.****I Parte:**

Gli anziani ed i servizi di assistenza sociale . . . . .	»	51
--	---	----

**II Parte:**

Problematiche ed iniziative inerenti la popolazione anziana in Italia . . . . .	»	65
---	---	----

Scheda delle attività condotte dalla Fondazione Labos . . . . .	»	86
---	---	----

Ministero del lavoro e della previdenza sociale . . . . .	»	89
---	---	----

Ministero dei lavori pubblici . . . . .	»	103
---	---	-----

Ministero della sanità . . . . .	»	113
----------------------------------	---	-----

Memorandum sugli anziani . . . . .	Pag.	115
Servizio di controllo del Nucleo antisofisticazioni (NAS) dei Carabinieri . . . . .	»	131
Progetto finalizzato « invecchiamento » CNR . . . . .	»	136
Ministero del turismo e dello spettacolo . . . . .	»	139

## PARTE SECONDA

RELAZIONE SULLA ATTIVITÀ DELLE REGIONI  
IN FAVORE DEGLI ANZIANI

Premessa . . . . .	»	151
Regione Abruzzo . . . . .	»	153
Regione Basilicata . . . . .	»	161
Regione Calabria . . . . .	»	167
Regione Campania . . . . .	»	173
Regione Emilia-Romagna . . . . .	»	181
Regione Lazio . . . . .	»	185
Regione Liguria . . . . .	»	191
Regione Lombardia . . . . .	»	197
Regione Marche . . . . .	»	221
Regione Molise . . . . .	»	229
Regione Piemonte . . . . .	»	233
Regione Puglia . . . . .	»	237
Regione Toscana . . . . .	»	245

Regione Umbria . . . . .	Pag.	253
Regione Veneto . . . . .	»	259
Regione Friuli-Venezia Giulia . . . . .	»	273
Regione Valle d'Aosta . . . . .	»	285
Provincia autonoma di Bolzano . . . . .	»	295
Provincia autonoma di Trento . . . . .	»	307
Regione Sicilia . . . . .	»	315
Regione Sardegna . . . . .	»	319



*Il Ministro per gli Affari Sociali*  
DAS/6718/1/A

05 AGO 1988

Onorevole Presidente,

Le trasmetto la prima relazione annuale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, predisposta dal Governo, affinché venga acquisita agli atti della Camera dei Deputati.

Tale relazione è stata richiesta, nel documento conclusivo dei lavori, dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano, istituita dal Senato con deliberazione del 17 marzo 1988.

Il documento raccoglie i dati inviati dalle singole Amministrazioni dello Stato e dalle Regioni.

Le rinnovo i sensi della mia stima e Le porgo i più vivi saluti

Rosa Jervolino Russo

*Rosa Jervolino Russo*

RJR/bmb

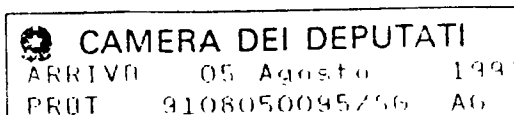
On. Prof.

Nilde Jotti

Presidente della

Camera dei Deputati

R O M A





*Il Ministro per gli Affari Sociali*

*DAS/6720/1/A*

Roma, 15 AGO. 1991

Onorevole Presidente,

Le trasmetto la prima relazione annuale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, predisposta dal Governo, affinché venga acquisita agli atti del Senato.

Tale relazione è stata richiesta nel documento conclusivo dei lavori dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano, istituita dal Senato con deliberazione del 17 marzo 1988.

Il documento raccoglie i dati inviati dalle singole Amministrazioni dello Stato e dalle Regioni.

Le rinnovo i sensi della mia stima e Le porgo i più vivi saluti

Rosa Jervolino Russo

*Rosa Jervolino Russo*

RJR/bmb

Sen. Prof.

Giovanni Spadolini

Presidente del

Senato della Repubblica

R O M A

PAGINA BIANCA



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI

---

**RELAZIONE**  
**SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO**

*Roma 24 luglio 1991*

PAGINA BIANCA

In virtù del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 maggio 1991, pubblicato nella G.U. 105 del 7 maggio 1991, con il quale il Presidente del Consiglio dei Ministri ha delegato il Ministro per gli Affari Sociali a predisporre la relazione annuale sulla condizione dell'Anziano, provvedo a trasmettere al Governo ed al Parlamento i dati inviati dalle singole Amministrazioni dello Stato e dagli Enti Locali e fornite a questo scopo.

Tali dati riguardano fatti concreti che non vengono elaborati né commentati, ma offerti al dibattito così come sono pervenuti per fornire un quadro quanto più esatto e realistico della situazione attuale.

Anche se indubbiamente lacunosi e incompleti, debbono essere considerati come un perfettibile tentativo iniziale dal quale possono prendere lo spunto proposte e progetti per future azioni e sempre più corrette procedure metodologiche ed operative.

L'aumento notevole della popolazione anziana ha, in questi ultimi anni, interessato l'Italia come del resto molti altri Paesi Occidentali. Diversamente distribuito nel territorio nazionale, il fenomeno deriva da una serie di fattori che interagiscono fra di loro. Il miglioramento generale dell'assistenza sanitaria e dell'alimentazione, le condizioni di lavoro sostanzialmente diverse da quelle dei primi decenni del secolo -e più attente alla tutela della salute dei lavoratori- in sostanza la migliore qualità della

vita hanno prodotto i loro effetti positivi, generando un'aspettativa di vita che oggi consente ad una persona di 65 anni di ipotizzare ancora un futuro di venti anni. Secondo le statistiche ISTAT, nel 1861 gli ultra sessantenni erano il 6,6% della popolazione mentre a poco più di un secolo, nel 1988, diventano il 19,4%.

Per gli stessi periodi (1861-1988) gli ultraottantenni erano lo 0,4% ed oggi sono il 2,8% della popolazione.

L'aumento della popolazione anziana, intersecandosi con altri fenomeni tipici della società industriale -quali la massiccia urbanizzazione, il superamento della famiglia patriarcale allargata, l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro- ha prodotto una serie di problemi che la generalizzazione del sistema pensionistico e dell'assistenza sanitaria non è valsa a risolvere. Si tratta, in sostanza, di questioni relative alla qualità della vita che vanno dalla predisposizione di strutture idonee ad accogliere chi, per motivi vari, non è più in grado di vivere nella propria casa e nel proprio ambiente (soluzione che rimane ottimale e che va costantemente perseguita), allo sviluppo di idonei servizi socio-sanitari, alla organizzazione di centri, iniziative ed occasioni per l'utilizzo soddisfacente del tempo libero.

Su questo piano, le istituzioni non sempre hanno saputo predisporre e realizzare risposte idonee e

quantitativamente sufficienti. La libera iniziativa economica e, soprattutto, il mondo del volontariato e del privato sociale hanno ideato nuovi progetti integrativi, spesso validi ed interessanti che, però, non sono valsi a soddisfare compiutamente le nuove esigenze degli ultrasettantenni e ultraottantenni bisognosi.

La non tempestività delle risposte istituzionali deriva sia dalla rapidità con la quale si è realizzato il fenomeno, sia dalla mancanza, nel nostro sistema giuridico, di uno strumento legislativo idoneo a programmare in termini moderni le politiche sociali, raccordando in modo funzionale ed incisivo le competenze dello Stato con quelle delle Regioni e degli Enti locali.

Programmare lo sviluppo sociale e non intervenire a posteriori con provvedimenti di emergenza, prevenire le situazioni di bisogno e non soltanto operare con logiche di tipo riparatorio, ma soprattutto garantire benessere pieno e la completa integrazione sociale dell'anziano come diritti personali costituzionalmente garantiti: sono questi i cardini fondamentali di una moderna politica per la terza età.

La X<sup>a</sup> Legislatura, pur non giungendo ancora al superamento della normativa del 1890 (Legge Crispi del 17 luglio 1890 n. 6872)) attraverso una nuova legge di riforma dei servizi sociali, sul piano istituzionale ha, per iniziativa del Governo, ottenuto alcuni obiettivi

fondamentali per una moderna politica sociale.

In quest'ottica è necessario ricordare soprattutto tre provvedimenti: la legge 23 agosto 1988 n.400, , la legge 9 marzo 1989 n. 86 e la legge 8 giugno 1990 n. 142 che, rispettivamente, istituzionalizzando lo strumento di raccordo fra Stato e Regioni (art. 12 L. 1988/400), creando il meccanismo per recepire, nell'ordinamento giuridico italiano, le direttive comunitarie e riordinando, in modo moderno e funzionale, le competenze degli enti locali hanno creato presupposti necessari per una nuova politica a favore della terza e della quarta età.

Un intervento straordinario di notevole portata economica è indubbiamente, quello previsto dall'art. 20 della Finanziaria 1988 (L. 11 marzo 1988 n. 67) il quale stanZIA 30.000 miliardi in dieci anni per la realizzazione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio pubblico e la realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti. Con il D.P.C.M. del 22.12.1989 è stato poi approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'attuazione dell'art. 20. Il non semplice meccanismo previsto dalla legge ha certamente ritardato l'applicazione di quest'articolo per il quale, peraltro, un positivo dialogo è costantemente aperto fra il Ministro della Sanità, il Parlamento, le Regioni e le parti sociali.

In attesa della realizzazione di nuovi e più qualificati servizi, non è mancato l'impegno del Governo per verificare la qualità della vita di coloro che attualmente sono ospitati nelle case di riposo. Il Ministero della Sanità, in accordo con l'Ufficio del Ministro per gli Affari Sociali, ha predisposto e realizzato una nuova metodologia d'indagine ed un piano periodico di rilevamenti al fine di individuare, con il massimo possibile di capillarità, attraverso l'intervento dei NAS (Nuclei Anti Sofisticazioni dei Carabinieri) le infrazioni alla normativa che attualmente regola il funzionamento delle case di riposo. Si tratta, certamente, di un intervento di urgenza reso però necessario dall'emergere di una serie di drammatiche situazioni di vita degli anziani ricoverati. E' ora in corso un attento esame della normativa che regola le attività delle case di riposo per vagliarne la persistente validità al fine di garantire, agli anziani, idonee condizioni di vita e per realizzare le modifiche che eventualmente dovessero appalesarsi necessarie.

Rientrano in un'ottica di attenzione per problemi che, in modo diretto ed immediato, riguardano gli anziani anche i disegni di legge del Governo, in avanzato corso di approvazione da parte del Parlamento, relativi alla riforma della legge 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Qualificare l'intervento sanitario, renderlo capillarmente sempre più efficiente e funzionale non può che

avere una immediata ricaduta positiva sulla condizione degli anziani.

La recente presentazione da parte del Ministro della Sanità del Progetto-obiettivo anziani del Piano Sanitario Nazionale e la stipula con le organizzazioni dei sindacati confederali del "Protocollo per la salute e i diritti degli anziani" dell'11.1.1991, evidenziano altrettanti importanti momenti di attenzione del Governo per la condizione anziana.

Nel corso di questi ultimi anni spesso, purtroppo, si sono registrate drammatiche situazioni di difficoltà ed a volte perfino si è verificata la morte di anziani soli nelle proprie abitazioni. Nell'estate del 1988 su iniziativa dell'Ufficio del Ministro per gli Affari Sociali è stato istituito, in via sperimentale, il servizio di emergenza "113 per gli anziani" che poi è stato istituzionalizzato e reso permanente con la circolare 14/11/1988 n. 559/C. 26528.14800(1) del Ministero dell'Interno che lo gestisce attualmente.

Il Governo si è poi impegnato a sostenere costantemente in Parlamento la legge quadro sul volontariato e la legge sulle cooperative di solidarietà sociale che, ormai, stanno per essere varate definitivamente, convinto della validità di queste iniziative le quali certamente produrranno una ricaduta positiva anche sulla condizione anziana.



L'attenzione politica è in questo momento rivolta alla riforma del sistema pensionistico le cui linee il Ministro del Lavoro, in costante contatto con le parti sociali, è impegnato a definire ed a presentare al Consiglio dei Ministri e poi al Parlamento. Tale provvedimento è di primaria ed insostituibile importanza per gli anziani ma non esaurisce di certo tutto l'arco degli interventi necessari che vanno da una rete integrata di servizi non solo socio-sanitari, ma anche culturali e del tempo libero e devono anche rendere possibile l'utilizzo di quell'immenso patrimonio di risorse che gli ultrasessantenni costituiscono per la società.

Uno dei fenomeni più significativi che, in questi ultimi anni, si è evidenziato nel mondo degli anziani è stato il vivo interesse per le iniziative culturali.

Le Università per la terza età, nate prima in alcune grandi città e poi diffuse in modo rapido e capillare su tutto il territorio nazionale ed in ogni ambiente, sono una delle espressioni di tale interesse.

Il fenomeno è di notevole portata perchè evidenzia la positiva volontà degli anziani (che, nella maggior parte dei casi, hanno promosso ed autogestito le iniziative) di vivere in pienezza la propria vita ed obbliga le istituzioni al positivo superamento di logiche aventi esclusivo carattere assistenziale.

Ma vi è ancora un passo avanti da fare:

"dall'anziano-problema, all'anziano-risorsa". Si tratta di un cammino che sul piano culturale è ormai compiuto, ma del quale occorre elevare il livello di consapevolezza collettiva e, soprattutto, trarre le logiche conseguenze sul piano istituzionale. Si tratta, inoltre, di un modo di riconoscere, anche attraverso la legge, il valore ed il ruolo degli anziani nella società.

Da questo punto di vista è interessante, perchè costituisce un punto di svolta, il disegno di legge A.C. n. 1783, presentato il 23 maggio 1989 dal Ministro del Lavoro pro-tempore relativo all'impiego degli anziani da parte delle Regioni, delle Provincie, dei Comuni, nonché delle associazioni sociali di volontariato e delle cooperative di solidarietà sociale. Significativo è anche il fatto che, di recente, la Commissione Affari Costituzionali del Senato abbia posto all'ordine del giorno ed iniziato l'esame di tale provvedimento.

Su tutte le problematiche riguardanti la condizione delle persone anziane la CEE ha promosso concrete iniziative che i singoli Stati sono stimolati a trasferire nei loro programmi di assistenza sociale e promozione umana. In particolare è stata proposta l'istituzione di una Carta speciale per gli ultrasessantenni che faciliti gli spostamenti dei cittadini in tutti i Paesi della Comunità, la celebrazione di un anno speciale dedicato "all'anziano e alla 'solidarietà' tra le generazioni" nel 1993, infine, la

costituzione di una Commissione europea che possa stimolare, valutandoli poi, nuovi concreti programmi di interventi a favore degli anziani tenendo conto proprio della realtà geopolitica dell'Europa unita.

Molto quindi vi è ancora da fare sul piano istituzionale per gli anziani, ma molte cose sono state fatte e la Relazione che il Governo presenta al Parlamento ne dà conto in modo analitico sulla base dei rapporti redatti dai vari Ministeri e dalle Regioni integrati da una nota che ha lo scopo di fornire le indicazioni desunte da documenti ufficiali sull'attività previdenziale ed assistenziale dello Stato.

Senza volere pretendere di anticipare il giudizio del Parlamento, si può rilevare comunque la tendenza delle singole Amministrazioni a lavorare più per competenze istituzionali che per progetti complessivi che finalizzino l'attività al raggiungimento di un obiettivo. La relazione evidenzia la necessità di coordinamenti trasversali ed insieme la difficoltà ad operarli: difficoltà che non è soltanto di natura legislativa o giuridica bensì, e soprattutto, culturale.

Il merito della rinnovata attenzione per i problemi della terza età che in questi ultimi anni si è positivamente evidenziata va, in larga misura, attribuito oltre che ai partiti politici, alle forze sociali del volontariato ed alle Confederazioni Sindacali. Le

Federazioni Nazionali dei Pensionati hanno saputo, con una serie interessante ed incisiva di iniziative, porsi come strumenti validi di analisi e di proposta nonché come propulsori, nella coscienza collettiva, di una consapevolezza nuova e più viva della necessità di dare ai problemi degli anziani risposte urgenti ed esaurienti.

Sul piano istituzionale la novità più interessante ed importante è stata la "Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano", istituita, nel marzo del 1988, dal Senato della Repubblica.

Il lavoro di ricerca e di indagine che la Commissione ha svolto, le proposte che ha elaborato, la Relazione conclusiva che ha approvato all'unanimità nel luglio del 1989, costituiscono fatti politici ai quali il Governo annette la massima importanza come linee guida del proprio impegno sui problemi degli anziani.

Fra le proposte che la Commissione del Senato ha avanzato c'è anche quella di una relazione annuale del Governo al Parlamento sulla condizione degli anziani nel Paese.

Proprio in ossequio a tale invito, il Governo presenta questa prima relazione che si impegna a ripetere annualmente, con la consapevolezza, come è nei voti della Commissione del Senato, che essa potrà costituire l'occasione per un consuntivo dell'attività svolta ma,

soprattutto, per un approfondimento propulsivo dei futuri impegni di politica istituzionale. Il Governo, infatti, condivide pienamente la convinzione della Commissione che "i diritti dell'anziano possono essere realmente garantiti soltanto promuovendo la piena cittadinanza dell'anziano stesso in ogni campo dell'attività economica, sociale e politica".

PAGINA BIANCA

**NOTA SULL'ATTIVITA' PREVIDENZIALE  
E ASSISTENZIALE DELLO STATO**

**P R E S E N T A Z I O N E**

Come premessa alle note informative inviate dai singoli Ministeri si pubblica una nota riguardante l'attività previdenziale e assistenziale dello Stato.

Questa è aggiornata al LUGLIO 1991 ed è stata elaborata tenendo conto dei dati desunti da documenti ufficiali.

PAGINA BIANCA



### 1. Nota sull'attività previdenziale

Il quadro normativo di riferimento è costituito dalla legge 9 marzo 1989, n. 88, di ristrutturazione dell'INPS e dell'INAIL, che ha sancito definitivamente il principio della separazione degli oneri di natura assicurativa previdenziale da quelli di natura assistenziale.

Le principali gestioni dell'INPS sono:

- il fondo pensioni lavoratori dipendenti (FPLD) che garantisce un trattamento previdenziale per tutti coloro che prestino lavoro retribuito alle dipendenze di terzi;
- la gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti;
- le tre gestioni dei contributi e delle prestazioni previdenziali per i lavoratori autonomi (coltivatori diretti, mezzadri e coloni, artigiani, esercenti attività commerciale);
- cinque fondi speciali sostitutivi per particolari categorie (servizi telefonici, imposte di consumo, aziende elettriche, personale di volo e personale trasporti);
- la gestione degli interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali (Art. 37. L. 88/89).

Il FPLD, pur impegnando circa il 50% del bilancio dell'INPS, interessa il 70% delle pensioni erogate; costituisce la gestione più importante dell'Ente ed eroga le seguenti prestazioni:

- pensione di vecchiaia;
- pensione di anzianità;
- assegno ordinario di invalidità;

- pensione ordinaria di inabilità;
- assegno privilegiato di invalidità e pensione privilegiata di inabilità;
- pensione ai superstiti.

La tabella n. 1 riporta il numero degli iscritti alle gestioni pensionistiche negli anni 1985/1989. Dati provvisori relativi al 1990 (Relazione generale sulla situazione economica del paese per il 1990), cifrano in 11.400.000 il numero di assicurati al FPLD nel 1990.

TABELLA 1.

NUMERO DEGLI ISCRITTI ALLE GESTIONI PENSIONISTICHE  
(migliaia di unità)

Gestioni	1985	1986	1987	1988	1989
FPLD	11.040	11.010	10.955	11.235	11.300
Coldiretti	1.394	1.350	1.302	1.255	1.206
Artigiani	1.831	1.838	1.855	1.862	1.851
Commercianti	1.562	1.572	1.613	1.642	1.624
Fondi sostitutivi	357	356	356	360	359
<b>TOTALE</b>	<b>16.184</b>	<b>16.126</b>	<b>16.081</b>	<b>16.354</b>	<b>16.340</b>

2. Numero ed importo medio delle prestazioni pensionistiche.

Per quanto riguarda il numero e i trattamenti di base I.V.S. (invalidità, vecchiaia, superstiti) dei lavoratori dipendenti ed autonomi, si allegano i due prospetti (2 e 3) che riportano la situazione 1989 e 1990 e che sono tratti dalla Relazione generale 1990.

A fini conoscitivi, si allegano inoltre le tabelle 4 e 5 (tratte dalla Relazione della Commissione Coloni - Doc. XVI-bis n.2 - aprile 1991) sulla evoluzione delle pensioni vigenti a fine anno e sugli importi medi mensili per gli anni 1985/1989.

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

tabella 2 — Trattamenti I.V.S. di base Lavoratori Dipendenti. Analisi delle prestazioni I.V.S. (Importi in milioni di lire)

ENTI O ORSTIONI	DISEGNO				Totale		A superstiti	
	Anzianità e Vecchiaia		Inabilità		1989	1990	1989	1990
	1989	1990	1989	1990				
<b>INPS</b>								
Fondo pensioni lav. dipendenti	numero ....	4.360.947	2.614.600	2.682.105	7.043.052	7.113.400	2.495.925	2.523.020
Fondo IVS pers. serv. telefoni	importo ....	46.665.989	53.476.817	21.129.817	67.795.826	75.965.126	15.061.194	16.914.825
Fondo IVS e adeguam. dip. II.CC.	numero ....	15.271	16.013	1.857	17.128	17.085	5.735	5.950
Fondo elettrici	importo ....	362.863	421.639	29.473	392.336	454.029	67.357	76.609
Fondo personale volo	numero ....	6.020	5.979	224	6.244	6.188	4.681	4.763
Fondo trasporti	importo ....	110.406	121.394	3.100	113.506	124.529	49.361	54.354
INPDAI (a)	numero ....	37.362	38.236	2.403	39.765	40.595	21.735	22.393
INPGI (a)	importo ....	891.647	990.305	46.366	938.013	1.029.282	295.661	323.335
ENPALS - Lav. Spet.	numero ....	1.161	1.211	208	1.369	1.457	754	769
ENPALS-Fondo spec. prev. ass. calcolatori e alien.	importo ....	35.231	40.660	4.968	40.199	46.309	6.298	7.182
Cassa prev. pers. Cassa Fuschì Siena	numero ....	49.756	52.015	10.719	60.475	62.608	36.177	37.111
Cassa prev. pers. Cassa San Paolo Torino	importo ....	1.055.357	1.180.976	189.444	1.244.801	1.380.644	398.994	439.411
Fondo prev. pers. Cassa Risp. Torino (b)	numero ....	28.337	30.679	1.835	30.222	32.621	10.928	11.556
Cassa prev. pers. Monte Paschi Siena	importo ....	1.163.158	1.540.231	66.409	1.229.567	1.621.721	266.145	270.641
Cassa prev. pers. Cassa Risp. Firenze	numero ....	2.509	2.556	51	2.560	2.560	1.262	1.262
CARIPLO	importo ....	96.234	108.790	2.556	98.790	108.790	31.273	31.273
Fondo prev. pers. Cassa Risp. Padova e Rovigo (c)	numero ....	27.047	28.317	6.544	33.591	35.046	12.140	12.637
Fondo prev. pers. Cassa Risp. Palermo Sicil.	importo ....	329.114	380.395	51.569	380.693	437.499	78.315	85.494
Fondo prev. pers. Cassa Risp. Asti	numero ....	278	313	33	311	347	52	55
	importo ....	3.310	4.227	313	3.623	4.571	332	379
	numero ....	793	836	188	981	1.039	273	278
	importo ....	25.335	33.702	5.260	30.595	40.137	6.063	7.725
	numero ....	1.052	1.052	51	1.103	1.103	605	605
	importo ....	35.582	36.474	892	36.474	36.474	10.915	10.915
	numero ....	1.346	1.417	101	1.459	1.525	510	510
	importo ....	55.171	63.550	1.990	57.161	65.780	8.595	9.420
	numero ....	415	421	86	501	508	292	304
	importo ....	12.949	14.615	1.252	14.201	16.042	4.455	4.855
	numero ....	2.266	2.452	194	2.450	2.636	1.216	1.252
	importo ....	69.789	82.438	4.030	73.819	86.756	17.155	19.301
	numero ....	420	414	23	443	444	199	195
	importo ....	13.009	16.766	505	13.515	16.766	4.472	5.692
	numero ....	1.492	1.492	74	1.566	1.566	1.011	1.011
	importo ....	46.502	102	1.338	47.840	121	12.947	12.947
	numero ....	97	102	15	112	121	55	55
	importo ....	3.152	3.501	311	3.463	3.879	1.035	1.133

(a) Nella generale diretta di anzianità e vecchiaia sono inclusi i trattamenti di prepensionamento. - (b) 1-1-1989 al anno base n. 202 liquidazioni in capitale per un importo di 11.282 milioni (nel 1990 105 per 6.165 milioni). - (c) Nel 1989 si sono state n. 7 liquidazioni in capitale per un importo di 632 milioni (nel 1990 se ne sono state 7 per un importo di 205 milioni)

N.B. - Gli importi delle prestazioni riportate possono non coincidere con quelle indicate nel conto economico in quanto i dati di questa tabella si riferiscono alle sole pensioni esistenti alla fine dell'anno di riferimento. Le prestazioni I.V.S. sono comprensive dell'apporto della « Gestione degli infortuni assicurativi » e di sostegno alle gestioni previdenziali ».

**tabella 3 - Trattamento I.V.S. Lavoratori Autonomi - Analisi prestazioni I.V.S.**  
(Importi in milioni di lire)

ENTI O GESTIONI	DIRETTE						A SUPERSTITI		
	Antichi e Vecchiai		Invalidi		Totale		1989	1990	
	1989	1990	1989	1990	1989	1990			
INPS - Gest. spec. I.V.S. Colt. dir. - mezz. - col.	numero	391.562	405.700	1.204.622	1.163.900	1.596.184	1.569.600	175.120	186.500
	importo	2.446.667	2.793.900	7.517.934	8.023.000	9.964.601	10.816.900	440.755	549.500
INPS - Gest. spec. I.V.S. Artigiani .....	numero	189.763	203.400	322.511	320.900	512.274	524.300	183.883	187.400
	importo	1.131.650	1.358.200	1.970.984	2.140.600	3.102.634	3.498.500	708.303	802.500
INPS - Gest. spec. I.V.S. Commercianti .....	numero	275.715	293.900	246.619	247.400	522.337	541.300	149.756	152.900
	importo	1.565.693	1.844.800	1.452.323	1.576.700	3.018.016	3.421.500	465.445	531.600

N. B. - Le prestazioni sono comprensive dell'apporto della «Gestione degli interventi assistenziali e di sostegno sulle gestioni previdenziali».

## NUMERO DELLE PENSIONI VIGENTI A FINE ANNO

.(in migliaia di unità)

tabella 4

Anni	Vecchiaia	Anzianità	Invalidità	Superstiti	Totale
FONDO PENSIONI LAVORATORI DIPENDENTI					
1985	3.161	701	3.032	2.376	9.270
1986	3.252	779	2.965	2.409	9.405
1987	3.343	852	2.908	2.465	9.568
1988	3.425	921	2.839	2.514	9.699
1989	3.536	996	2.765	2.566	9.863
COLTIVATORI DIRETTI COLONI E MEZZADRI					
1985	371	3	1.357	142	1.873
1986	377	3	1.370	157	1.852
1987	387	4	1.285	164	1.840
1988	407	6	1.249	176	1.833
1989	421	8	1.210	189	1.828
ARTIGIANI					
1985	121	14	341	158	634
1986	127	17	336	165	645
1987	135	22	335	172	664
1988	145	28	331	180	684
1989	156	37	327	188	708
COMMERCianti					
1985	215	5	256	124	600
1986	225	6	255	131	617
1987	237	8	255	138	638
1988	251	10	254	146	661
1989	268	13	252	153	686

Iniziando l'esame del FPLD, il complesso dei trattamenti erogati passa da 9.270.000 a 9.863.000 con un incremento del 6,4 per cento, pari a un tasso medio annuo dell'1,6 per cento; se si considerano i dati per tipo di pensione si nota una dinamica notevolmente differenziata: si passa infatti da un tasso medio annuo di incremento del 9,2 per cento per le pensioni di anzianità ad un decremento medio annuo del 2,3 per cento per le pensioni di invalidità; le pensioni di vecchiaia aumentano del 2,8 per cento l'anno e quelle ai superstiti dell'1,9 per cento.

IMPORTO MEDIO MENSILE DELLE PENSIONI  
VIGENTI A FINE ANNO

(in migliaia di lire)

tabella 5

Anni	Vecchiaia	Anzianità	Invalidità	Superstiti	Totale
FONDO PENSIONI LAVORATORI DIPENDENTI					
1985	496	892	436	301	456
1986	539	977	472	333	501
1987	568	1.047	499	363	537
1988	598	1.124	527	396	575
1989	648	1.242	579	437	634
COLTIVATORI DIRFTTI COLONI E MEZZADRI					
1985	311	308	307	137	295
1986	349	348	343	150	323
1987	360	360	355	155	332
1988	431	437	434	175	409
1989	466	466	464	184	436
ARTIGIANI					
1985	302	296	301	184	272
1986	340	329	332	208	302
1987	353	342	344	220	314
1988	416	398	423	260	378
1989	449	425	454	284	406
COMMERCANTI					
1985	294	295	294	150	264
1986	328	330	324	169	293
1987	337	341	335	178	302
1988	393	401	407	208	358
1989	421	430	435	227	383

Da notare che mentre si registra, nel periodo, un incremento del numero dei trattamenti erogati del 6,4, pari ad un tasso medio annuo dell'1,6%, i dati per tipo di pensione mostrano una dinamica notevolmente differenziata: si passa infatti da un tasso medio annuo di incremento del 9,2% per le pensioni di anzianità ad un decremento medio annuo del 2,3% per le pensioni di invalidità; le pensioni di vecchiaia aumentano del 2,8% l'anno e quelle ai superstiti dell'1,9%.

La contrazione delle pensioni di invalidità è certamente legata agli effetti della legge n. 222 del 1984 che, non solo ha condotto ad una procedura più attenta della liquidazione degli assegni di invalidità, ma ha anche disposto la loro trasformazione in pensioni di vecchiaia all'epoca di raggiungimento dell'età prevista.



3. Le prestazioni assistenziali erogate dal Ministero dell'Interno, tramite le prefetture, agli invalidi civili, ciechi e sordomuti, sono corrisposte a coloro che abbiano una riduzione della capacità lavorativa causata dalla perdita anatomica e funzionale, totale o parziale di organi e apparati.

Per ottenere l'assegno di invalidità parziale la percentuale di menomazione richiesta è di 74 punti (legge 26 luglio 1988, n. 291); per il riconoscimento dell'invalidità totale o inabilità, la menomazione deve essere del 100%.

### 3.1 Gli importi delle rendite.

La loro misura è mensile. L'adeguamento periodico segue le variazioni del costo della vita, analogamente a quanto avviene per tutte le altre pensioni.

Gli importi indicati dal 1° novembre, seguono la scala mobile programmata (rispettivamente 2,6% e 2,3%).

La corresponsione delle rendite è subordinata al possesso da parte dell'interessato di un reddito modesto. Il reddito considerato è quello individuale. Il limite del reddito per il 1991 è stabilito con DM del 28/12/1990: la soglia da non oltrepassare è di lire 16.106.880 annue lorde per i ciechi assoluti e parziali, per i mutilati e invalidi civili totali e per i sordomuti; è di lire 4.313.875 lorde per i mutilati e gli invalidi civili parziali, nonché per i minori invalidi civili; è di lire 7.743.690 per i ciechi civili decimasti.

Si deve tenere presente che queste erogazioni riguardano tutta la popolazione a prescindere dall'età, per cui si può calcolare, per grande approssimazione, che i destinatari ultra 65enni corrispondano al 13,50% (media della popolazione anziana).

### 3.2 Indennità di accompagnamento

Viene concessa dal Ministero dell'Interno, sempre per tramite delle prefetture, con richiesta delle USL competenti, ai ciechi assoluti e agli invalidi civili assoluti.

L'indennità è concessa a prescindere dal reddito del soggetto e dei familiari. Può quindi accadere che un invalido totale possa ottenere l'indennità di accompagnamento e non la rendita assistenziale in quanto il suo reddito, a questo fine, è superiore ai limiti previsti.

La misura di tale indennità, dal 1° gennaio di quest'anno è di lire 712.280 al mese per i ciechi civili assoluti e di lire 636.250 al mese per gli invalidi civili totali, per dodici mensilità.

Nelle tabelle che seguono gli importi delle rendite, l'indennità di accompagnamento e i limiti di reddito e gli stanziamenti di bilancio 1991 iscritti nello stato di previsione del Ministero dell'Interno.

tabella 6

## Indennità speciali per il 1991

Per accompagnamento	
Categorie	Importo mensile
Per i ciechi civili assoluti	712.280
Per gli invalidi civili totali	636.250
Per i minori ciechi civili assoluti pluriminorati	1.032.305
Erogazioni particolari	
Categorie	Importo mensile
Indennità di comunicazione ai sordomuti	252.200
Indennità per ciechi ventesimisti	74.300

## Rendite assistenziali 1991

Categorie	dal 1° gennaio	dal 1° maggio	dal 1° novembre
Invalidi civili totali o parziali	290.395	297.950	304.800
Ciechi civili assoluti non ricoverati	314.050	322.195	329.605
Non vedenti con residuo visivo fino a un ventesimo	290.395	297.950	304.800
Ciechi civili assoluti ricoverati	290.395	297.950	304.800
Sordomuti	290.395	297.950	304.800
Minori invalidi civili	290.395	297.950	304.800
Non vedenti con residuo visivo sino a un decimo	215.480	221.080	226.165

## Limiti di reddito per il 1991

Categorie	Importo lordo annuo
Per ciechi civili assoluti e parziali, per mutilati e invalidi civili totali, per sordomuti	16.106.880
Per mutilati e invalidi civili parziali e per minori invalidi civili	4.313.875
Per ciechi civili decimisti	7.743.690

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

CAPITOLI		ANNO FINANZIARIO 1991	
NUMERO	DENOMINAZIONE	COMPETENZA	AUTORIZZAZIONE DI CASSA
4288	PENSIONI, ASSEGNI MENSILI DI ASSISTENZA, ASSEGNI E INDENNITA' MENSILI DI ACCOMPAGNAMENTO AI MUTILATI ED INVALIDI CIVILI E RELATIVI ONERI ACCESSORI. ( SPESE OBBLIGATORIE )	11.200.000.000.000	12.101.452.000.000
4289	PENSIONE E INDENNITA' DI COMUNICAZIONE NON REVERSIBILI AI SORDOMUTI E RELATIVI ONERI ACCESSORI. ( SPESE OBBLIGATORIE )	171.000.000.000	170.000.000.000
4290	PENSIONI, INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO, SPECIALE INDENNITA' NON REVERSIBILE E ASSEGNO A VITA AI CIECHI CIVILI E RELATIVI ONERI ACCESSORI. ( SPESE OBBLIGATORIE )	1.134.000.000.000	1.100.000.000.000

#### 4. Dati economico-finanziari

I dati di consuntivo più recenti sono quelli relativi al conto economico dell'INPS per l'anno 1989 (tratti dalla relazione "Coloni").

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
CONTO ECONOMICO CONSUNTIVO ANNO 1989 (a)

(in miliardi)

1. ENTRATE

1. CONTRIBUTI DEI DATORI DI LAVORO E/O ISCRITTI	121.021
1.1. Datori di lavoro .....	91.872
1.2. Lavoratori .....	29.149
2. TRASFERIMENTI ATTIVI DA PARTE DELLO STATO (Allegato n. 1) .....	46.016
2.1. A copertura di oneri pensionistici .....	28.211
2.2. A copertura di prestazioni temporanee ...	6.973
2.3. A copertura di contributi fiscalizzati ..	10.932
3. TRASFERIMENTI ATTIVI DA PARTE DI ALTRI ENTI DEL SETTORE PUBBLICO ALLARGATO .....	1.789
3.1. Da gestioni fuori bilancio dello Stato ..	183
3.2. Dalle Regioni .....	119
3.3. Da Altri enti previdenziali .....	1.148
3.4. Da Altri enti del settore pubblico .....	339
4. ALTRE ENTRATE .....	3.809
4.1. Redditi e proventi patrimoniali .....	173
4.2. Recupero di prestazioni .....	1.579
4.3. Altre .....	2.057
<b>TOTALE DELLE ENTRATE .....</b>	<b>172.635</b>
5. DISAVANZO ECONOMICO DI ESERCIZIO .....	9.905
<b>TOTALE A PAREGGIO .....</b>	<b>182.540</b>

**ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE**  
**CONTO ECONOMICO CONSUNTIVO ANNO 1989 (a)**

(in miliardi)

**2. USCITE**

<b>1. PRESTAZIONI ISTITUZIONALI .....</b>	<b>125.552</b>
<b>1.1. PENSIONI (Allegato n.3) .....</b>	<b>110.289</b>
. Pensioni di vecchiaia .....	55.842
. Pensioni di invalidita' .....	33.097
. Pensioni ai superstiti .....	17.997
. Pensioni sociali agli ultra65enni .....	3.353
<b>1.2. PRESTAZIONI TEMPORANEE ECONOMICHE .....</b>	<b>15.263</b>
. Trattamenti di famiglia .....	6.553
. Trattamenti di disoccupazione .....	2.569
. Trattamenti d'integrazione salariale ..	2.225
. Trattamenti di malattia e maternità ...	3.574
. Trattamenti antitubercolari .....	240
. Altri trattamenti .....	102
<b>2. TRASFERIMENTI PASSIVI .....</b>	<b>48.625</b>
2.1. Al Servizio sanitario nazionale .....	33.604
2.2. Allo Stato e ad altri Enti .....	4.438
2.3. Alle imprese per sgravi e fiscalizzazioni	10.593
<b>3. ALTRE USCITE .....</b>	<b>8.153</b>
3.1. Spese generali di amministrazione .....	3.508
3.2. Assegnazione alle riserve tecniche .....	684
3.3. Svalutazione crediti contributivi e per.	3.115
prestazioni da recuperare .....	1.046
3.4. Altre .....	1.046
<b>TOTALE A PAREGGIO .....</b>	<b>182.540</b>

(a) Per ogni voce di entrata e di uscita esposte sono riassunte in un unico importo partite della stessa natura che nei bilanci sono suddivise in componenti finanziarie e componenti economiche non finanziarie.

## ALLEGATO 1.

## TRASFERIMENTI DA PARTE DELLO STATO

(dati economici in miliardi)

<u>TRASFERIMENTI A COPERTURA DI ONERI PENSIONISTICI</u>	
1. Quota parte di ciascuna mensilità di pensione erogata dal FPLD, e dalle gestioni ARTIGIANI, COMMERCianti, COLTIVATORI DIRETTI E MINATORI.	7.164
2. Quota parte rate di pensioni del FPLD, della gestione COLTIVATORI DIRETTI e del FONDO CLERO (art. 11, l.54/1982 e art.21, l. 903/1973.....)	2.367
3. Concorso agli oneri per pensionamenti anticipati del FPLD, dei MINATORI e FONDO TRASPORTI	749
4. Pensioni sociali a ultra 65enni senza reddito	4.628
5. Assegni vitalizi.....	76
6. Integrazione al trattamento minimo dell'assegno ordinario d'invalidità (art.1, L.222/984 ...)	441
7. Maggiorazione sociale trattamenti minimi delle pensioni (art. 1, Legge 140/1985).....	1.022
8. Miglioramenti delle pensioni superiori al trattamento minimo (art. 3, Legge 544/1988)....	700
9. Maggiorazione delle pensioni agli ex combattenti (art. 6, L.140/1985 e art. 6, L.544/1988..)	750
10. Copertura disavanzi di esercizio del Fondo addetti alle abolite imposte di consumo e Fondo pensioni del personale degli Enti autonomi dei porti di Genova e Trieste .....	191
11. Altre prestazioni pensionistiche .....	23
TOTALE .....	8.111

La presente tabella riguarda le erogazioni dell'INPS aventi natura assistenziale, che non gravano sul bilancio INPS, ma sul bilancio dello Stato.



## ALLEGATO 2.

## ONERI PER PENSIONI

(dati economici: in miliardi)

CATEGORIE	Pensione a calcolo	Integraz. minimo	TOTALE	Maggior. sociale	Maggior. ex comb.	COMPLESSO
1. PENSIONI INTEGRATE AL TRATTAMENTO MINIMO						
VECCHIAIA ....	3.850	8.377	12.227	244	64	12.535
INVALIDITA' ...	4.536	15.680	20.216	556	124	20.896
SUPERSTITI ...	1.655	3.721	5.376	230	5	5.611
TOTALE .....	10.041	27.778	37.819	1.030	193	39.042
2. PENSIONI NON INTEGRATE						
VECCHIAIA ....	43.112		43.112		195	43.307
INVALIDITA' ...	11.865		11.865		336	12.201
SUPERSTITI ...	12.360		12.360		26	12.386
TOTALE .....	67.337		67.337		557	67.894
3. C O M P L E S S O						
VECCHIAIA ....	46.962	8.377	55.339	244	259	55.842
INVALIDITA' ...	16.401	15.680	32.081	556	460	33.097
SUPERSTITI ...	14.015	3.721	17.736	230	31	17.997
TOTALE .....	77.378	27.778	105.156	1.030	750	106.936
PENSIONI SOCIALI AGLI ULTRA65ENNI SPROVVISTI DI REDDITO .....						3.353
ONERE PER PENSIONI ANNO 1989 .....						110.289

### 5. Le pensioni dei dipendenti statali

Nella Tabella n. 8 sono raccolti alcuni dati di sintesi sul sistema pensionistico dei dipendenti statali, in essa figurano il numero degli assicurati, l'importo dei contributi effettivi più figurativi, il numero e l'importo delle pensioni erogate e l'incidenza della spesa sulle spese finali dello Stato.

Da osservare come il numero degli assicurati, in tutto il periodo considerato (1960-1989) aumenti del 100% e quello delle pensioni del 174%. Nel sottoperiodo 1975-1989, si registra un'accelerazione maggiore per il numero delle pensioni evidenziando, così, il raggiungimento graduale del numero dei dipendenti verso il valore di lungo periodo.

Emerge infine da questa tabella che nel corso del tempo, il peso percentuale della spesa per il personale in quiescenza sulle spese finali si sia andato progressivamente attenuando. Si è passati dal 5,35% del 1960 al 3,73% del 1989. Tale riduzione è attribuibile comunque ad una crescita più elevata delle altre spese rispetto a quelle pensionistiche.

Un esame più dettagliato della spesa, relativamente agli anni più recenti, può essere effettuato osservando le tabelle 9 e 10. Nelle tabelle sono riportati il numero degli assicurati, il numero delle pensioni ed il relativo importo, a prezzi correnti e costanti, suddivise fra pensioni dirette ed indirette, e per ogni aggregato si fornisce la variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

Appare interessante notare come, a fronte di un tasso di crescita medio annuo degli assicurati dell'1,9%, faccia riscontro un tasso di crescita del numero delle pensioni del 4,82% e del relativo importo in termini reali del 7,5%.

Tabella n. 8

PENSIONI ORDINARIE DEI DIPENDENTI STATALI:  
ALCUNI DATI DI SINTESI

ANNI	DIPENDENTI (migliaia) (a)	CONTR. (mld) (b)	PENSIONI numero (migliaia) (c)	PENSIONI importo (mld) (d)	Spesa pens. in % delle spese finali (e)
1960	920	253	368	239	5,35
1965	974	440	416	437	5,32
1970	1.217	614	491	657	4,74
1975	1.423	1.382	521	1.306	3,40
1976	1.467	1.647	553	1.600	3,41
1977	1.519	2.086	629	2.351	3,78
1978	1.528	2.418	652	2.896	3,47
1979	1.548	3.229	704	3.754	3,61
1980	1.549	4.205	714	4.836	3,39
1981	1.586	4.858	729	5.731	3,23
1982	1.636	5.946	755	7.279	3,49
1983	1.653	7.217	779	9.271	3,56
1984	1.656	7.830	806	11.031	3,72
1985	1.731	8.246	830	12.726	3,60
1986	1.762	8.988	847	14.842	3,65
1987	1.786	10.352	871	16.002	3,64
1988	1.838	12.023	927	16.904	3,43
1989	1.854	13.475	1.008	18.428	3,73
1990		14.519		20.059	3,83
1991		15.253		21.986	3,76
1992		15.796		23.955	4,14

## FONTI:

Assicurati: R.G.S. Dipendenti delle Amministrazioni Statali al 1 gennaio, vari anni.

Contributi: 23% della base pensionabile (fino al 1989: Spese per il Personale in servizio, Assegni Fissi. Dal 1990: Spese per il personale in servizio al netto della stima degli oneri previdenziali a carico dei lavoratori).

Pensioni numero: fino al 1970 Min.Tesoro (1981). Dal 1975: D.G.T., Servizi Periferici del Tesoro.

Pensioni importo: Bilancio dello Stato. Spese per il Personale in quiescenza.

N.B. I valori 1990 si riferiscono alle previsioni a L.V. integrate con la L.F., i valori 1991 e 1992 al disegno di legge di bilancio per il triennio 1990-1992.

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tabella n. 9

## MINISTERO DEL TESORO: PENSIONI ORDINARIA

- numero in migliaia, importi in mld. lire corr. -

ANNI	ASSICURATI			PENS. DIRETTE			PENS. INDIRETTE			T O T A L E											
	num.	var.	§	num.	var.	§	imp.	var.	§	num.	var.	§	imp.	var.	§						
1975	1.423			341			1.014			181			292			521			1.306		
1976	1.467	3,1		368	7,8		1.258	24,0		185	2,7		343	17,3		553	6,1		1.600	22,5	
1977	1.519	3,5		430	17,1		1.853	47,3		198	6,9		499	45,6		629	13,7		2.351	46,9	
1978	1.528	0,6		454	5,4		2.283	23,3		198	0,0		613	22,8		652	3,7		2.896	23,2	
1979	1.548	1,3		496	9,3		2.932	28,4		208	5,1		804	31,2		704	8,0		3.735	29,0	
1980	1.549	0,1		497	0,2		3.762	28,3		217	4,0		1.074	33,7		714	1,3		4.836	29,5	
1981	1.586	2,4		510	2,7		4.426	17,6		219	1,0		1.355	26,2		729	2,2		5.781	19,5	
1982	1.636	3,2		529	3,7		5.588	26,3		226	3,2		1.691	24,8		755	3,6		7.279	25,9	
1983	1.653	1,0		548	3,5		7.126	27,5		232	2,5		2.145	26,8		779	3,2		9.271	27,4	
1984	1.686	2,0		568	3,7		8.540	19,8		238	2,9		2.491	16,1		806	3,5		11.031	19,0	
1985	1.731	2,7		584	2,9		9.915	16,1		246	3,1		2.811	12,8		830	3,0		12.726	15,4	
1986	1.762	1,8		597	2,2		11.467	15,6		250	1,6		3.375	20,1		847	2,0		14.842	16,6	
1987	1.786	1,4		614	2,9		12.363	7,8		257	2,9		3.639	7,8		871	2,9		16.002	7,8	
1988	1.838	2,9		661	7,5		13.060	5,6		267	3,9		3.844	5,6		927	6,4		16.904	5,6	
1989	1.854	0,9		727	10,0		14.237	9,0		281	5,2		4.191	9,0		1.008	8,7		18.428	9,0	

FORTE:

Cfr. tabella 3.1

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tabella n. 10

MINISTERO DEL TESORO: PENSIONI ORDINARIE  
- numero in migliaia, importi in mld. lire '88 -

ANNI	ASSICURATI			PENS. DIRETTE			PENS. INDIRETTE			T O T A L E		
	num.	var.	§	num.	var.	§	num.	var.	§	num.	var.	§
1975	1.423		341	4.889		181	1.407		521			6.297
1976	1.467	3,1	368	7,8	6,4	185	2,7	1.417	0,7	553	6,1	6.620
1977	1.519	3,5	430	17,1	24,7	198	6,9	1.748	23,3	629	13,7	8.237
1978	1.528	0,6	454	5,4	9,6	198	0,0	1.908	9,2	652	3,7	9.021
1979	1.548	1,3	496	9,3	10,9	208	5,1	2.163	13,3	704	8,0	10.054
1980	1.549	0,1	497	0,2	8.358	5,9	217	4,0	2.386	714	1,3	10.744
1981	1.586	2,4	510	2,7	8.284	-0,9	219	1,0	2.537	729	2,2	10.820
1982	1.636	3,2	529	3,7	8.990	8,5	226	3,2	2.721	755	3,6	11.710
1983	1.653	1,0	548	3,5	9.970	10,9	232	2,5	3.001	779	3,2	12.971
1984	1.686	2,0	568	3,7	10.805	8,4	238	2,9	3.152	806	3,5	13.957
1985	1.731	2,7	584	2,9	11.552	6,9	246	3,1	3.275	830	3,0	14.826
1986	1.762	1,8	597	2,2	12.591	9,0	250	1,6	3.706	847	2,0	16.296
1987	1.786	1,4	614	2,9	12.975	3,1	257	2,9	3.819	871	2,9	16.794
1988	1.838	2,9	661	7,5	13.060	0,7	267	2,9	3.844	927	6,4	16.904
1989	1.854	0,9	727	10,0	13.393	9,0	281	5,2	3.943	1.008	8,7	17.336

FONTE:

Cfr. tabella 3.1

NOTA APPLICATIVA:

- La prima tabella riporta i valori, in lire correnti, pagate dallo Stato, dal 1975 al 1989.
- La seconda riporta gli stessi dati in lire 1988 con la differenza che, la prima esprime interamente l'effetto inflazionistico; la seconda tende a dare un quadro di valori medi depurati dall'effetto inflazionistico.

PAGINA BIANCA

*Parte Prima*

*Relazioni dei Ministeri*

PAGINA BIANCA



*Ministero dell'Interno*

PAGINA BIANCA

I<sup>a</sup> PARTE

GLI ANZIANI E I SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIALE

- Assistenza economica.
- Assistenza domiciliare.
- Assistenza abitativa.
- Centri diurni.
- Servizi residenziali.
- Iniziative per l'impiego del tempo libero in attività ricreative, sociali e culturali.
- La quarta età.
- Assistenza agli anziani non autosufficienti.

PAGINA BIANCA

## 1. ASSISTENZA ECONOMICA

Il servizio di assistenza economica persegue l'obiettivo di mantenere l'anziano nel suo abituale contesto familiare aiutandolo a rimanere autonomo e attivo nella vita sociale.

Tale servizio si concretizza in una erogazione economica a carattere assistenziale denominata "reddito minimo" volta a garantire il "minimo vitale", destinata a far fronte ad una condizione temporanea o permanente di bisogno che non può essere risolta per mancanza di risorse economiche individuali e familiari.

Il quadro generale nazionale si presenta piuttosto eterogeneo, sia in ordine all'esistenza o meno di una normativa regionale specifica o di una semplice direttiva derivata dai programmi socio-assistenziali e socio-sanitari, sia in relazione ai criteri di riferimento reddituale utilizzati, che variano da regione a regione e a volte anche nello stesso ambito regionale, laddove, non esistendo indicazioni di massima, sono gli stessi comuni o USL -attraverso propri regolamenti- a definire la quota base da adottare per l'erogazione del minimo vitale. Come quota base può essere indicato il reddito minimo stabilito dalla Legge finanziaria '86 per l'esenzione dai tickets sanitari (es. Regione Lombardia, Regione Calabria); il minimo di pensione da lavoro dipendente erogata dall'INPS (es. Regioni Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna); il reddito non soggetto ad IRPEF per i lavoratori dipendenti (es. Regione Liguria); l'importo della pensione sociale erogata dall'INPS (es. Regione Abruzzo), oppure viene individuata direttamente dal legislatore una misura di base, aggiornata annualmente (es. Provincia Autonoma di Bolzano, Regione Basilicata).

Tra tutte le Regioni e Province autonome la Prov. Aut. di Bolzano è l'unica ad avere una normativa specifica in materia di "minimo vitale". La legge provinciale 26/10/1973 n. 69 e il Regolamento di esecuzione 4/03/1980 n. 7 individuano, nella possibilità di rendere autonomo il cittadino dal punto di vista finanziario, l'unica reale condizione per lo sviluppo e l'utilizzo finalizzato degli altri servizi sociali, evitando -ad esempio- la scelta del ricovero per ragioni esclusivamente economiche. Disciplinano, altresì, i modi e i criteri di accertamento, valutazione ed erogazione dei singoli casi, nonché i parametri quantitativi del servizio (che vengono annualmente

aggiornati).

Le prestazioni economiche di base sono erogate per contribuire a soddisfare i bisogni fondamentali della persona (alimentazione, abbigliamento, igiene della persona, affitto, riscaldamento) per periodi limitati o straordinari. Per alcune Regioni (Abruzzo, Lazio, Piemonte) il contributo ha carattere preventivo: infatti l'intervento ha il fine di prevenire mutamenti nelle condizioni di vita preesistenti.

Con questo servizio si tende ad assicurare alle persone anziane che se ne fanno carico, e che sono privi di mezzi sufficienti, dignitose condizioni di vita e la rimozione di situazioni di emarginazione anche inesprese.

## 2. ASSISTENZA DOMICILIARE

Il servizio di assistenza domiciliare è previsto dalle leggi di tutte le Regioni. Una regione che ha recentemente legiferato in merito è stata il Molise; l'art. 8 della legge 2 maggio 1990 n. 21 così definisce il servizio "Il servizio di assistenza domiciliare integrata ha per oggetto il complesso delle prestazioni sociali, domestiche e sanitarie tendenti a garantire la permanenza degli anziani nell'ambito del nucleo familiare o comunque nel proprio alloggio e ad assicurare il reinserimento nel normale ambiente di vita e di lavoro. Esso svolge anche funzioni di prevenzione, mediante la ricerca e la individuazione tempestiva degli anziani a rischio di non autosufficienza".

Come si può vedere questo servizio ha l'obiettivo di mantenere l'utente nel proprio contesto sociale, evitando, quando è possibile, il ricorso a soluzioni che allontanino l'anziano dal proprio alloggio.

Le leggi regionali in genere puntualizzano nel testo le funzioni e le modalità d'intervento, nonché gli operatori sociali e sanitari che debbono svolgere tale servizio, considerandolo nella quasi totalità destinato alle persone anziane; solo poche Regioni allargano il servizio a tutti gli utenti in stato di bisogno, inclusi i minori e gli handicappati.

L'assistenza domiciliare rivolta a singoli o a nuclei familiari deve essere articolata e completa anche sotto l'aspetto sanitario in modo da realizzare pure l'ospedalizzazione a domicilio evitando al massimo la soluzione di ricovero. La frequenza delle prestazioni

dipende generalmente dalle condizioni psico-fisiche dell'anziano. Quasi tutte le normative regionali prevedono un concorso degli utenti al costo del servizio, secondo le loro disponibilità economiche.

Gli organismi erogatori del servizio sono il Comune, la USL. La necessaria integrazione delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie di questo servizio è così recepita dall'art. 8 del regolamento n. 24 del 20/12/1989 della Regione Marche sui "Requisiti organizzativi e funzionali del servizio di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e sanitaria": "L'integrazione delle prestazioni socio-assistenziale e sanitarie deve essere effettuata attraverso uno specifico accordo tra comune e USL, che preveda l'affidamento di tutte le funzioni ad un solo soggetto istituzionale o la individuazione di un programma unico svolto dai due soggetti istituzionali prevedendo però la figura di un referente e la valutazione congiunta dei risultati".

La gestione del servizio ai Comuni, consorzi di Comuni o comunità montane è prevista nelle leggi regionali, come è prevista anche la possibilità di convenzioni.

Per quanto riguarda la potenzialità del servizio, cioè la sua capacità di soddisfare la domanda, nonché la sua articolazione, cioè la capacità di coprire un ampio spettro di bisogni, e la qualità del servizio offerto, l'indagine conoscitiva promossa da questo Ministero nel 1982-83 su un campione di 88 enti locali mise in evidenza le lacune di un servizio che muoveva i primi passi, con grande disparità di trattamento da una regione all'altra poiché si passava da un massimo di 27 tipi di interventi ad un minimo di 5 tipi di prestazioni. Per di più in alcune Regioni il servizio, pur essendo previsto nei programmi, non aveva avuto inizio. Nella maggior parte dei casi il servizio garantiva aiuto domestico, aiuto alla cura della persona, attività di segretariato, disbrigo di pratiche amministrativo-sanitarie, assistenza infermieristica e appoggio alla vita di relazione sociale. Scarse, invece, le percentuali degli enti che garantivano assistenza medica, riabilitativa e psicologica.

Tra le cause che influiscono sulla carente diffusione del servizio, va posto in evidenza il problema degli operatori, la loro formazione e qualificazione professionale; in secondo luogo le scarse risorse finanziarie a disposizione degli enti locali.

Il servizio di assistenza domiciliare deve di norma essere attuato unitamente agli altri servizi

domiciliari che operano nel territorio, in costante collegamento con i servizi sociali, assistenziali e sanitari, configurandosi, così, come parte integrante di un unico programma di interventi territoriali.

Nel 1988 gli utenti che hanno usufruito del Servizio nella Regione Lombardia sono stati 32.853, di cui il 90,7% sono persone anziane. La fascia di età che ha richiesto maggiormente l'intervento va dai 70 ai 79 anni, per un totale di 12.391 utenti.

In generale, invece, dallo studio di fattibilità sul SAD - servizio assistenza domiciliare (che è il primo segmento del sistema informativo socio-assistenziale) fatto dall'ITALSIEL su richiesta del Comit-SISA e in collaborazione con le Regioni, risulta che nel 1989 su un totale di 8.091 Comuni sono attivi 3.027 servizi di assistenza domiciliare, di cui 133 gestiti dalle USL, per un numero complessivo di 195.631 utenti (non solo anziani).

#### ASSISTENZA ABITATIVA

La normativa regionale considera questo tipo di assistenza un altro fondamentale servizio, in alternativa al ricovero, che favorisce la permanenza dell'anziano nell'ambiente originario, in un clima di sicurezza e protezione. Tale servizio sociale può essere erogato in due modi: o riservando agli anziani una quota degli alloggi da realizzare nell'ambito di programmi di edilizia economica e popolare, secondo i criteri previsti dalla legge n. 457 del 1979, oppure con interventi di manutenzione e di miglioramento delle abitazioni in uso alle persone anziane.

Alcune Regioni (es. Abruzzo, Lazio, Sicilia, Molise, Toscana, Veneto, Valle d'Aosta, Prov. Auto. di Bolzano) hanno emanato norme soltanto rispetto alla prima soluzione, altre (es. Prov. Aut. Trento, Liguria, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Puglia) prevedono ambedue le possibilità. Una terza soluzione è quella che prevede un contributo economico da parte dei Comuni per il pagamento dell'affitto e delle altre spese per la gestione della casa, oppure l'uso gratuito dell'alloggio subordinato allo stato di bisogno (es. Lombardia, Sicilia, Veneto), oppure la determinazione di canoni sociali (es. Toscana, Valle d'Aosta).

Per quanto riguarda l'intervento di sistemazione



degli appartamenti già abitati dagli utenti, la Regione Piemonte specifica quali debbano essere i lavori: ristrutturazione dei servizi igienici, tinteggiatura delle pareti, messa in opera dell'impianto di riscaldamento, sistemi di sicurezza per gli impianti di gas, luce e riscaldamento, installazione del telefono e di sistemi di allarme.

### CENTRI DIURNI

Il Centro diurno è una struttura aperta alla comunità comprendente vari servizi socio-sanitari, culturali e di tempo libero.

Le leggi regionali ne riassumono le caratteristiche sotto varie denominazioni: Centro di servizi aperti, Centro ricreativo culturale diurno, Centro d'incontro, Centro di assistenza e di soggiorno, Centro sociale diurno, Centro sociale polivalente.

Il servizio deve perseguire l'obiettivo di alleviare lo stato di solitudine dell'anziano autosufficiente, promuovere la socializzazione e l'inserimento sociale. In questo senso esso è considerato da quasi tutte le Regioni una struttura territoriale che utilizza tutti gli apporti e le risorse esterne. Soltanto le Regioni Calabria e Marche individuano nei Centri diurni un collegamento diretto con il servizio di assistenza domiciliare, una struttura esterna di appoggio, al fine di integrarne le prestazioni e renderne più efficaci gli interventi.

Così definisce il Centro diurno (o centro di servizi aperti) il regolamento n. 24 del 20/12/1989 della Regione Marche concernente i "Requisiti organizzativi e funzionali del servizio di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e sanitaria": "si configura come luogo di accoglienza per persone che necessitano di assistenza, per offrire prestazioni socio-assistenziali, quali servizio di consulenza e segretariato sociale, iniziative ricreative e socio-culturali, momenti di contatto sociale, servizio pasti caldi, stireria, lavanderia, bagni attrezzati, ecc.; può essere utilizzato dalla USL per l'erogazione di semplici prestazioni sanitarie".

Anche per la Regione Abruzzo i centri sociali

diurni devono intendersi come base operativa per i servizi di assistenza domiciliare.

Inoltre bisogna dire che ci sono diversi modi di intendere i centri diurni per quanto concerne le relative funzioni. Alcune Regioni (es. Basilicata, Molise, Calabria) li definiscono come strutture a carattere territoriale destinate a favorire incontri socio-culturali, senza far cenno ad alcun tipo di prestazione. Altre Regioni (Campania, Liguria, Friuli Venezia Giulia) prevedono prestazioni sanitario-infermieristiche e terapie riabilitative.

Due Regioni, Sicilia e Valle D'Aosta prevedono due tipi di centri: il "Centro d'incontro" per attività culturali e di tempo libero, e il "Centro diurno e notturno" che fornisce servizi di ristoro e pernottamento.

Per quanto concerne la gestione della struttura, i destinatari e il personale impegnato, la regolamentazione stabilita da ciascuna Regione non sempre è specifica e segue i criteri stabiliti per gli altri servizi socio-assistenziali.

Dall'indagine campionaria effettuata dal Ministero dell'Interno nel 1985, in collaborazione con le Regioni, risulta che i Centri diurni accolgono nella maggioranza (66,4%) solo anziani autosufficienti, mentre il 31,5% sono destinati ad anziani autosufficienti e non, e infine il resto solo ad anziani non autosufficienti.

Inoltre il 51% di essi offriva esclusivamente attività ricreativo-culturali, il 10,6% servizio di segretariato sociale, il 9,7% prestazioni sanitarie ed infine il 7,9% prestazioni di assistenza igienica.

Per fare un esempio più recente vediamo come si è distribuita l'utenza nei Centri diurni della Regione Lombardia nel 1988: il 35% è frequentato da anziani autosufficienti, un altro 35% è aperto agli anziani autosufficienti e non, il 20,4% è frequentato da anziani e handicappati, il rimanente 9,6% è aperto agli anziani e a tutta la popolazione.

## 5. SERVIZI RESIDENZIALI

I servizi residenziali, con totale o parziale residenzialità, si possono distinguere per il tipo di bisogno, per le loro caratteristiche tipologiche, per la fascia di utenza, e altri criteri. La scelta più utile è quella di individuare quelli più ricorrenti e diffusi sull'intero territorio nazionale. Caratteristica comune è il loro inserimento nel tessuto urbano, serviti dai mezzi pubblici di trasporto e collegati con i servizi essenziali ricreativi, culturali e socio-sanitari presenti nel territorio. Di tali servizi i più diffusi sono: l'appartamento polifunzionale, la comunità alloggio, la casa albergo, la casa di riposo, la casa protetta.

Gli appartamenti polifunzionali per anziani inabili e autosufficienti e altri cittadini soggetti a rischio della istituzionalizzazione (minori e handicappati) sono nuclei abitativi autosufficienti concepiti secondo il criterio che tiene presente l'invalidità degli ospiti e ne favorisce l'autonomia (Reg. Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte).

La comunità-alloggio (o casa famiglia) è un complesso di appartamenti minimi, forniti di servizi generali, destinati ad un numero più ristretto di soggetti (non più di 10), dotati di autonomia nelle esigenze elementari della vita e collegati ai servizi territoriali di base (Reg. Abruzzo, Lazio, Sicilia, Valle d'Aosta, Piemonte, Puglia).

La casa albergo è una struttura destinata ad anziani e non anziani soli o coppie di coniugi autosufficienti che assicura tutte le prestazioni di carattere alberghiero, sviluppando particolarmente quelle di socializzazione, senza alcuna particolare protezione sanitaria (Reg. Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Sicilia, Puglia, Toscana, Veneto, Prov. aut. Bolzano).

La casa di riposo (o residenza assistita) ospita anziani per lo più autosufficienti o in condizioni di semi-autosufficienza; fornisce oltre i servizi di carattere alberghiero anche specifici servizi assistenziali, sanitari e riabilitativi nonché di tipo culturale e ricreativo. Il numero degli ospiti, ai quali è richiesto il consenso per il ricovero, non dovrebbe superare le cinquanta/sessanta unità.

Quasi tutte le Regioni hanno emanato norme sulle case di riposo e indicato standards strutturali e organizzativi.

La casa protetta è un servizio residenziale di

assistenza sanitaria e sociale per utenti non autosufficienti fisici o psichici che non hanno bisogno di ricovero ospedaliero perché afflitti da malattie croniche: infatti il servizio tende - anche attraverso terapie riabilitative - alla stabilizzazione e al non peggioramento della condizione di salute. Non dovrebbe ospitare più di 25/30 persone.

La casa protetta accoglie altresì anziani non autosufficienti provenienti dagli ospedali, una volta accertata la cronicità della loro malattia; accoglie gli anziani non più assistibili a domicilio e coloro che provengono dalle altre strutture residenziali.

C'è da dire che tali servizi non hanno una presenza omogenea nel territorio nazionale, in quanto richiedono come presupposto fondamentale condizioni culturali, economiche e sociali adeguate da parte degli amministratori pubblici, nonché un buon livello di evoluzione urbanistica.

Tuttavia queste strutture possono garantire nel tempo oltre ad una migliore qualità di vita, anche notevoli economie, soprattutto per la centralità dei servizi di supporto, evitando così le difficoltà di soluzioni individuali.

Infatti appare ovvio sottolineare che i servizi sopra individuati non debbono essere utilizzati separatamente, ma ricomposti unitariamente sulla base dei bisogni vecchi e nuovi degli utenti, poiché non è sufficiente fornire assistenza domiciliare e alloggiativa se contemporaneamente non si hanno e non vengono garantiti momenti di socializzazione soddisfacenti e una assistenza sanitaria adeguata.

## 6. INIZIATIVE PER L'IMPIEGO DEL TEMPO LIBERO IN ATTIVITA' RICREATIVE, SOCIALI E CULTURALI

Il concetto che diventare vecchi voleva dire perdita di ogni ruolo e emarginazione sociale negli ultimi anni si è andato profondamente mutando. Dallo stato di passività tipico dell'assistenzialismo si è affermato il riconoscimento della soggettività e del protagonismo sociale degli anziani. Gli anziani vanno visti come una risorsa che la società deve utilizzare in modo integrale.

L'Italia ha una delle quote più alte di ultrasessantenni ritirati dal lavoro (per anzianità o per inabilità) in rapporto ad altri paesi industrializzati. Una soglia di età pensionabile bassa contribuisce a tenere fuori dal mercato del lavoro un numero di soggetti autosufficienti che pure potrebbero restarvi inseriti. Gli anziani possono diventare possibili operatori socio-collettivi attraverso il loro impiego in lavori di utilità sociale, quali la cura del verde pubblico, la custodia dei musei, la vigilanza e la sorveglianza dei bambini presso le scuole e tanti altri non gravosi lavori, a tempo ridotto.

Nell'ambito dei servizi volti al superamento della solitudine e della emarginazione, sono importanti tutte le attività finalizzate ad esprimere e a incentivare la vita di relazione che solitamente convergono nei Centri diurni aperti o Centri sociali.

Il servizio nel settore della socializzazione più sviluppato negli ultimi anni a favore degli anziani è il soggiorno vacanza, anche in un luogo termale, che rappresenta per molti di essi l'unica occasione per poter fruire di una vacanza con possibilità di recupero fisico e psichico.

Accanto a questi soggiorni estivi residenziali, alcune Enti locali organizzano soggiorni diurni, denominati "punti verdi" o "punti blu" a secondo della località dove si svolgono (parchi o mare). Anche questi soggiorni diurni, dotati di servizio di accompagnamento a domicilio degli utenti, offrono occasioni di incontro e di relazioni sociali oltretutto di animazione socio-culturale nell'arco della giornata.

Tali servizi, previsti nella normativa regionale, sono oggetto di delibere da parte delle giunte comunali e prevedono una contribuzione economica a carico dell'utente.

Al settore della cultura fanno riferimento tutte quelle attività che offrono agli anziani stimoli, interessi e conoscenze che li fanno partecipi del mondo in cui vivono e non estranei alla attualità. Anche in questo campo gli anziani possono continuare ad essere produttori attivi di cultura, promuovendo essi stessi o le loro associazioni dibattiti, forum, cineforum e manifestazioni simili.

Da un decennio circa sono sorte, soprattutto al Nord nelle medie e grandi città, le "Università della Terza Età, istituite e/o gestite da associazioni, istituzioni e fondazioni culturali, società cooperative, enti locali e Università. Un servizio ambizioso, un contributo concreto

alla battaglia contro l'emarginazione delle persone anziane, a favore della valorizzazione delle loro risorse.

## 7. LA QUARTA ETÀ'

La diminuzione della natalità e della mortalità a seguito dell'allungamento della speranza di vita fanno sì che si abbia una crescita in valore assoluto e percentuale degli anziani. Secondo le proiezioni ISTAT nel 2008, all'interno della popolazione anziana - 11.201.202 individui - avremo 5.139.367 ultra settantacinquenni, cioè anziani della "quarta età". La presenza di anziani della "quarta età" è più alta nelle regioni settentrionali e più concentrata nelle aree provinciali a minor tasso di popolazione urbana.

Questo aumento continuo produrrà una crescita della domanda di servizi e interventi specifici e specialistici. L'obiettivo, sul piano delle politiche socio-assistenziali, sarà quello di garantire a tutta la popolazione anziana "una aspettativa di vita non solamente più protratta quanto soprattutto più attiva".

Entrare nella quarta età non vuol dire automaticamente diventare dipendenti e privi di risorse. Lo stereotipo dell'anziano malato e disabile deve essere abbandonato. Solo una ristretta porzione della popolazione in età molto avanzata è colpita da disabilità o da una grave malattia. Certamente le probabilità che aumentino le malattie croniche e le situazioni di non autosufficienza aumentano con l'avanzare dell'età in ambedue i sessi, ma il progressivo deterioramento della qualità della vita è dovuto anche ad altri fattori non di natura strettamente medica.

Un altro stereotipo deve essere abbandonato, cioè quello che comunemente considera una persona dopo una "certa età" non più attiva. La vita di oggi fornisce strumenti per lavorare o impiegare le proprie risorse che non comportano o alleviano la fatica fisica. E' quindi difficile fissare in modo preciso un limite di età per stabilire una presunzione assoluta di incapacità a svolgere una determinata attività. Appare più logico avere come parametro le capacità psico-fisiche individuali. Ciò non toglie, tuttavia, che mantenendo una certa attività, si può, se non arrestare, far procedere più lentamente il processo naturale di decadimento. Per coloro che hanno superato la soglia dei 75

anni vi è una situazione di maggior rischio di non autosufficienza; per questo è essenziale fare interventi di prevenzione utilizzando il sistema integrato dei servizi alternativi alla istituzionalizzazione (dall'assistenza domiciliare alle diverse tipologie di residenze protette).

#### **8. ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Il passaggio dall'autosufficienza alla completa non autosufficienza è graduale e non automaticamente cronologico.

Si possono identificare tre aree di non autosufficienza a seconda che si faccia riferimento alle attività della cura della persona, alle attività quotidiane (es. lavori domestici) e alle attività saltuarie (es. uscire di casa). I soggetti, sulla base del bisogno di assistenza, si possono distinguere in: a) autosufficienti, b) parzialmente autosufficienti: necessitano di aiuto saltuario, c) non autosufficienti: necessitano di assistenza continua.

Nell'ambito dei provvedimenti e delle iniziative adottati dalle Regioni il problema degli anziani non autosufficienti si è andato via via evidenziando, non soltanto per ciò che concerne il tipo di intervento da adottare, quanto anche per l'individuazione di "soglie" che caratterizzino il passaggio dall'autonomia completa alla dipendenza parziale o totale.

La Provincia autonoma di Bolzano nel Regolamento riguardante "Disciplina dell'accertamento degli stati di grave non autosufficienza di cui all'art. 21 della legge provinciale 18/08/1988, n. 33", considera gravemente non autosufficienti "le persone iscritte al servizio sanitario provinciale che a causa del loro stato di malattia necessitano temporaneamente o continuativamente dell'aiuto e dell'assistenza da parte di terzi". Tali persone sono individuate in quelle in fase di guarigione da malattia acuta, in quelle afflitte da malattie a carattere cronico e nei pazienti terminali.

L'obiettivo primario dei piani socio-sanitari regionali è in primo luogo quello di garantire all'anziano non autosufficiente la permanenza nel proprio ambiente. In tale prospettiva è fondamentale aiutare la famiglia che si prende cura del paziente poiché nessuno dei non autosufficienti gravi è in grado di vivere da solo.

Il Friuli Venezia Giulia dispone un contributo di circa il 50% del costo medio per il trattamento assistenziale di un ricoverato nelle case protette. In secondo luogo va potenziata l'assistenza domiciliare integrata con attività riabilitative e in grado di proporre un recupero funzionale dell'anziano, nonché l'ospedalizzazione a domicilio al fine di garantire il rispetto e la vita privata dell'anziano, specialmente del cosiddetto malato terminale.

La struttura protetta che ospita i non autosufficienti deve coprire sia l'area sanitaria (assistenza infermieristica e riabilitativa) sia l'area sociale (assistenza alberghiera e di socializzazione-animazione) dal momento che è una struttura di lungodegenza.

Tale struttura deve essere direttamente collegata con le divisioni ospedaliere di geriatria e riabilitazione che intervengono nelle patologie acute e forniscono trattamenti di riabilitazione intensiva.

Da tutto ciò possiamo ricavare due punti fermi: anzitutto il cittadino non autosufficiente deve essere assistito, quando è possibile, in ambito non ospedaliero, riducendo così anche la spesa sanitaria; in secondo luogo la gestione delle risorse e degli interventi a favore dei non autosufficienti non può essere di esclusiva competenza del settore sanitario ma deve essere coordinata e integrata con il settore socio-assistenziale territoriale.



II<sup>a</sup> PARTE

PROBLEMATICHE ED INIZIATIVE INERENTI  
LA POPOLAZIONE ANZIANA IN ITALIA

PAGINA BIANCA

## PREMESSA

Nell'ambito della propria attività istituzionale la Direzione Centrale per la Documentazione nell'anno 1985 aveva realizzato, con la collaborazione delle Prefetture, una ricognizione delle iniziative realizzate in sede provinciale a favore della terza età.

L'indagine -i cui risultati sono stati compendati in una pubblicazione, edita nel corso del 1986, intitolata "La terza età: problemi ed iniziative"- era stata accolta con vivo interesse da organismi pubblici e privati interessati al fenomeno. Il lavoro, che si era rivelato un utile strumento di verifica sulla quantità e qualità degli interventi promossi a livello istituzionale nel settore dell'assistenza sociale, aveva messo tra l'altro in luce come le iniziative intraprese non avessero raggiunto livelli soddisfacenti e presentassero una diffusione tutt'altro che omogenea sul territorio nazionale.

La sempre crescente attenzione al fenomeno dimostrata negli ultimi tempi da parte dell'opinione pubblica e degli organismi istituzionali ha reso necessario provvedere all'aggiornamento della predetta rilevazione, approfondendo alcuni aspetti utili ai fini della realizzazione di un quadro conoscitivo che permetta di valutare l'impatto del fenomeno sul tessuto sociale, favorendo nel contempo la programmazione di opportuni interventi.

L'indagine analizza in particolare i seguenti aspetti del fenomeno:

- Problematiche connesse alla presenza di popolazione anziana e grado di sensibilizzazione degli organi pubblici;
- Centri di studio ed Università per anziani istituiti nella provincia;
- Iniziative degli enti locali tese a favorire:
  - a) la presenza degli anziani nella vita lavorativa;
  - b) la creazione di centri di informazione per gli anziani;
  - c) altre forme di assistenza amministrativa.

Lo stato della rilevazione al maggio 1991 è il seguente:

sono pervenute le notizie relative a 82 delle 95 province interessate; dal momento che i dati sono disaggregati su base comunale, le informazioni riguardano oltre 7.347 Comuni.

Tenendo tuttavia conto che i relativi modelli sono tuttora in corso di acquisizione e di elaborazione, si ritiene opportuno fornire i risultati provvisori concernenti quei punti del questionario sui quali le risposte presentano un grado accettabile di completezza e possono, pertanto, essere già considerati significativi.

La trattazione verterà quindi sui seguenti temi:

- Problematiche connesse alla presenza di popolazione anziana in sede locale;
- Censimento dei Centri di studio ed Università per anziani istituiti nella provincia;
- Iniziative degli enti locali tese a favorire la presenza degli anziani nella vita lavorativa;
- Censimento delle strutture residenziali per anziani, con l'indicazione della natura giuridica, della capacità di accoglienza e del personale addetto.

Al momento luglio 1991 sono in corso di elaborazione il quadro demografico e la stima della popolazione anziana residente in provincia, nonché le problematiche derivanti dalla presenza della fascia di popolazione anziana in sede locale.

#### PROBLEMATICHE CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA

Per quanto concerne le problematiche connesse alla presenza di popolazione anziana in sede locale, si ritiene opportuno, a mero titolo esemplificativo ed indicativo, riportarne un elenco schematico, limitando l'attenzione a quegli aspetti che, essendo stati segnalati con maggior frequenza dai Comuni o dalle Prefetture, possono considerarsi significativi.

Non essendo stata completata l'elaborazione dei modelli pervenuti dai 7.347 Comuni interessati, ci si è basati su un campione comprendente le seguenti 29 Province:

Nord:                   Alessandria, Torino, Bergamo, Milano, Varese,  
Pordenone, Trieste, Genova, La Spezia, Modena,

Piacenza.

Centro: Firenze, Livorno, Lucca, Siena, Perugia,  
Ancona, Macerata, Roma, Viterbo.

Sud e Isole: L'Aquila, Salerno, Bari, Lecce, Taranto,  
Catania, Palermo, Cagliari, Nuoro.

**Problematiche emergenti fra quelle rappresentate**

- Elevato tasso di invecchiamento della popolazione rispetto alla media nazionale e relativi riflessi sociali del fenomeno con particolare riguardo alle strutture socio-sanitarie  
(Alessandria, Milano, Venezia, Pordenone, Genova, Modena, Piacenza, Firenze, Siena, Roma, Viterbo, Macerata, Salerno, Bari, Cagliari).
- Inadeguatezza quantitativa e qualitativa delle strutture residenziali per anziani e precipuamente di quelle per non autosufficienti  
(Alessandria, Torino, Milano, Varese, Pordenone, Trieste, Genova, Modena, Firenze, Livorno, Lucca, Perugia, Viterbo, L'Aquila, Salerno, Bari, Lecce, Taranto, Palermo, Nuoro).
- Carezza di reparti geriatrici  
(Cagliari)
- Inadeguatezza dei servizi domiciliari per anziani a fronte della crescente domanda  
(Torino, Trieste, Genova, Siena, Perugia, Bari, Catania).
- Carezza di centri per la riabilitazione e la fisioterapia  
(Ancona, Macerata).
- Carezza di operatori sociali e di personale infermieristico specializzato nella cura delle specifiche infermità degli anziani  
(Genova, Ancona).
- Carente formazione ed aggiornamento del predetto personale  
(Genova).
- Necessità di una migliore dislocazione territoriale dei servizi al fine di evitare l'allontanamento dell'anziano dal proprio centro di interesse sociale ed affettivo  
(Cagliari).

- Stato di povertà di larga parte della popolazione anziana (Genova).
- Insufficiente sostegno economico alle famiglie per l'assistenza all'anziano non autosufficiente convivente (Trieste).
- Necessità di offrire risposte al bisogno occupazionale degli anziani ed approntare gli strumenti più idonei al loro reinserimento sociale onde evitarne lo stato di abbandono ed emarginazione (Torino, Bergamo, Genova, Perugia, Ancona, Roma, L'Aquila, Lecce, Taranto, Cagliari, Nuoro).
- Problema alloggiativo connesso all'elevato numero di sfratti che colpiscono la popolazione ultrasessantacinquenne nonché alla carenza di alloggi idonei ad ospitare anziani che vivono da soli o in coppia (Torino, Bergamo, Trieste, Genova, Ancona)
- Presenza di barriere architettoniche (Ancona, Lecce).
- Scarsa disponibilità finanziaria degli Enti locali per la creazione sia di strutture residenziali che di quelle volte a favorire le attività culturali e sociali (Piacenza, Perugia, L'Aquila, Bari)
- Difficoltà di coordinamento del volontariato operante nel settore (Genova).
- Negativi riflessi su tutti i settori produttivi per effetto dell'invecchiamento della popolazione in età lavorativa (Piacenza, Bari, Taranto).

## INIZIATIVE DEGLI ENTI LOCALI TESE A FAVORIRE LA PRESENZA DEGLI ANZIANI NELLA VITA LAVORATIVA

### Grado di copertura

Sono pervenute al maggio 1991 le risposte relative a 81 province su 95, pari all'85% del totale.

I dati riguardano 6.950 comuni su 8.092 (85,88% del totale).

### Situazione

Dall'analisi delle risposte risulta che sono 792 i comuni (pari all'11,39% dei comuni censiti) che hanno preso iniziative tese a favorire l'inserimento degli anziani nella vita lavorativa. I soggetti avviati sono 14.595.

Nel 1985 erano stati 288 gli enti che avevano assunto iniziative, mentre i soggetti avviati erano stati 8.647 in tutto il territorio nazionale. Anche se ha finora risposto l'85% delle province, già si evince un notevole aumento degli anziani avviati alla vita lavorativa, pari al 69% circa.

Dal prospetto che segue si evidenzia che al Nord sono stati avviati 3.710 soggetti in 302 comuni, al Centro 4079 anziani in 232 comuni, al Sud 1.782 unità in 127 comuni e nelle Isole ben 5.024 anziani in 131 comuni. I dati relativi al meridione appaiono particolarmente significativi se li si confronta con quelli delle rilevazione precedente.

Considerando che il grado di copertura medio dell'indagine per il meridione è del 82,92%, a fronte di 6.806 anziani avviati alla vita lavorativa nel 1988, solo 2.017 erano stati i soggetti avviati nel 1985, con un incremento pari al 237% circa.

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ZONE GEOGRAFICHE	RISPOSTE PERVENUTE	COMUNI		COMUNI CHE HANNO PRESO INIZIATIVA	NUMERO SOGGETTI AVVIATI
		ESISTENTI	CENSITI		
NORD	35/41	4.545	4.034	302	3.710
CENTRO	17/20	1.000	804	232	4.079
SUD	19/21	1.787	1.534	127	1.782
ISOLE	10/13	760	578	131	5.024
ITALIA	81/95	8.092	6.950	792	14.595

Le Regioni nelle quali si registra il maggior numero di anziani avviati ad attività lavorative sono:

- SICILIA con 4.920 soggetti avviati
- EMILIA ROMAGNA con 2.048 soggetti avviati
- TOSCANA con 1.603 soggetti avviati
- CAMPANIA con 1.409 soggetti avviati
- LAZIO con 1.258 soggetti avviati

Le Province che finora presentano i dati più significativi sono:

- MESSINA con 2.643 soggetti avviati
- RAVENNA con 1.083 soggetti avviati
- FIRENZE con 774 soggetti avviati
- SALERNO con 694 soggetti avviati
- REGGIO EMILIA con 661 soggetti avviati



## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

**INIZIATIVE INTRAPRESE DAGLI ENTI LOCALI VOLTE ALL'INSERIMENTO  
DEGLI ANZIANI NELLA VITA LAVORATIVA**

PROVINCE	RISPOSTE PERVENUTE	COMUNI			COMUNI CHE HANNO PRESO INIZIATIVA	NUMERO SOGGETTI AVVIATI
		ESISTENTI	CENSITI	%		
TORINO	X	315	315	100	N.D.	==
ALESSANDRIA	X	190	190	100	2	5
ASTI	X	120	120	100	1	160
CUNEO	X	250	250	100	4	38
NOVARA	X	165	165	100	1	20
VERCELLI	X	169	169	100	1	100
<b>PIEMONTE</b>	<b>6</b>	<b>1.209</b>	<b>1.209</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>323</b>
VALLE D'AOSTA	1	74	74	100	==	==
MILANO	X	249	249	100	128	==
BERGAMO	X	250	246	98,40	34	269
BRESCIA	N.P.	206	N.P.			
COMO	X	247	247	100	N.P.	==
CREMONA	X	115	115	100	13	56
MANTOVA	X	70	70	100	12	99
PAVIA	X	190	190	100	7	96
SONDRIO	X	78	58	74,36	1	10
VARESE	X	141	141	100	N.P.	==
<b>LOMBARDIA</b>	<b>8</b>	<b>1.546</b>	<b>1.316</b>	<b>85,13</b>	<b>195</b>	<b>532</b>
TRENTO	X	223	223	100	N.D.	==
BOLZANO	X	116	116	100	N.D.	==
<b>TRENTINO A.A.</b>	<b>2</b>	<b>339</b>	<b>339</b>	<b>100</b>	<b>N.D.</b>	<b>==</b>
VENEZIA	X	143	143	100	N.D.	==
BELLUNO	X	69	69	100	==	==
PADOVA	X	105	105	100	19	116
ROVIGO	X	51	51	100	==	==
TREVISO	X	95	94	98,94	23	92
VERONA	X	98	83	84,70	9	80
VICENZA	N.P.	121	N.P.			
<b>VENETO</b>	<b>6</b>	<b>582</b>	<b>545</b>	<b>93,64</b>	<b>51</b>	<b>288</b>

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

INIZIATIVE INTRAPRESE DAGLI ENTI LOCALI VOLTE ALL'INSERIMENTO  
DEGLI ANZIANI NELLA VITA LAVORATIVA

PROVINCE	RISPOSTE PERVENUTE	COMUNI			COMUNI CHE HANNO PRESO INIZIATIVA	NUMERO SOGETTI AVVIATI
		ESISTENTI	CENSITI	%		
TRIESTE	X	6	6	100	1	79
GORIZIA	X	25	25	100	3	18
PORDENONE	X	51	51	100	3	N.D.
UDINE	X	137	137	100	—	—
FRIULI V.G.	4	219	219	100	7	97
GENOVA	X	67	67	100	4	210
IMPERIA	X	67	18	26,87	3	44
LA SPEZIA	N.P.	32	N.P.			
SAVONA	X	69	69	100	5	168
LIGURIA	3	235	154	65,54	12	422
BOLOGNA	N.P.	60	N.P.			
FERRARA	X	26	20	76,93	7	110
FORLI'	N.P.	50	N.P.			
MODENA	X	47	47	100	N.P.	N.P.
PARMA	N.P.	47	N.P.			
PIACENZA	X	48	48	100	10	194
RAVENNA	X	18	18		11	1.083
REGGIO EMILIA	X	45	45	100	N.P.	661
EMILIA ROMAGNA	5	341	178	52,20	28	2.048
ANCONA	X	49	49	100	19	434
ASCOLI PICENO	X	73	72	98,64	21	214
MACERATA	X	57	56	98,25	14	95
PESARO URBINO	X	67	67	100	14	267
MARCHE	4	246	244	99,19	68	1.010
FIRENZE	X	51	51	100	33	774
AREZZO	X	39	39	100	5	106
GROSSETO	N.P.	28	N.P.			

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

INIZIATIVE INTRAPRESE DAGLI ENTI LOCALI VOLTE ALL'INSERIMENTO  
DEGLI ANZIANI NELLA VITA LAVORATIVA

PROVINCE	RISPOSTE PERVENUTE	COMUNI			COMUNI CHE HANNO PRESO INIZIATIVA	NUMERO SOGETTI AVVIATI
		ESISTENTI	CENSITI	%		
<i>segue</i>						
TOSCANA						
LIVORNO	X	20	20	100	6	438
LUCCA	X	35	35	100	2	N.P.
MASSA CARRARA	X	17	9	52,95	2	49
PISA	N.P.	39	N.P.			
PISTOIA	X	22	22	100	8	170
SIENA	X	36	26	72,23	4	66
TOSCANA	7	287	202	70,38	60	1.603
PERUGIA	N.P.	59	N.P.			
TERNI	X	33	33	100	2	208
UMBRIA	1	92	33	35,87	2	208
ROMA	X	118	68	57,63	43	556
FROSINONE	X	91	91	100	34	321
LATINA	X	33	33	100	17	263
RIETI	X	73	73	100	2	45
VITERBO	X	60	60	100	6	73
LAZIO	5	375	325	86,67	102	1.258
L'AQUILA	X	108	108	100	5	36
CHIETI	X	104	104	100	6	N.P.
PESCARA	X	46	45	97,83	3	44
TERAMO	X	47	47	100	2	33
ABRUZZO	4	305	304	99,68	16	113
CAMPOBASSO	X	84	84	100	4	24
ISERNIA	X	52	52	100	2	18
MOLISE	2	136	136	100	6	42

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

**INIZIATIVE INTRAPRESE DAGLI ENTI LOCALI VOLTE ALL'INSERIMENTO  
DEGLI ANZIANI NELLA VITA LAVORATIVA**

PROVINCE	RISPOSTE PERVENUTE	COMUNI			COMUNI CHE HANNO PRESO INIZIATIVA	NUMERO SOGGETTI AVVIATI
		ESISTENTI	CENSITI	%		
NAPOLI	X	91	91	100	==	==
AVELLINO	X	119	119	100	4	28
BENEVENTO	X	78	78	100	18	197
CASERTA	X	104	104	100	23	490
SALERNO	X	157	157	100	32	694
CAMPANIA	5	549	549	100	77	1.409
POTENZA	N.P.	100	N.P.			
MATERA	X	31	31	100	==	==
BASILICATA	1	131	31	23,67	==	==
BARI	X	48	48	100	N.P.	N.P.
BRINDISI	X	20	20	100	1	2
FOGGIA	X	64	64	100	11	78
LECCE	X	97	97	100	2	15
TARANTO	X	28	28	100	5	50
PUGLIA	5	257	257	100	19	145
REGGIO CAL.	N.P.	97	N.P.			
CATANZARO	X	157	157	100	1	5
COSENZA	X	155	100	64,52	8	68
CALABRIA	2	409	257	62,84	9	73
PALERMO	X	82	82	100	11	261
AGRIGENTO	X	43	41	95,35	21	547
CALTANISSETTA	X	22	22	100	9	374
CATANIA	N.P.	58	N.P.			
ENNA	X	20	20	100	11	221
MESSINA	X	108	108	100	61	2.643
RAGUSA	X	12	12	100	10	413

**INIZIATIVE INTRAPRESE DAGLI ENTI LOCALI VOLTE ALL'INSERIMENTO  
DEGLI ANZIANI NELLA VITA LAVORATIVA**

PROVINCE	RISPOSTE PERVENUTE	COMUNI			COMUNI CHE HANNO PRESO INIZIATIVA	NUMERO SOGETTI AVVIATI
		ESISTENTI	CENSITI	%		
<b>segue</b>						
<b>SICILIA</b>						
SIRACUSA	X	21	10	47,62	N.P.	461
TRAPANI	N.P.	24	N.P.			
<b>SICILIA</b>	<b>7</b>	<b>390</b>	<b>295</b>	<b>75,65</b>	<b>123</b>	<b>4.920</b>
CAGLIARI	X	106	106	100	5	72
ORISTANO	X	78	78	100	2	2
NUORO	X	99	99	100	1	30
SASSARI	N.P.	87	N.P.			
<b>SARDEGNA</b>	<b>3</b>	<b>370</b>	<b>283</b>	<b>76,49</b>	<b>8</b>	<b>104</b>

## STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

## Grado di copertura

Sono stati finora acquisiti i dati relativi a 80 province su 95 con un grado di copertura provvisorio pari al 84,2%.

## Situazione

Le strutture censite a cura del Ministero degli Interni, alla data del 31.12.1988, sono 2.584 che presentano una ricettività di 154.352 posti letto.

La tipologia delle strutture residenziali prese in considerazione è la seguente: case di riposo, case-albergo, residenze assistenziali, appartamenti polifunzionali.

Dai dati provvisori si rileva che al Nord - in 35 province censite sulle 41 esistenti - opera un maggior numero di istituti, risultandone 1.723 (pari al 66,7% delle strutture censite) con un numero totale di posti letto di 116.010 unità (75,16% del totale).

E' tuttavia necessario precisare che delle 80 province elaborate ben 35 sono situate nel settentrione (pari al 41,18%).

Al Centro risultano esistenti 329 istituti (12,73 del totale nazionale) con una ricettività di 13.506 posti letto (8,75% del totale); in tale area sono stati elaborati i dati relativi a 16 province sulle 20 esistenti (80%).

Al Sud, in 19 delle 21 province esistenti, operano 370 strutture (14,32% del totale nazionale) con 18.093 posti letto (11,72% del totale).

Nelle Isole, in 10 province censite su 13 esistenti, risultano 162 strutture (6,27% del totale nazionale) con 6.743 posti letto (4,37%).

---

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

---

sul totale di 6.743 p.l.      1.718 sono pubblici (25,48%)  
   4.572 sono privati (67,80%)  
   453 sono di natura non  
   definita

Le regioni che finora presentano un maggior numero di strutture sono le seguenti:

- PIEMONTE	(6 province censite su 6)	n. 608 istituti
- LOMBARDIA	(8 province censite su 9)	n. 418 istituti
- VENETO	(5 province censite su 7)	n. 182 istituti
- CAMPANIA	(5 province censite su 5)	n. 178 istituti
- EMILIA ROMAGNA	(6 province censite su 8)	n. 170 istituti

Per quanto concerne i posti letto, la situazione è la seguente:

- LOMBARDIA	con	38.738 posti letto
- PIEMONTE	con	33.737 posti letto
- VENETO	con	14.752 posti letto
- CAMPANIA	con	8.717 posti letto
- LIGURIA	con	8.131 posti letto
- EMILIA ROMAGNA	con	7.236 posti letto

Sono di seguito riportati:

- i prospetti numerici recanti le disaggregazioni per aree geografiche regionali e provinciali dei dati;

## STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

ZONE GEOGRAFICHE	STRUTTURE PUBBLICHE		STRUTTURE PRIVATE		STRUTT. DI NATURA NON ANCORA DEFINIT.		TOTALE STRUTTURE	
	N.	P. LETTO	N.	P. LETTO	N.	P. LETTO	N.	P. LETTO
NORD	951	73.958	708	38.649	64	3.403	1.723	116.010
CENTRO	146	8.488	146	4.705	37	313	329	13.506
SUD	90	4.238	186	9.167	94	4.688	370	18.093
ISOLE	32	1.718	104	4.572	26	453	162	6.743
<b>I T A L I A</b>	<b>1.219</b>	<b>88.402</b>	<b>1.144</b>	<b>57.093</b>	<b>221</b>	<b>8.857</b>	<b>2.584</b>	<b>154.352</b>

## GRADO DI COPERTURA

ZONE GEOGRAFICHE	RISPOSTE ELABORATE		PROVINCE ESISTENTI	%
NORD EST - NORD OVEST	35		41	85,36
CENTRO	16		20	80,00
SUD	19		21	90,48
ISOLE	10		13	76,92
<b>ITALIA</b>	<b>80</b>		<b>95</b>	<b>84,21</b>



## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

## STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

REGIONI	STRUTTURE PUBBLICHE		STRUTTURE PRIVATE		STRUTTURE NON ANCORA DEFINIT.		TOTALE STRUTTURE	
	N.	P. LETTO N.	N.	P. LETTO N.	N.	P. LETTO N.	N.	P. LETTO N.
PIEMONTE	300	18.875	203	13.158	36	1.304	608	33.737
VALLE D'AOSTA	24	462	8	312	0	0	32	779
LOMBARDIA	243	26.532	169	11.716	6	490	418	38.738
TRENTINO A.A.	45	3.809	36	1.791	24	698	105	6.298
VENETO	109	10.668	65	3.573	8	511	182	14.752
FRIULI V.G.	57	4.891	16	1.448	0	0	73	6.339
LIGURIA	66	3.666	69	4.465	0	0	135	8.131
EMILIA R.	107	5.055	62	2.181	1	N.P.	170	7.236
TOSCANA	56	4.249	58	1.844	1	24	115	6.117
UMBRIA	2	260	2	44	0	30	4	304
MARCHE	71	2.858	25	916	34	N.P.	130	3.774
LAZIO	17	1.121	61	1.901	2	289	80	3.311
ABRUZZO	22	1.449	23	1.180	0	0	45	2.629
MOLISE	0	0	15	626	0	0	15	626
CAMPANIA	23	855	68	3.489	87	4.373	178	8.717
PUGLIA	37	1.284	59	2.417	5	240	101	3.941
BASILICATA	1	25	1	120	2	75	4	220
CALABRIA	7	625	20	1.335	0	0	27	1.960
SICILIA	23	1.355	87	3.985	16	199	126	5.539
SARDEGNA	9	363	17	587	10	254	36	1.204
<b>I T A L I A</b>	<b>1.219</b>	<b>88.402</b>	<b>1.144</b>	<b>57.093</b>	<b>221</b>	<b>8.857</b>	<b>2.584</b>	<b>154.352</b>

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Per quanto concerne la natura giuridica delle strutture si rileva quanto segue:

<u>STRUTTURE</u>	su 2.584 strutture	1.219 sono pubbliche (47,17%)
		1.144 sono private (44,27%)
		221 sono di natura non definita (8,56%)
<u>POSTI LETTO</u>	su 154.352 p.l. totali	88.402 sono pubblici (57,27%)
		57.093 sono privati (36,99%)
		8.857 sono di natura non definita (5,74%)
<u>SUDDIVISIONE TERRITORIALE</u>		
Nel NORD	sul totale di 1.723 strutture	951 sono pubbliche (55,19%)
		708 sono private (41,09%)
		64 sono di natura non definita (3,72%)
	sul totale di 116.010 p.l.	73.938 sono pubblici (63,75%)
Nel CENTRO	sul totale di 329 strutture	146 sono pubbliche (55,19%)
		146 sono private (44,38%)
		37 sono di natura non definita (11,24%)
	sul totale di 13.506 p.l.	8.488 sono pubblici (62,85%)
		4.705 sono privati (34,83%)
		313 sono di natura non definita (2,32%)
Nel SUD	sul totale di 370 strutture	90 sono pubbliche (24,32%)
		186 sono private (50,27%)
		94 sono di natura non definita (25,41%)
	sul totale di 18.093 p.l.	4.238 sono pubblici (23,42%)
		9.167 sono privati (50,67%)
		4.688 sono di natura non definita (25,91%)
Nelle ISOLE	sul totale di 162 strutture	32 sono pubbliche (19,75%)
		104 sono private (64,20%)
		26 sono di natura non definita (16,05%)

## CENTRI DI STUDIO ED UNIVERSITA' PER ANZIANI

## Grado di copertura

Sono state finora elaborate le risposte relative a 82 delle 95 province oggetto della rilevazione, con un grado di copertura provvisorio pari all'86,32.

## Situazione

Sono stati censiti, al 31.13.1988, 176 Centri di studio ed Università per anziani; alla stessa data il numero totale degli iscritti risulta pari a 48.231 unità.

Nell'anno 1985 nelle 95 province censite risultavano esistenti 74 Centri con 25.955 iscritti.

Dal confronto fra i due censimenti emerge un incremento sia dei Centri, pari al 138%, sia del numero degli iscritti, pari al 86%, nonostante che i dati dell'attuale indagine siano riferiti a 82 province.

La distribuzione territoriale, disaggregata per aree geografiche, è la seguente:

	RISPOSTE PERVENUTE		NUMERO CENTRI		NUMERO ISCRITTI	
	CENSITE	ESISTENTI	DATO ASSOLUTO	%	DATO ASSOLUTO	%
NORD	35/41		112	63,64	35.844	74,22
CENTRO	18/20		34	19,32	7.784	16,12
SUD	19/21		25	14,20	3.930	8,14
ISOLE	10/13		5	2,84	733	1,52
TOTALE ITALIA	82/95		176	100,00	48.291	100,00

Dal confronto dei dati relativi ai Centri di studio ed Università per aree geografiche nelle due citate rilevazioni emerge che al Nord operano 112 Centri contro i 40 del censimento del 1985, al Centro 34 contro i 15 della precedente rilevazione e al Sud e nelle Isole 30 contro i 19 precedentemente segnalati.

Le regioni che finora presentano un maggiore sviluppo dell'iniziativa sono le seguenti:

- PIEMONTE (6 Province censite su 6) con 47 Centri e 13.737 iscritti
- LOMBARDIA (8 Province censite su 9) con 15 Centri e 2.805 iscritti
- TOSCANA (7 Province censite su 9) con 15 Centri e 3.416 iscritti
- VENETO (6 Province censite su 7) con 14 Centri e 5.200 iscritti
- FRIULI V.G. (4 Province censite su 4) con 12 Centri e 4.087 iscritti

Appare significativa la situazione del Trentino Alto Adige, che, pur disponendo di soli 4 centri, ha un elevato numero di iscritti, pari a 3.110 unità.

Le Province che presentano un maggior numero di Centri sono le seguenti:

- TORINO 23 Centri (di cui 1 sede centrale e 22 distaccate)
- VERONA 7 Centri
- PERUGIA 7 Centri
- UDINE 6 Centri (di cui 1 sede centrale e 5 distaccate)
- ALESSANDRIA 5 Centri
- CUNEO 5 Centri
- NOVARA 5 Centri
- IMPERIA 5 Centri

Per quanto concerne gli iscritti la graduatoria presenta alcune differenze:

- TORINO 9.640 iscritti
- VERONA 2.510 iscritti
- TRENTO 2.160 iscritti in 2 Centri
- UDINE 2.110 iscritti
- FIRENZE 1.767 iscritti in 1 Centro
- IMPERIA 1.727 iscritti
- PERUGIA 1.599 iscritti

Per una informazione più completa sull'argomento vengono di seguito riportati:

- i prospetti numerici recanti la disaggregazione regionale dei dati.

## Centri Studi e/o Università per Anziani

REGIONI	Risposte pervenute	CENTRI N.	Iscritti N.
PIEMONTE	6/6	47	13.737
VALLE D'AOSTA	1/1	1	223
LOMBARDIA	8/9	15	2.805
TRENTINO A.A.	2/2	4	3.110
VENETO	6/7	14	5.200
FRIULI	4/4	12	4.087
LIGURIA	3/4	9	3.888
EMILIA R.	5/8	10	2.794
MARCHE	4/4	6	1.930
TOSCANA	7/9	15	3.416
UMBRIA	2/2	11	2.288
LAZIO	5/5	2	150
ABRUZZO	4/4	5	595
MOLISE	2/2	0	0
CAMPANIA	5/5	6	1.391
BASILICATA	1/2	1	60
PUGLIA	5/5	10	1.083
CALABRIA	2/3	3	801
SICILIA	7/9	2	400
SARDEGNA	3/4	3	333
ITALIA	82/95	176	48.291

**Scheda delle attività condotte dalla Fondazione Labos  
relativamente alle condizioni di vita degli anziani  
ed alle politiche sociali a loro indirizzate.**

Allo scopo di avere una visione sempre aggiornata sulla condizione di vita degli anziani nel nostro Paese e venire a conoscenza delle politiche sociali a loro indirizzate il Ministero dell'Interno ed il CNEL hanno fatto ricorso all'opera dei ricercatori sociali specializzati della Fondazione Labos.

**RICERCHE**

- "I servizi pilota per gli anziani non autosufficienti".  
Committente: Ministero degli Interni.

Il progetto si è proposto di individuare elementi per la definizione di una politica d'intervento in favore degli anziani, capace in particolare di fronteggiare le maggiori esigenze di carattere sociale connesse all'aumento della popolazione ultrasettantacinquenne e dei non autosufficienti.

- "Linee di indirizzo per un progetto di interventi nei confronti degli anziani non autosufficienti". Committente: Ministero degli Interni.

Il progetto di ricerca ha lo scopo di individuare e di definire di nuove linee di intervento e strumenti operativi, capaci di fronteggiare le maggiori esigenze di carattere sociale connesse all'aumento della popolazione ultrasettantacinquenne e quindi a rischio di non autosufficienza.

L'obiettivo è stato conseguito attraverso una serie di confronti con esperti gerontologici e attraverso un seminario di studio con assessori e funzionari regionale.

**"Primo rapporto sulle politiche sociali regionali in Italia". Committente: CNEL**

Il Rapporto ha inteso porsi come momento di riflessione sulle strategie e sugli interventi attivati o attivabili nel settore sociale da parte delle Amministrazioni regionali.

Lo scopo è stato quello di presentare ai responsabili delle politiche sociali ai vari livelli e agli operatori interessati lo scenario delle iniziative ed esperienze in atto confrontandole e verificandole, nonché di individuare nuovi trends di sviluppo e nuovi progetti nel quadro degli orientamenti generali e programmatici relativa al settore delle politiche sociali.

**"Secondo Rapporto sulle politiche socio-assistenziali delle Regioni italiane". Committente: CNEL**

Tale rapporto si è articolato in 3 settori di indagine:

1) La descrizione e comparazione dei sistemi regionali centrali dei servizi socio-assistenziali e della loro strumentazione.

La finalità è la conoscenza e comparazione delle modalità con le quali gli apparati regionali tendono ad influire sul mutamento organizzativo del sistema locale dei servizi sociali, nella prospettiva degli obiettivi di innovazione tracciati a livello normativo.

2) L'evoluzione della domanda socio-assistenziale.

L'indagine sull'utenza di servizi socio-assistenziali è stata indirizzata a conoscere le modalità di interazione tra diversi strumenti propri delle politiche di welfare.

Sono state quindi raccolte, per 900 soggetti, di cui 300 anziani, informazioni su: servizi socio-sanitari fruiti, disponibilità economiche, godimento di pensioni, risorse informali.

Si è assunta, come unità di analisi, la famiglia dell'utente.

3) L'analisi quantitativa e qualitativa della spesa socio-assistenziale delle Regioni.

L'analisi ha teso ed evidenziare gli indirizzi di politica assistenziale attuati dalle varie Regioni che

possono desumersi dalla allocazione delle risorse tra le diverse voci di spesa.

**"Terzo Rapporto sulle politiche socio-regionali".**  
Committente: CNEL

Il Terzo Rapporto si è sviluppato secondo diverse direttrici; tra cui:

- Indagine sulle condizioni operative di alcuni servizi campione indirizzati ad utenti di diverse categorie, tra le quali gli anziani
- Indagine su un campione di utenti degli stessi servizi per acquisire elementi descrittivi del rapporto intercorrente tra gli utenti e gli stessi servizi.



*Ministero del Lavoro e della  
Previdenza Sociale*

PAGINA BIANCA

Le note messe a disposizione dal Ministero in oggetto per la relazione parlamentare sulla condizione e dignità dell'anziano, individuavano, attraverso il richiamo di Testi di Legge dello Stato, progetti di Leggi o disegni di legge, il progetto di regolamentazione dell'assistenza pensionistica -attualmente in fase di avanzata elaborazione ma non ancora completato- oltre ai problemi dell'adeguamento alle disposizioni della Comunità europea in favore degli anziani, dell'abitazione e del lavoro degli anziani.

Per comprensibili ragioni di opportunità e per ovvie distinzioni di competenze, si è ritenuto di includere nella presente relazione soltanto il documento riguardante l'occupazione della popolazione anziana in Italia.

PAGINA BIANCA

## SINTESI STORICA - FORZE DI LAVORO

(60 anni in poi)

Nel 1988 le forze di lavoro, costituite dagli occupati e dalle persone in cerca di occupazione in età da 14 anni in poi, costituivano il 49,6% della popolazione italiana per la stessa età. Tale rapporto, per le età da 60 anni in poi, diventa pari a 9,5, con andamenti geografici diversi per l'Italia settentrionale, 8,5, e per l'Italia meridionale ed insulare, 10,5.

Una analisi storica dal 1985 al 1990 ha consentito di rilevare che le fasce di età da 60 anni in poi rappresentano, mediamente, il 4,88% del totale delle forze di lavoro rilevate in Italia dall'Istituto Centrale di Statistica. C'è da sottolineare, tuttavia, che negli ultimi anni tale percentuale, si è mantenuta pressoché costante con piccole variazioni negli anni 1988, 1989 (meno 0,1%), il che fa ritenere che il rapporto tra le forze di lavoro da 60 anni in poi e il totale delle forze di lavoro si è ormai stabilizzato attorno al 4,9 - 5%.

Significativo è poi il rapporto percentuale tra occupati e forze di lavoro, attraverso il quale si rileva che, a fronte di una indicazione generale media per gli anni indicati pari a 89,17 con variabilità abbastanza sensibile (si passa da 91,66 a 88,03) per le età da 60 anni in poi tale valore risulta attestato intorno a 98,5: ciò evidenzia che mentre in generale la richiesta di occupazione si aggira intorno al 10%, per le età estreme tale percentuale si colloca intorno all'1,5%.

Emerge costantemente nel periodo di riferimento che, con l'aumentare dell'età, tra gli occupati, la percentuale di persone che svolgono attività autonoma tende ad aumentare; si passa infatti, in media, da 1,2 autonomi per ogni dipendente, per la classe di età 60-64, a 2,5 nella fascia 65-70, a 2,7 per le età oltre i 70 anni.

In particolare, per quest'ultima fascia, occorre rilevare che il valore medio indicato sintetizza dati caratterizzati da una sensibile variabilità (da 3,5 nel 1985 a 2,1 nel 1990) e un andamento decrescente nel tempo, particolare negli ultimi 3 anni, che manifesterebbe una singolare evoluzione che contrasta con l'andamento generale sopra indicato.

Per quanto concerne il rapporto di mascolinità (M/F) nelle forze lavoro, c'è da osservare che, mentre in generale esso è dell'ordine di 2 maschi per 1 femmina, con riferimento

alle età estreme diventa 3 a 1. Tale risultato, considerato che l'età di pensionamento per le donne è anticipata rispetto a quella dell'uomo, è abbastanza prevedibile; tuttavia vi si può ravvisare anche un minore interesse della donna ad un impegno lavorativo in quella età.

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

OCCUPATI DAL 1985 AL 1990 DISTINTI PER CONDIZIONE DICHIARATA  
(lavoratori indipendenti, dipendenti e totali in migliaia)

	60 - 64			65 - 70			71 ed oltre		
	INDIP.	DIP.	TOT.	INDIP.	DIP.	TOT.	INDIP.	DIP.	TOT.
1985	425	350	775	154	58	212	103	29	132
1986	419	349	768	170	65	235	110	52	162
1987	416	338	754	177	67	244	104	37	141
1988	427	340	767	187	67	254	91	31	122
1989	414	330	744	190	76	266	85	33	118
1990	409	351	760	199	78	277	80	38	118

## FORZE DI LAVORO DAL 1985 AL 1990

distinti per sesso e con riferimento alle età estreme, in migliaia

	FORZE LAVORO 60 ed oltre			TOTALE FORZE LAVORO			(3)/(6) %
	M (1)	F (2)	MF (3)	M (4)	F (5)	MF (6)	
1985	865	266	1.131	15.040	8.173	23.213	4,9
1986	890	294	1.184	15.068	8.399	23.467	5,0
1987	870	286	1.158	15.074	8.595	23.669	4,9
1988	879	281	1.160	15.230	8.758	23.988	4,8
1989	860	285	1.145	15.071	8.799	23.870	4,8
1990	864	292	1.176	15.053	8.872	23.925	4,9

## FORZE DI LAVORO DAL 1985 AL 1990

di età da 60 anni in poi

	60 - 64		65 - 70		70 ed oltre		tot. forze lavoro	
	M	F	M	F	M	F	M	F
1985	603	180	163	52	99	34	15.040	8.173
1986	595	184	178	59	117	51	15.068	8.399
1987	587	179	181	66	102	43	15.074	8.595
1988	593	184	194	64	92	33	15.230	8.758
1989	575	180	199	70	86	35	15.071	8.799
1990	590	183	209	71	85	38	15.053	8.872

MODULARIO  
Leg. e Prov. n. 6 - 179

Mod. 10 - 4

## MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

FORZE DI LAVORO ED OCCUPATI NEL 1988 DI ETA' DA 60 a. in poi (in migliaia)

	CLASSI DI ETA'						TOTALE 60 -		TOTALE GENERALE		F60-
	60 - 64		65 - 70		71 ed oltre		F60-	O60-	F <sub>T</sub>	O <sub>T</sub>	F <sub>T</sub>
	F	O	F	O	F	O	F60-	O60-	F <sub>T</sub>	O <sub>T</sub>	%
PIEMONTE	53	53	22	22	14	14	89	89	1949	1788	4,6
VALLE D'AOSTA	1	1	1	1	1	1	2	2	51	48	3,9
LOMBARDIA	96	96	30	30	17	17	143	143	3975	3746	3,6
TRENTINO ALTO ADIGE	12	12	4	4	2	2	18	18	389	371	4,6
VENETO	49	48	17	16	9	9	75	73	1944	1809	3,8
FRIULI-VEN. GIULIA	14	13	5	5	2	2	21	20	501	459	4,2
LIGURIA	28	28	9	9	7	7	44	44	699	624	6,3
EMILIA-ROMAGNA	61	60	23	23	14	14	98	97	1818	1704	5,4
TOSCANA	59	58	21	20	8	8	88	86	1538	1395	5,7
UMBRIA	12	12	5	5	2	2	19	19	351	313	5,4
MARCHE	28	27	10	10	5	4	43	41	654	603	6,6
LAZIO	69	88	28	27	11	11	108	126	2144	1911	5,6
ABRUZZI	27	26	9	9	4	4	40	39	520	469	7,7
MOLISE	8	8	3	3	1	1	12	12	143	126	8,1
CAMPANIA	80	78	20	19	7	6	107	103	2233	1704	4,8
PUGLIA	47	46	15	15	5	5	67	66	1503	1246	4,1
BASILICATA	9	9	3	3	1	1	13	13	252	197	5,1
CALABRIA	24	23	7	7	2	2	33	32	805	604	4,1
SICILIA	66	63	19	18	8	7	93	88	1884	1477	4,1
SARDEGNA	18	18	7	7	5	4	30	29	636	509	4,1
ITALIA	778	767	258	255	125	122	1161	1144	23988	21103	4,8
di cui											
MASCHI	593	586	194	192	92	90	879	868	15230	13990	5,8
FEMMINE	184	181	64	63	33	32	281	276	8758	7113	3,2
M/F = MASCHI FEMMINE	3,22	3,23	3,03	3,04	2,77	2,81	3,12	3,14	1,73	1,97	—

F = forze di lavoro  
O = occupati



MODULARIO  
Leg. e Prov. - h. - 178

Alleg. 10 - h

## MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

FORZE DI LAVORO ED OCCUPATI NEL 1987 DI ETA' DA 60 a. in poi (in migliaia)

	CLASSI DI ETA'						TOTALE 60 -		TOTALE GENERALE		F60
	60 - 64		65 - 70		71 ed oltre		F60-	O60-	FT	OT	FT
	F	O	F	O	F	O	F60-	O60-	FT	OT	%
PIEMONTE	53	52	20	19	15	15	88	86	1928	1760	4,1
VALLE D'AOSTA	1	1	1	1	1	1	3	3	51	48	5,1
LOMBARDIA	84	83	29	29	19	19	132	131	3953	3678	3,1
TRENTINO ALTO ADIGE	10	10	4	4	2	2	16	16	380	358	4,1
VENETO	53	53	20	19	16	16	89	88	1915	1711	4,1
FRIULI-VEN. GIULIA	15	15	5	5	3	3	23	23	494	449	4,1
LIGURIA	28	27	12	12	9	8	49	47	703	628	7,1
EMILIA-ROMAGNA	61	61	22	22	15	14	98	97	1813	1677	5,1
TOSCANA	55	54	20	20	11	11	86	85	1519	1379	5,1
UMBRIA	14	13	4	4	2	2	20	19	343	306	5,1
MARCHE	26	26	10	10	5	5	41	41	661	603	6,1
LAZIO	91	90	24	24	10	10	125	124	2084	1872	6,1
ABRUZZI	25	25	9	9	4	4	38	38	515	459	7,1
MOLISE	8	8	2	2	1	1	11	11	138	122	8,1
CAMPANIA	74	73	19	18	10	10	103	101	2224	1707	4,1
PUGLIA	47	46	11	11	6	5	64	62	1493	1248	4,3
BASILICATA	11	10	3	3	1	1	15	14	251	201	6,1
CALABRIA	27	26	7	7	4	4	38	37	467	600	5,1
SICILIA	64	62	19	18	6	6	51	48	1816	1484	2,8
SARDEGNA	10	10	6	6	5	5	21	20	623	499	3,1
ITALIA	766	754	247	246	145	142	1158	1140	23659	20836	4,9
di cui											
MASCHI	587	578	181	179	102	100	870	857	15074	13845	5,8
FEMMINE	179	176	66	64	43	42	288	282	8585	6991	4,1
M/F = MASCHI FEMMINE	327	328	274	279	237	238	302	303	177	145	—

F = Forze di Lavoro.  
O = occupati

MODULARIO  
L. n. 9 Prev. - 8 - 178

Al. n. 10 - A

## MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

FORZE DI LAVORO ED OCCUPATI NEL 1990 DI ETÀ' DA 60 a. in poi (in migliaia)

	CLASSI DI ETÀ'						TOTALE 60-		TOTALE GENERALE		F <sub>60</sub>
	60 - 64		65 - 70		71 ed oltre		F <sub>60-</sub>	O <sub>60-</sub>	F <sub>T</sub>	O <sub>T</sub>	F <sub>T</sub>
	F	O	F	O	F	O					%
PIEMONTE	57	56	24	24	12	12	93	102	1929	1798	4,8
VALLE D'AOSTA	2	1	1	1	-	-	3	2	53	51	5,7
LOMBARDIA	92	91	36	36	17	17	145	144	3927	3768	3,7
TRENTINO ALTO ADIGE	11	11	4	4	2	2	17	17	397	385	4,3
VENETO	55	54	19	18	9	9	83	81	1916	1.824	4,3
FRIULI-VEN. GIULIA	12	12	5	5	3	3	20	20	494	462	4,1
LIGURIA	25	24	11	11	6	6	42	41	690	626	6,1
EMILIA-ROMAGNA	63	62	28	28	12	12	103	102	1.802	1.719	5,7
TOSCANA	49	49	21	21	9	8	79	78	1.521	1.396	5,2
UMBRIA	14	13	6	6	2	2	22	21	336	305	6,5
MARCHE	26	26	12	12	6	6	44	44	636	594	6,9
LAZIO	95	93	27	27	12	11	134	131	2.185	1.923	6,1
ABRUZZI	26	26	9	8	3	3	38	37	529	475	7,2
MOLISE	4	4	2	2	1	1	7	7	136	117	5,1
CAMPANIA	77	75	20	20	7	7	104	102	2.223	1.761	4,7
PUGLIA	49	48	13	13	6	5	68	66	1.527	1.287	4,4
BASILICATA	9	9	3	3	1	1	13	13	248	199	5,2
CALABRIA	25	23	8	7	3	3	36	33	824	621	4,4
SICILIA	67	65	22	21	8	7	97	93	1.896	1.467	5,1
SARDEGNA	17	17	9	9	4	4	30	30	655	526	4,6
ITALIA	773	760	280	272	123	118	1176	1155	23.925	21.204	4,9
di cui											
MASCHI	590	580	209	207	85	82	884	869	15.053	13.952	5,9
FEMMINE	183	179	71	70	38	36	292	285	8.872	7.353	3,3
M/F = $\frac{\text{MASCHI}}{\text{FEMMINE}}$	3,22	3,24	2,94	2,96	2,24	2,28	3,03	3,05	1,75	1,90	-

F = Forze di lavoro  
O = occupati

MODULARIO  
Leg. e Prov. - A - 178

Mod. 10 - A



## MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

FORZE DI LAVORO ED OCCUPATI NEL 1989 DI ETA' DA 60 a. in poi (in migliaia)

	CLASSI DI ETA'						TOTALE 60 -		TOTALE GENERALE		F60-
	60 - 64		65 - 70		71 ed oltre		F60-	O60-	F <sub>T</sub>	O <sub>T</sub>	%
	F	O	F	O	F	O	F60-	O60-	F <sub>T</sub>	O <sub>T</sub>	%
PIEMONTE	59	58	23	23	11	11	93	92	1927	1782	4,8
VALLE D'AOSTA	1	1	1	1	1	1	3	3	52	49	5,8
LOMBARDIA	91	90	35	35	16	16	142	141	3904	3716	3,6
TRENTINO ALTO ADIGE	11	11	5	5	2	2	18	18	388	373	4,6
VENETO	50	50	16	16	8	8	74	74	1913	1800	3,9
FRIULI-VEN. GIULIA	12	12	5	5	3	3	20	20	497	462	4,0
LIGURIA	27	26	10	10	5	5	42	41	105	634	6,0
EMILIA-ROMAGNA	61	61	26	26	12	12	99	99	1902	1703	5,5
TOSCANA	53	53	22	22	9	9	84	84	1508	1369	5,6
UMBRIA	13	12	5	5	2	2	20	19	344	307	5,8
MARCHE	28	29	11	11	5	5	44	44	644	596	6,8
LAZIO	86	85	26	25	14	13	126	123	2163	1889	5,8
ABRUZZI	24	23	8	8	3	2	35	33	528	465	6,6
MOLISE	6	6	2	2	1	1	9	9	136	118	6,6
CAMPANIA	79	77	21	22	8	8	108	107	2230	1719	4,8
PUGLIA	47	46	16	15	5	5	68	66	1510	1263	4,5
BASILICATA	9	9	2	2	1	1	12	12	250	197	4,8
CALABRIA	25	24	7	7	3	3	35	34	834	610	4,2
SICILIA	58	57	20	20	7	7	85	84	1979	1431	4,5
SARDEGNA	17	17	8	8	4	4	29	29	614	520	4,5
ITALIA	750	744	269	260	121	118	1146	1129	2370	21.004	4,8
di cui											
MASCHI	575	567	199	197	86	85	860	849	1504	13.851	5,7
FEMMINE	180	177	70	69	35	33	285	279	866	7.153	3,2
M/F = $\frac{\text{MASCHI}}{\text{FEMMINE}}$	3,19	3,20	2,84	2,86	2,46	2,58	3,02	3,04	1,71	1,94	—

F = Forze di Lavoro  
O = Occupati

MODULARIO  
Leg. e Prov. - 8 - 178

Mud 10 - 4

## MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

FORZE DI LAVORO ED OCCUPATI NEL 1986 DI ETA' DA 60 a. in poi (in migliaia)

	CLASSI DI ETA'						TOTALE 60-		TOTALE GENERALE		F6C
	60 - 64		65 - 70		71 ed oltre		F60-	O60-	FT	OT	FT
	F	O	F	O	F	O	F60-	O60-	FT	OT	%
PIEMONTE	56	55	19	19	19	18	34	92	1935	1157	4,1
VALLE D'AOSTA	2	2	1	1	1	1	4	4	50	17	8,1
LOMBARDIA	88	86	28	28	25	24	141	138	3315	3624	3,1
TRENTINO ALTO ADIGE	10	10	3	3	3	3	16	16	374	351	4,1
VENETO	56	56	18	18	15	14	89	88	1857	1713	4,1
FRIULI- VEN. GIULIA	15	15	5	5	3	3	23	23	492	448	4,1
LIGURIA	29	28	10	10	8	8	47	46	708	643	6,1
EMILIA-ROMAGNA	63	62	20	20	16	16	99	98	1809	1666	5,1
TOSCANA	55	54	18	18	11	10	84	82	1520	1379	5,1
UMBRIA	14	14	4	4	3	3	21	21	343	304	6,1
MARCHE	28	28	10	10	7	7	45	45	649	599	6,1
LAZIO	82	81	19	19	12	12	113	112	2096	1979	5,1
ABRUZZI	23	23	7	7	5	5	35	35	508	450	6,1
MOLISE	6	6	2	2	1	1	9	9	131	119	6,1
CAMPANIA	77	76	20	19	12	10	109	105	2195	1806	5,1
PUGLIA	55	54	15	15	9	9	79	78	1487	1273	5,2
BASILICATA	11	11	3	3	2	2	16	16	248	199	6,5
CALABRIA	30	30	11	11	4	4	45	45	769	631	5,9
SICILIA	65	63	17	17	9	8	91	88	1771	1484	5,1
SARDEGNA	16	15	5	5	5	5	26	25	610	485	4,3
ITALIA	779	768	237	235	169	162	1185	1165	23167	20856	5,0
di cui											
MASCHI	595	588	178	177	117	114	890	879	15068	13953	5,9
FEMMINE	184	180	59	58	51	48	294	286	8399	6903	3,5
M/F = FEMMINE	323	326	301	305	229	237	302	307	179	202	—

F = Forze di Lavoro  
O = occupati

MODULARIO  
Leg. e Proc. n. 8 - 170

Mod. 10 - A

## MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

FORZE DI LAVORO ED OCCUPATI NEL 1985 DI ETA' DA 60 a. in poi (in migliaia)

	CLASSI DI ETA'						TOTALE 60 -		TOTALE GENERALE		F60-
	60 - 64		65 - 70		71 ed oltre		F60-	O60-	F <sub>T</sub>	O <sub>T</sub>	%
	F	O	F	O	F	O	F60-	O60-	F <sub>T</sub>	O <sub>T</sub>	%
PIEMONTE	59	59	18	18	17	17	94	94	1943	1758	4,8
VALLE D'AOSTA	2	2	1	1	1	1	2	2	49	46	4,1
LOMBARDIA	96	95	26	26	20	20	142	141	3876	3577	3,7
TRENTINO ALTO ADIGE	10	10	3	3	3	3	16	16	377	349	4,2
VENETO	47	47	16	16	9	9	72	72	1814	1656	4,0
FRIULI-VEN. GIULIA	15	14	5	5	3	3	23	22	436	451	4,6
LIGURIA	32	31	9	8	7	7	48	46	657	638	6,9
EMILIA-ROMAGNA	64	63	19	18	13	13	96	94	1816	1668	5,3
TOSCANA	60	59	15	15	9	9	84	83	1529	1394	5,5
UMBRIA	13	12	5	5	1	1	19	18	338	296	5,6
MARCHE	34	33	10	9	7	7	51	49	650	605	7,8
LAZIO	75	75	16	16	8	8	99	99	2065	1854	4,8
ABRUZZI	24	24	6	6	4	4	34	34	699	444	6,8
MOLISE	5	5	2	2	1	1	8	8	130	117	6,1
CAMPANIA	78	78	17	17	7	7	102	102	2145	1837	4,7
PUGLIA	52	52	13	13	4	4	69	69	1465	1278	4,7
BASILICATA	10	10	4	4	3	3	17	17	250	214	6,8
CALABRIA	29	29	8	7	3	3	40	39	749	618	5,3
SICILIA	64	63	18	18	9	9	91	90	1728	1473	5,3
SARDEGNA	15	14	5	5	4	4	24	23	598	470	4,0
ITALIA	783	775	215	212	133	132	1131	1119	2321	2074	4,9
di cui											
MASCHI	603	598	163	162	99	99	865	859	15040	13986	5,7
FEMMINE	180	178	52	51	34	33	266	262	8173	6756	3,2
M/F = $\frac{\text{MASCHI}}{\text{FEMMINE}}$	3,35	3,35	3,13	3,17	2,91	3,0	3,25	3,27	1,84	2,07	

F = forze di lavoro  
O = occupati

PAGINA BIANCA

*Ministero dei Lavori Pubblici*

PAGINA BIANCA



## MINISTERO DEI LAVORI PUBBLICI

### Una politica per gli anziani

#### Premessa

Negli ultimi anni l'attenzione del Governo e del Parlamento nei confronti degli "anziani" non è solo cresciuta in termini di analisi ed approfondimento delle complesse problematiche socio-sanitarie che derivano da un generalizzato allungamento della vita media della popolazione soprattutto nei paesi a più alto sviluppo economico.

Sono state, infatti, assunte iniziative che consentono di affermare che si è avviata concretamente una politica articolata che è risposta visibile, ancorché ancora insufficiente, alle esigenze di una fascia crescente della popolazione.

#### Eliminazione delle barriere architettoniche

In questo quadro articolato di interventi al Ministero dei lavori pubblici compete il ruolo primario di assicurare condizioni ottimali dell'ambiente fisico nel quale l'anziano vive o comunque si trova a dover operare, attraverso l'eliminazione dei tanti ostacoli che si frappongono alla sua libera e sicura fruibilità degli spazi pubblici e privati.

L'eliminazione di questi ostacoli, comunemente noti come "barriere architettoniche", ha formato oggetto di due leggi, la n. 118 del 1971 (per gli edifici pubblici) e la n. 13 del 1989 (per gli edifici privati).

La legge 9 gennaio 1989, n. 13, nata dalla fusione di una iniziativa del Governo (Lavori pubblici e Affari Sociali) e da una iniziativa parlamentare (Piro) ha introdotto una disciplina dettagliata relativa all'eliminazione delle barriere architettoniche nella edilizia residenziale pubblica e privata di nuova

realizzazione, affidando ad un apposito decreto del Ministro dei lavori pubblici il dettaglio delle prescrizioni tecniche relative.

Tale decreto, il n. 236 del 14/6/1989, elaborato da una commissione interministeriale (Lavori Pubblici e Affari Sociali) è stato emanato, ai sensi dell'art. 17 l. 400/88, previo parere del consiglio di Stato.

Facendo leva sulle prescrizioni della legge n. 13, esso ha introdotto nel nostro ordinamento i concetti rivoluzionari che le barriere architettoniche sono gli ostacoli fisici che sono fonte di disagio "per la mobilità di chiunque" (ed in particolare di coloro che per qualsiasi causa hanno una capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea) e che esse possono essere individuate anche nella "mancanza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque".

La legge n. 13, oltre alle prescrizioni per la nuova applicazione, ha introdotto talune modifiche alla disciplina del condominio contenuta nel codice civile al fine di favorire gli interventi d'adeguamento dell'edilizia residenziale esistente.

Essa ha infine costituito un fondo da ripartire tra le Regioni, tramite il comitato per l'edilizia residenziale pubblica, per il finanziamento di lavori privati di adattamento edilizio ovvero di impianto di meccanismi di sollevamento o ascensori.

La dotazione del fondo (20 miliardi per ciascuno degli anni 90-91 e 92) si è però dimostrata insufficiente a fronte delle richieste delle Regioni (68,170 miliardi per l'anno 1989 e 35 miliardi per il 1990 con un residuo di domande da soddisfare di 63,170 miliardi solo per i primi due anni).

Nell'imminenza dello scadere del triennio il Ministero dei Lavori Pubblici ha predisposto un disegno di legge di rifinanziamento del Fondo con utilizzazione integrale dell'apposito stanziamento contenuto nella legge finanziaria per il 1991 (tab. B, voce Ministero dei Lavori Pubblici), da ripartire nella misura di lire 35 miliardi per il 1991 e 40 miliardi ciascuno degli anni 1992 e 1993.

Analoghe iniziative parlamentari sono peraltro già state presentate alla Camera dei Deputati dagli Onorevoli Piro (A.C. 3869) e Fronza - Crepaz (A.C. 5660) e sono all'esame della Commissione Ambiente, che ci si augura possa

approvarli al più presto.

Contemporaneamente alla attuazione della legge n. 13 i Ministri dei Lavori Pubblici e degli Affari Sociali hanno affidato ad una apposita Commissione interministeriale il compito di rivedere la disciplina relativa al superamento delle barriere architettoniche negli edifici pubblici, già contenute nel D.P.R. 27 aprile 1978 n. 384, emanato in attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118, che ha mostrato nel corso del tempo, taluni limiti che ne hanno in larga parte favorito la concreta disapplicazione.

La commissione ha espletato i suoi lavori e lo schema di revisione del D.P.R. che ha avuto l'assenso dei ministeri interessati, potrà essere emanato entro breve termine.

#### Politica abitativa in favore degli anziani

Il tema delle barriere architettoniche affronta uno dei problemi di vivibilità degli ambienti nei quali si possono trovare gli anziani.

Ma il Governo si è dato carico del più ampio problema della politica delle abitazioni riferito ad una fascia sociale che, si è già detto, tende progressivamente ad espandersi e che ha proprie esigenze anche di carattere economico, come messo in luce da varie situazioni recentemente portate all'attenzione della stampa e riguardanti anziani ex dipendenti titolari di concessioni o locazioni dello Stato o di altri enti pubblici ai quali è stata intimata la restituzione dell'immobile.

E' evidente che si tratta di campanelli d'allarme che fanno intendere che, rispetto ad una popolazione anziana che ha proprie esigenze abitative in un momento della vita nella quale, a causa della cessazione o della riduzione dell'attività lavorativa, diminuiscono o comunque si stabilizzano su livelli tutto sommato modesti le disponibilità economiche, va costruita senza ulteriori indugi una politica delle abitazioni che tenga conto degli specifici problemi degli anziani.

In proposito un interessante approccio al tema viene offerto dalla relazione della Commissione Parlamentare d'inchiesta "sulla dignità" e condizione sociale dell'anziano", presieduta dal Sen. De Giuseppe, la quale nel

sottolineare i vari aspetti del problema suggerisce tre possibili rimedi.

1. Sostegno finanziario agli inquilini meno abbienti e, in particolare agli anziani attraverso l'adeguamento della dotazione del fondo sociale previsto dalla legge sull'equo canone.

2. Priorità agli anziani nell'assegnazione degli alloggi situati nei centri storici da parte degli IACP.

3. Concessione di contributi per la costruzione di alloggi dalle tipologie appositamente studiate per le esigenze degli anziani.

Per quanto riguarda il primo punto è noto l'impegno del Ministero dei lavori pubblici tendente a favorire l'accesso al bene casa da parte delle categorie sociali più deboli.

Il "Pacchetto casa" (A.S. 2606, articoli 18 e 19), ad esempio, prevede, tra l'altro, l'istituzione di un Osservatorio con compiti di consulenza sugli aspetti sociali, economico-finanziari e giuridici dell'edilizia residenziale, organo che potrebbe essere utilizzato anche al fine di esaminare le condizioni abitative e finanziarie degli anziani più bisognosi.

In proposito va ricordata, altresì, nello stesso disegno di legge l'istituzione del Fondo Nazionale per l'Edilizia Residenziale, suddiviso in fondo sociale e fondo per l'edilizia, inteso a dare una risposta concreta alla necessità di assicurare il riconoscimento di contributi per l'integrazione dei canoni di locazione a favore dei soggetti meno abbienti.

Per quanto concerne gli altri aspetti sottolineati dalla Commissione Parlamentare d'inchiesta, è bene precisare che, in materia di Edilizia Residenziale Pubblica, l'attenzione ai problemi degli anziani è aspetto specifico della generale "questione abitativa" che il Ministero dei lavori pubblici ha affrontato con forza negli ultimi anni sottolineando il "ruolo sociale" dell'abitazione con particolare riguardo all'innovazione dei caratteri morfologici della residenza per la quale ha impresso un nuovo indirizzo inteso a conferirle quelle caratteristiche di confronto e di buon gusto che sono desideri naturali delle nostre genti che istintivamente rifiutano l'equazione casa economica-casa brutta.

In proposito il Ministero ha rivendicato all'edilizia economica e popolare un inserimento funzionale nel tessuto urbano nell'ambito di quartieri vivibili dotati dei necessari servizi sociali e degli spazi verdi che rivestono un ruolo essenziale di socializzazione anche intergenerazionale per impedire la ghettizzazione di fasce sociali e d'età, con generale vantaggio per la civile convivenza.

In ogni caso esistono già i presupposti operativi per arrivare ad una politica più incisiva e risolutrice nei confronti di una utenza particolare come quella degli anziani.

Infatti, nell'ambito della legge n. 457/1978, ampio spazio è affidato alla sperimentazione di nuovi modelli abitativi che, nel quadro di una strategia innovativa, potrà portare all'elaborazione di soluzioni tipologiche rispondenti ai reali bisogni anche degli anziani.

L'attività condotta presso il Ministero dei Lavori Pubblici dal C.E.R. (Comitato per l'Edilizia Residenziale) da oltre 5 anni, ha messo in evidenza le caratteristiche tipiche del "bene casa" destinato alle persone anziane.

Vale la pena ricordare le più rilevanti:

- esigenza di localizzazione delle abitazioni in zone centrali dotate di strutture di servizio, reti infrastrutturali e di trasporto, in prossimità di parchi o scuole; anche in vista di una possibile utilizzazione dell'anziano in attività di sostegno ai bambini;
- esigenza di tipologie di organismi abitativi strutturati in spazi individuali e spazi per attività collettive (cucine, lavanderie, sale per il tempo libero, spazi di assistenza socio-sanitaria);
- esigenza di standards dimensionali dei locali della residenza rapportati alle reali funzioni della vita della persona anziana e nell'eventualità di handicaps presenti o sopravvenuti (leggi 118/71 e 13/89);
- esigenza di facilità di manutenzione e di pulibilità dell'alloggio;
- dotazione di arredi di facile fruibilità ed accessibilità;

- sicurezza dell'alloggio a salvaguardia dell'incolumità;
- esigenze di benessere ambientale (soleggiamento, climatizzazione invernale ed estiva, aereazione naturale e artificiale, assenza di umidità, giusto rapporto tra temperatura e umidità relativa, controllo della purezza e della velocità dell'aria, insonorizzazione) rapportato alle funzioni della vita della persona anziana.

Dalla conoscenza delle reali esigenze possono essere facilmente individuati i requisiti che l'alloggio deve possedere in relazione all'uso specifico per fornire all'anziano le prestazioni di cui ha bisogno.

Oltre al bagaglio di conoscenze specifiche il C.E.R. ha acquisito e sta ulteriormente dotandosi di una vasta strumentazione che consente di mettere a regime specifici programmi di edilizia FINALIZZATI alla realizzazione di alloggi per anziani.

Le principali procedure di programmazione per avviare tali iniziative possono essere individuate in:

- finanziamenti di programmi straordinari di E.R.P. (Edilizia Residenziale Pubblica) finalizzati alla realizzazione di alloggi per anziani;
- riserva percentuale obbligatoria di alloggi per anziani in tutti i programmi di edilizia residenziale pubblica.

In entrambi i casi occorre fare alcune valutazioni di opportunità: relativamente alla prima, il principale vantaggio che si può avere nella possibilità di intervenire organicamente (case albergo) e di selezionare le localizzazioni più idonee; per contro si rischia di isolare questa delicata categoria sociale in una sorta di ghetto.

La seconda ipotesi offre il vantaggio di realizzare una integrazione sociale tra l'anziano e i rimanenti soggetti sociali delle diverse età comportando l'adozione di tipologie specifiche -ma non del tutto speciali- mentre diviene più difficile la scelta di localizzazioni "mirate".

Sulle due citate procedure sono state già avviate dal C.E.R. in via sperimentale, concrete iniziative; in particolare, per citare le principali:

- legge 457/78 art., 2/f, intervento per la realizzazione di una casa albergo per anziani, a Vieste sul Gargano, comprendente n. 50 alloggi e

la cui gestione è affidata alla "Fondazione Filippo Turati";

- legge 457/78 art. 2/f - programma Eurorex; intervento di recupero del quartiere "la villetta" di Pavia;
- legge 94/82 art. 4, intervento di recupero edilizio nel centro storico di Sesto Fiorentino per la realizzazione di alloggi destinati ad anziani disabili ed utenti speciali (che si rendano disponibili in cambio del beneficio di disporre un minialloggio a canone simbolico, a fornire assistenza);
- legge 94/82 art. 4 e legge 457/78; intervento di recupero urbanistico e riqualificazione urbana nel quartiere di via Sertoli in Genova-Molassana per la realizzazione di alloggi dedicati ad anziani con locali collettivi e strutture socio-sanitarie specifiche per anziani.

I canali finanziari che ad oggi possono essere individuati sono i seguenti:

- legge 457/78 art. 2/f - per interventi sperimentali;
- fondi ex-Gescal relativi agli anni '90, '91, '92 - riserva percentuale di alloggi in fase di programmazione.

PAGINA BIANCA



*Ministero della Sanità*

PAGINA BIANCA

**MINISTERO DELLA SANITA'**  
**CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE**

**MEMORANDUM SUGLI ANZIANI**

PAGINA BIANCA

## POPOLAZIONE ANZIANA: CONSISTENZA E PROSPETTIVE

La popolazione residente ultrasessantacinquenne risulta essere al 31.12.1989 di 8.335.000 unità su un totale di 57.576.000 cittadini, con una percentuale del 14,5%, di 3,5 punti più elevata rispetto alla medesima percentuale di 6 anni prima.

Secondo i dati sulle proiezioni effettuate dall'ISTAT, la popolazione complessiva italiana dovrebbe iniziare a subire un declino demografico a decorrere dagli ultimi anni di fine secolo.

Il fenomeno inverso dovrebbe invece verificarsi nella popolazione senile.

Per gli anziani con oltre 65 anni di età, il numero complessivo dovrebbe passare da 8.335.000 a ben 10.600.000 nel 2021.

L'incidenza, per tale contingente di popolazione, dovrebbe pertanto variare dal 14,5% al 20% dopo i primi 20 di inizio secolo.

Per la popolazione di età avanzata (oltre 80 anni), le proiezioni forniscono addirittura un raddoppio del contingente attuale raggiungendo i 2.600.000 abitanti dopo i primi 20 anni del nuovo millennio.

L'incidenza degli ultraottuagenari passerebbe, pertanto, dal 2,4% attuale al 5% dal 2021.

Allegato: Popolazione al 31.12.1990

## Allegato

INDICE DI VECCHIAIA ED INDICE DI DIPENDENZA PER REGIONI  
(Popolazione al 31/12/89)

Regioni	Età			Indice di	
	0-14	15-64	65 e +	vecchiaia	dipendenza
Piemonte	586.289	3.039.148	732.122	124,87	43,38
Valle d'A.	15.968	82.134	17.168	107,52	40,34
Lombardia	1.311.369	6.345.905	1.254.721	95,68	40,44
Trentino A.A.	148.375	614.116	124.188	83,70	44,38
Veneto	661.136	3.095.013	628.874	95,12	41,68
Friuli V.G.	151.557	830.033	212.887	146,01	44,92
Liguria	191.212	1.179.110	356.390	185,90	46,48
Emilia Rom.	475.793	2.721.922	723.882	152,14	44,07
Toscana	463.938	2.441.215	655.429	141,28	45,85
Umbria	118.025	557.320	144.971	122,83	47,19
Marche	211.906	973.146	245.674	115,94	47,02
Lazio	838.745	3.643.277	688.650	82,10	41,92
Abruzzo	216.523	853.796	196.129	90,58	48,33
Molise	59.068	221.904	54.376	92,06	51,12
Campania	1.310.160	3.885.378	613.167	46,80	49,50
Puglia	871.118	2.729.120	469.121	53,85	49,11
Basilicata	124.566	413.165	85.444	68,59	50,83
Calabria	462.911	1.419.457	270.171	58,36	51,65
Sicilia	1.083.331	3.431.608	657.846	60,72	50,74
Sardegna	317.580	1.143.962	196.020	61,72	44,90
Italia	9.620.070	39.620.729	8.335.630	86,65	45,32

Fonte: Istituto Nazionale di Statistica, 1990

ASSISTENZA MEDICO GENERICA DI BASE DOMICILIARE  
(PROGRAMMATA E INTEGRATA)

## A) Situazione esistente

L'assistenza di base agli anziani deve essere migliorata e resa maggiormente efficiente, specie per i soggetti totalmente o parzialmente non autosufficienti e quindi bisognosi di assistenza a domicilio.

## B) Prospettive

La nuova convenzione per l'assistenza di base prevede, da quest'anno, una considerazione specifica per la problematica degli anziani.

Infatti è previsto un nuovo tipo di assistenza di cui possono fruire gli anziani (oltre che altri soggetti). Trattasi dell'"assistenza programmata agli assistiti non ambulabili", che può assumere tre forme:

- "assistenza domiciliare" (A.D.), affidata al medico curante, nei confronti di pazienti con impossibilità di deambulare o che presentino gravi patologie;
- "assistenza domiciliare integrata" (A.D.I.), che è svolta al domicilio del paziente, con prestazioni di medicina generale e specialistica infermieristiche, di aiuto domestico, di assistenza sociale. Essa è alternativa al ricovero per ragioni sociali o di organizzazione sanitaria;
- "assistenza nei confronti di soggetti ospiti di residenze protette".

Per corrispondere all'esigenza di avviare i finanziamenti di programmi della programmazione nazionale e nell'ambito della nuova medicina di base (vedasi sopra), utilizzando somme residue sui fondi 1989 sono stati stanziati (delibera CIFE del 16.2.1990) per l'assistenza domiciliare integrata 100 miliardi destinati alle Regioni.

Per il 1991, il CIFE in data 12 marzo 1991 ha approvato l'accantonamento di complessivi 550 miliardi del piano sanitario quinquennale ('91-'95), nel cui ambito potrebbe

essere individuato un ulteriore finanziamento per l'assistenza domiciliare.

#### ASSISTENZA SPECIALISTICA

##### A) Situazione esistente

La legge 833 -art. 25, 6° comma- prevede che le prestazioni specialistiche possono essere prestate anche al domicilio "in forme che consentono la riduzione dei ricoveri ospedalieri". Il che ha determinato limitazioni dell'erogazione.

##### B) Prospettive

La nuova convenzione prevede anche la possibilità di prestazioni agli anziani presso le strutture socio-assistenziali (case protette, ecc.).



## ASSISTENZA OSPEDALIERA

## A) Situazione esistente

Attualmente è consistente il fenomeno dei "ricoveri impropri" degli anziani negli ospedali, dovuti a impossibilità di assistenza post-ricovero al domicilio dell'ex-paziente; ricoveri che ricadono specie sulle divisioni di medicina e di lungodegenza (quest'ultime insufficienti) e che allungano la durata dei ricoveri nelle altre specialità (ortopedia, urologia, ecc.).

D'altra parte i posti letto nelle divisioni di geriatria sono attualmente insufficienti, anche a causa delle incertezze sul ruolo della geriatria in ospedale (assistenza o consulenza?).

## B) Prospettive

A seguito della legge 109/1988 e del DM 13.8.1988 le Regioni hanno ridefinito la rete ospedaliera, che ha trovato formalizzazione nei piani sanitari delle 12 Regioni che si sono dotate di questo strumento.

Di conseguenza saranno attivati ulteriori posti letto per la geriatria e la lungodegenza (per quest'ultima in attesa dell'attivazione delle R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali)).

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

## A) Situazione esistente

Prima del 1989 le esenzioni dalla partecipazione alla spesa sanitaria erano previste in favore di cittadini a basso reddito e per soggetti affetti da particolari patologie. Dette esenzioni non erano correlate a fasce d'età.

- B) Dal 1989, accanto ai cittadini riconosciuti indigenti dai Comuni, con i decreti legge susseguitisi dal marzo 1989 (DL n. 111) sino alla conversione dell'ultimo (DL 25.11.1989, n. 382) nella legge 25 gennaio 1990, n.8 sono stati individuati tra i beneficiari dell'esenzione anche i titolari di pensione di vecchiaia (età 60 anni se uomini e 55 se donne con reddito complessivo lordo di 16 milioni o 22 se con coniuge a carico) e i titolari di pensione sociale, ferme restando comunque le esenzioni per patologie che non risultano collegate all'età del soggetto interessato (anche se naturalmente dette patologie riguardano significativamente gli anziani).

Tale disciplina è tuttora vigente.

## ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA E LE R.S.A.

## 1. GENERALITA'

## A) Situazione esistente

L'assistenza agli anziani rappresenta il caso esemplare dell'esigenza di integrazione tra i servizi sanitari ed i servizi sociali. Ma è proprio questa caratteristica la causa essenziale delle difficoltà che la protezione della terza età incontra.

Si sa del dibattito tecnico-politico che ha preceduto ed accompagnato la riforma sanitaria ed in particolare il punto delle funzioni delle U.S.L. nonché della soluzione ibrida data dalla 833 con l'art. 1, 4° comma e con l'art. 15, ultimo comma, i quali prevedono nel SSN l'integrazione tra i due settori.

La normativa di attuazione di tale disposizione da parte delle Regioni è risultata disomogenea e inadeguata, ed ha ingenerato "conflittualità" tra USL e Comuni. Successive norme specifiche (art. 30 della legge 730/1983 e il DPCM 8.8.85, G.U. n. 191, 14.8.1985) non hanno risolto completamente i problemi. \*

## B) Prospettive

L'integrazione socio-sanitaria può avere alcune possibilità di realizzazione in base a quanto previsto dalla legge 23 ottobre 1985, n° 595.

Inoltre si rileva che una parziale soluzione al problema è affidata alle R.S.A., in cui potranno confluire i soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio.

## 2. LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

### A) Situazione attuale

Le difficoltà dell'integrazione socio-sanitaria in concreto si riflettono negativamente specie sugli anziani non autosufficienti che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio e che si intende sottrarre all'ospedale.

### B) Prospettive

La legge 67/1988 con l'art.20 autorizza l'esecuzione di un piano decennale straordinario di interventi sul patrimonio sanitario pubblico per un importo complessivo di 30.000 miliardi.

Tra gli obiettivi del programma è prevista la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio o in altre strutture sanitarie e che richiedono trattamenti continui.

Allo stato risultano stanziati i fondi per il primo triennio per lire 2.366 miliardi (che rappresenta il 21% del totale). (Confronta la relazione seguente).

RELAZIONE SULL'ATTUAZIONE DELL'ART. 20 DELLA LEGGE 67/1988  
SULLE R.S.A. (Residenze sanitarie assistenziali)

1. La legge n.67/1988

Il programma nazionale straordinario di investimenti in sanità trae origine dal disposto dell'art.20 della legge 11 marzo 1988 n.67 (legge finanziaria 1988), che così stabilisce:

"E' autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di investimenti in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani non autosufficienti per l'importo complessivo di f.30.000 miliardi".

In particolare è prevista:

"La realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedali diurni e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a orma dell'art.3 della legge 23 dicembre 1978, n.833, devono essere integrati con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti letto ospedalieri".

La stessa norma di legge prevede, altresì:

- il coordinamento del programma straordinario in questione con altri interventi nel settore dell'edilizia sanitaria da parte di altre amministrazioni pubbliche, anche a valere sulle risorse del FIO;
- la costituzione di un apposito nucleo di valutazione presso il Ministero della Sanità, costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, con compiti di consulenza in ordine alla programmazione degli interventi e di

validazione dei progetti presentati dalle Regioni.

2. Le norme di attuazione dell'art.20: D.M. 29/8/1989, n.321

Le norme regolamentari di attuazione dell'art.20 sopra citato sono contenute nel decreto del Ministero della Sanità 29 agosto 1989, n.321.

Il decreto, che definisce i criteri ai quali debbono ispirarsi le iniziative volte a realizzare gli obiettivi fissati dall'art.20 della legge finanziaria 1988, rinvia ad apposito atto di indirizzo e coordinamento la fissazione degli standards tipologici e dimensionali delle strutture residenziali per gli anziani e i disabili e la esplicitazione delle modalità di integrazione delle funzioni sanitarie e sociali.

3. La costituzione del Nucleo di Valutazione

In attuazione delle procedure indicate dall'art.20 della Legge 67/88, in data 26 luglio 1988 è stato costituito il Nucleo di Valutazione, composto secondo le indicazioni di legge da esperti in discipline tecniche, sanitarie ed economiche.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento per le R.S.A.: D.F.C.M. 22/12/1989

L'azione di supporto tecnico verso le regioni si è completata con la elaborazione e la emanazione del DPCM del 22 dicembre 1989 contenente "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili nei servizi a domicilio o nei servizi semiresidenziali".

L'elaborazione del documento è stata frutto di numerosi incontri con gli assessori regionali alla sanità e ai servizi

sociali e lo schema del DPCM è stato previamente sottoposto al parere del Consiglio sanitario nazionale.

Tale normativa ha importanza fondamentale perchè profondamente innovativa del sistema dei servizi socio-sanitari del nostro paese. Per la prima volta sono stati definiti gli standard non solo dimensionali ma soprattutto tipologici ed organizzativi di un presidio sanitario del tutto mancante del nostro sistema di servizi. Infatti, mentre per gli anziani in generale e per gli autosufficienti in particolare la politica dei servizi sociali ha approntato negli anni vari tipi di risposte residenziali (dalle case albergo agli alloggi protetti, alle case di riposo, alle comunità alloggio e simili), per gli anziani non autosufficienti, con condizioni di salute stabilizzate e quindi non in fase acuta, ma non di meno bisognosi di trattamenti sanitari protratti non erogabili né a domicilio, né in altre strutture territoriali, il sistema dei servizi italiani nulla prevedeva se non l'affidamento alle famiglie, con grande sovraccarico di lavoro e di tensione, o il ricovero in ospedali per acuti, cioè un tipo di risposta inappropriata.

La RSA si propone di essere la risposta adeguata che finora è mancata. Le indicazioni che il DPCM fornisce al riguardo sono quanto di più avanzato le scienze sanitarie, sociali e umane hanno elaborato in materia.

#### 5. Linee-guida del Ministero

A maggior chiarimento, il Ministero della Sanità ha emanato due specifiche linee di guida, rispettivamente in data 27 ottobre 1989 e 2 gennaio 1990.

#### 6. Le delibere CIPE

Dal canto suo il CIPE con deliberazione del 13 ottobre 1989 (in G.U. 21 novembre 1989, n. 272), su proposta del Ministro della Sanità, ha ripartito in via indicativa una prima quota di 7.481,3 miliardi di lire, a valere sulla disponibilità complessiva del primo triennio di 10.000 miliardi di lire, al fine di consentire la predisposizione dei programmi regionali per il biennio 1989 e 1990.

Con successiva delibera del 3 giugno 1990 il CIPE ha approvato il piano nazionale straordinario di investimenti nella sanità per il triennio 1989-1991, per quanto concerne la ripartizione delle risorse, nell'ambito delle singole Regioni e Province autonome.

A livello di singole USL, il piano è approvato come indicazione di massima, con priorità per il completamento delle opere in corso. Resta fermo che tutti i singoli progetti e programmi, come previsto dall'art. 20 della legge n. 67/88, devono essere approvati dal CIPE con le procedure del decreto ministeriale n. 321/89.

7. Lo stato degli studi di fattibilità delle R.S.A.

Per quanto concerne il programma di interventi di cui all'art. 20 della legge 67/1988 alla data del 15/5/1991 risultano pervenute n. 438 richieste di finanziamento per RSA delle quali una sola è stata approvata, mentre n. 174 sono state respinte per "documentazione insufficiente per carenza di elementi essenziali". Di queste, 100 sono state presentate dalla Regione Puglia, 67 dalla Lombardia, 6 dalla Toscana e 1 dalla Valle d'Aosta.

Le rimanenti saranno sottoposte al previsto esame del Nucleo di Valutazione nelle prossime sedute.

Circa l'elevato numero di progetti di RSA respinti, il Ministero della Sanità ritiene che la "carenza di elementi essenziali" nei relativi progetti sia dovuta alla difficoltà, da parte delle Regioni, di realizzare la portata innovativa dell'art. 20. Le novità che la RSA rappresenta nell'ambito del servizio sanitario, quale struttura intermedia tra la degenza ospedaliera e l'assistenza sanitaria domiciliare comporta scelte precise a livello regionale che contrastano con la presenza, particolarmente diffusa in alcune regioni, di strutture residenziali per anziani a carattere prevalentemente sociale, che poco si prestano per una riconversione in strutture residenziali a carattere prevalente sanitario, seppure con grande rispetto per gli aspetti sociali e della qualità della vita degli anziani.



MINISTERO DELLA SANITA'  
SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
STUDI DI FATTIBILITA' PER R.S.A. PERVENUTI AL 18/5/91

REGIONI	ANZIANI A	DISA- BILI B	TOTALE C	APPRO- VATI D	IMPORTI PREVISTI 12 triennio (1) Mil		
					PER A	PER B	TOTALE
PIEMONTE	0	0	0		264.200	42.200	306.400
VALLE D.A	1	0	1		2.600	400	3.000
LOMBARDIA	65	16	81		442.710	74.633	517.343
P.A. BOLZ.	0	0	0		0	0	-
P.A. TREN.	0	0	0		21.300	4.790	26.090
VENETO	73	24	97	1	178.971	36.605	215.576
FRIULI VG	4	6	10		28.200	8.250	36.450
LIGURIA	0	0	0		73.200	27.100	100.300
EMILIA-R.	1	0	1		207.402	28.804	236.206
TOSCANA	84	11	95		174.452	26.189	208.641
UMBRIA	0	0	0		20.844	6.451	27.295
MARCHE	26	2	28		66.344	9.500	75.844
LAZIO	18	2	20		184.324	35.800	220.124
ABRUZZO	0	0	0		56.230	9.200	65.430
MOLISE	0	0	0		19.654	3.385	22.959
CAMPANIA	0	0	0		180.000	42.000	222.000
PUGLIA	0	0	(2) 100		126.868	0	126.868
BASILICA.	0	0	0		23.181	4.320	27.701
CALABRIA	0	0	0		73.800	14.550	88.350
SICILIA	5	0	5		169.600	49.370	218.970
SARDEGNA	0	0	0		51.800	20.800	72.600
<b>TOTALE</b>	<b>277</b>	<b>61</b>	<b>438</b>	<b>1</b>	<b>2.365.880</b>	<b>444.267</b>	<b>2.810.147</b>

(1) - Rappresentano il 26% della quota vincolata per le R.S.A. nel 12 triennio

(2) - Totale indistinto

## PROGETTO OBIETTIVO ANZIANI

Le linee di programmazione e l'assetto organizzativo dei servizi per la "tutela della salute degli anziani" del Progetto-obiettivo "Anziani" sono stati elaborati sulla base delle indicazioni formulate da una apposita Commissione del Centro Studi del Ministero della Sanità.

Gli interventi previsti nel Progetto-obiettivo riguardano prioritariamente:

- l'erogazione di forme di Assistenza domiciliare integrata;
- forme sperimentali di Spedalizzazione domiciliare;
- l'istituzione di una rete di Residenze sanitarie assistenziali previste dall'art. 20 della legge 67/1988;
- l'introduzione di sistemi nazionali uniformi di valutazione del grado di autosufficienza degli anziani;
- interventi di educazione sanitaria;
- interventi di formazione ed aggiornamento del personale del settore;
- l'istituzione di osservatori permanenti esterni al Servizio sanitario nazionale per la valutazione della qualità dell'assistenza.

In attesa di realizzare nel corso del quinquennio di validità del progetto-obiettivo i vari interventi previsti, l'orientamento del Ministero è di confermare e sviluppare ulteriormente per il 1991 il programma di Assistenza domiciliare integrata già avviato nel 1990, nonchè quello di realizzare una parziale copertura di fabbisogno di Residenze sanitarie assistenziali attraverso il convenzionamento con strutture private non essendo prevedibile per il corrente anno la realizzazione di un adeguato numero di RSA pubbliche, e di avviare programmi di aggiornamento del personale.

Il progetto-obiettivo è stato approvato dal Consiglio dei Ministri in data 26 giugno 1991 e trasmesso alla Camera dei Deputati il 12 luglio 1991 per essere sottoposto all'esame della 12<sup>a</sup> Commissione Affari sociali.

SERVIZIO DI CONTROLLO ALLE CASE DI RIPOSO PER ANZIANI SVOLTO DAL NUCLEO ANTISOFISTICAZIONI (NAS) DEI CARABINIERI

Da oltre due anni e per l'esattezza dall'aprile 1989, nell'ambito delle loro funzioni istituzionali, i NAS procedono a periodiche e sistematiche ispezioni presso case di riposo per anziani, rilevando e denunciando alle competenti autorità le violazioni - amministrative e penali - e segnalando all'Autorità Giudiziaria le persone responsabili delle infrazioni accertate.

D'intesa tra il Ministro della Sanità ed il Ministro per gli Affari Sociali, si è pervenuti al convincimento che un'esperienza così ricca non dovesse venire dispersa ma potesse essere messa a frutto per una migliore organizzazione futura dell'attività.

Pertanto, si è inteso accentuare la razionalizzazione ed omogeneità nell'impostare le attività di controllo, onde ottenere dati in grado di ottimizzare le conoscenze, regolamentare la frequenza delle ispezioni e rendere efficace la repressione di eventuali abusi e violazioni di norme.

A questo proposito, nel duplice intento di prospettare soluzioni adeguate ed elaborare una più precisa "scheda di rilevamento" da utilizzare nel futuro, si è costituito un gruppo di lavoro specifico che procederà ad analizzare meglio i dati giudicati rilevanti ed attivare le metodologie in uso.

Venendo all'organizzazione vera e propria, ricordiamo che ogni tornata di ispezioni, effettuata contestualmente, riguarda tutto il territorio nazionale, interessa ogni volta mediamente 300 strutture di diversa tipologia, opportunamente scelte a campione, coprendo sia strutture pubbliche, sia strutture private convenzionate, sia strutture private non convenzionate.

I dati raccolti riguardano:

- a) la tipologia è "identità" dell'Ente cui la struttura è riferibile;
- b) le autorizzazioni amministrative e la loro regolarità;
- c) dati quantitativi relativi al personale medico,

- infermieristico ed ausiliario;
- d) le strutture fisiche, la loro idoneità e le condizioni di gestione;
- e) dati quantitativi relativi agli ospiti ed ai periodi medi di soggiorno;
- f) dati relativi al trattamento ed alle condizioni igienico-sanitarie.

Sono poi di consueto, rilevate le infrazioni a norme penali, distintamente per tipologia e gravità, e le infrazioni amministrative.

Tale metodologia di rilevamento è stata verificata nel corso di ispezioni effettuate nel mese di febbraio 1991 relative a 315 strutture (delle quali 137 pubbliche; 23 private convenzionate; 155 private non convenzionate) che ospitano complessivamente 17.549 anziani: un campione significativo, stimato attorno al 10% della platea interessata.

Gli elementi conoscitivi ricavati, anche in ordine alla vetustà o alla efficienza delle strutture, alla loro dimensione media per classi, alle violazioni riscontrate, sono stati oggetto di una prima elaborazione.

L'approfondimento dei dati resi noti da NAS e dai Ministeri competenti può consentire di scandagliare nel tempo il fenomeno e le relative esigenze di intervento, in una prospettiva non meramente repressiva (non del tutto adeguata al superamento dei problemi esistenti) ma di promozione ed incentivo all'autocontrollo, alla vigilanza amministrativa e di induzione al miglioramento della situazione.

Successivamente, in aprile, le ultime ispezioni effettuate, sono state eseguite su 442 strutture, che ospitano circa il 15% della popolazione anziana interessata.

## S I N T E S I

SERVIZI DI CONTROLLO ALLE CASE DI RIPOSO PER ANZIANI

Dall'agosto 1989, ad oggi sono stati effettuati 7 servizi di controllo in campo nazionale alle case di riposo per anziani nelle seguenti date:

- 14, 15, 16 e 17 agosto 1989;
- 25, 26 e 27 settembre 1989;
- 31 gennaio, 1 e 2 febbraio 1990;
- 13 e 14 agosto 1990;
- 13 e 14 agosto 1990;
- 9, 10, 12 e 13 novembre 1990;
- 21 e 22 dicembre 1990;
- 11, 12 e 13 febbraio 1991.

Complessivamente sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- ispezioni effettuate ... n. 2.870
- infrazioni accertate .....n. 2.798 

{	n. 1.549 penali;
}	n. 1.249 amm.ve
- persone segnalate alle competenti Autorità Giudiziarie, Sanitarie ed Amministrative .....n. 1.527;
- campioni prelevati .....n. 565;
- sequestri effettuati:
  - . alimenti vari .....kg. 27.873;
  - . confezioni .....n. 7.569;
  - . sanitari .....n. 5.508;
  - . attrezzature varie ...n. 16;
  - . locali .....n. 7

Sono state avanzate all'Autorità Amministrativa e/o Sanitaria n. 122 proposte di chiusura, la maggior parte delle quali non hanno trovato possibilità di accoglimento per mancanza di locali alternativi ove ospitare i pazienti.

**SERVIZIO DI CONTROLLO IN CAMPO NAZIONALE  
ALLE CASE DI RIPOSO PER ANZIANI**

Nei giorni 18, 19 e 20 marzo 1991, i dipendenti N.A.S. hanno effettuato un servizio di controllo in campo nazionale alle case di riposo per anziani, avvalendosi delle schede di rilevazione già sperimentate nel corso del precedente servizio svolto l'11, 12 e 13 febbraio 1991.

Risultati conseguiti

(tra parentesi i valori relativi al precedente servizio)

- ispezioni effettuate .....	n.	216	(315)
- infrazioni n. 84 (131)	penali .....	70	(108)
		amm.ve .....	14
- campioni prelevati .....	n.	17	(32)
- persone da segnalare alle Autorità Giudiziarie, Sa= nitarie e/o Amministrative .....	n.	69	(131)

SERVIZIO DI CONTROLLO IN CAMPO NAZIONALE  
ALLE CASE DI RIPOSO PER ANZIANI

1. Nei giorni 22, 23 e 24 aprile 1991, i dipendenti N.A.S. hanno effettuato un servizio di controllo in campo nazionale alle case di riposo per anziani, conseguendo i seguenti risultati:

Tra parentesi i valori relativi ai precedenti servizi rispettivamente effettuati:

- (\*) il 18, 19 e 20 marzo 1991;  
(\*\*) l'11, 12 e 13 febbraio 1991;  
(\*\*\*) il 9, 10, 12 e 13 novembre 1990.

	(*)	(**)	(***)
- ispezioni effettuate .....n. 442	(216)	(315)	(665)
- Infrazioni n. 202 (84) (131) (457) <span style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">penali n. 145</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">amm.ve n. 57</div> </span>	(70)	(108)	(301)
	(14)	(23)	(156)
- campioni prelevati .....n. 16	(17)	(32)	(76)
- persone da segnalare alle competenti Autorità Giudiziarie, Sanitarie e/o Amministrative .....n. 99	(69)	(131)	(248)

## PROGETTO FINALIZZATO "INVECCHIAMENTO" CNR

## PREMESSA

Nell'intento di evidenziare l'interesse che il mondo scientifico italiano annette alle problematiche dell'assistenza agli anziani, si da qui di seguito una scheda illustrativa del programma esecutivo Consiglio Nazionale delle Ricerche 1990-92 che riguarda l'invecchiamento.

- A. Il progetto si sviluppa in cinque linee fondamentali, o sottoprogetti di indagine.

Biogerontologia  
Studio longitudinale  
Invecchiamento e malattie endocrino-metaboliche:  
meccanismi patogenetici  
Invecchiamento dei sistemi sensoriali e dei  
processi cognitivi  
Invecchiamento della popolazione, qualità della  
vita e autosufficienza

Invecchiamento della popolazione, qualità della vita e autosufficienza.

Al fine di garantire una migliore condizione e qualità di vita alle persone anziane e, soprattutto, mantenere un grado elevato di autosufficienza, il progetto CNR propone dei modelli analitici e dei protocolli operativi che sono di seguito descritti.

1. Transizione demografica e invecchiamento della popolazione. Situazione attuale e previsioni.

In questo primo momento si cercherà di individuare il dato che, in assoluto, deve essere tenuto in conto da Istituzione pubbliche e da Enti che si occupano di assistenza, cioè: l'evoluzione del processo di



invecchiamento della popolazione italiana fino al 2025.

2. Analisi delle conseguenze sul mercato del lavoro e sulla domanda di beni e servizi.

Si tratta di un punto strategico della ricerca che interessa il futuro assetto degli istituti previdenziali e pensionistici, nonché la qualità e quantità del lavoro "futuro" delle persone anziane.

Il punto seguente di analogo interesse.

3. Impatto sul sistema di sicurezza sociale

4. Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano, condizioni di vita e bisogni

Si tenterà di uniformare questi strumenti a quelli usati internazionalmente allo scopo di individuare la struttura dello stato funzionale dell'anziano dal punto di vista psico-somatico e socio-economico.

5. Valutazione di interventi diagnostici, terapeutico-riabilitativi o assistenziali per la prevenzione della perdita dell'autosufficienza.

La proposta di modelli che emergerà da questa parte della ricerca dovrebbe pervenire e dare un quadro oggettivo della cosiddetta non-autosufficienza e delle misure per prevenirla.

In ultimo il progetto propone la costruzione di una banca di dati retrospettivi e prospettivi sulla dinamica della popolazione a livello regionale, provinciale e comunale, oltre alla definizione dei modelli assistenziali e sanitari per far fronte al futuro della nostra società anziana.

PAGINA BIANCA

*Ministero del Turismo e dello  
Spettacolo*

PAGINA BIANCA

POLITICA DI AGEVOLAZIONI A FAVORE DEGLI ANZIANI1. ATTIVITA' RICREATIVA

In questo settore sono state promosse numerose iniziative a favore degli anziani grazie ad accordi stipulati su base locale tra le delegazioni AGIS ed i singoli Comuni.

Si ritiene opportuno segnalare, regione per regione, le iniziative più significative già poste in essere.

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

In base ad apposita convenzione fra la locale Delegazione AGIS e i Comuni di Torino e di alcune città della Regione (es. Alessandria, Asti, Domodossola) vige, da circa 10 anni, la tessera "Insieme al cinema" che consente, a quanti abbiano superato i 60 anni, di accedere nelle sale cinematografiche con la riduzione del 50% sul biglietto d'ingresso.

LOMBARDIA

Milano: è in atto da 10 anni la "carta 60" (distribuita in circa 500.000 copie) che, sulla base di una convenzione annuale fra il Comune di Milano e la locale delegazione AGIS, dà diritto ad una riduzione del 50% sul biglietto d'ingresso nei cinema per gli spettacoli pomeridiani nei giorni feriali ed altresì consente sconti e riduzioni, d'importo diverso, nei teatri, nei circhi, nei luna park.

Oltre la specifica iniziativa, molti teatri praticano riduzioni per gli anziani e circhi e luna park, spesso danno luogo a rappresentazioni speciali o dedicano dei pomeriggi a questa fascia di utenza.

LIGURIA

Genova e Sanremo: vige la carta "S" (carta spettacoli-sessantenni-sconto) che consente riduzioni sul prezzo del biglietto nelle sale cinematografiche, teatrali o musicali della città in percentuale che varia dal 30 al 50%.

La carta "S" è stata recapitata a spese del Comune, ad ogni cittadino che ha compiuto i 60 anni. Nelle altre città sono in atto identiche iniziative ma non istituzionalizzate con apposita carta.

LAZIO : nei cinema della capitale è prevista una riduzione del 30-50% nei soli giorni feriali.

CAMPANIA

Napoli: è in fase di nuova stipulazione la convenzione in atto fra la delegazione AGIS e il Comune che prevede la riduzione del 50% sul prezzo del biglietto nelle sale cinematografiche nei giorni feriali. L'agevolazione è comunque nei fatti operante grazie all'iniziativa dei singoli esercenti.

ABRUZZO E MOLISE

Pescara: in base ad apposita convenzione è in atto una tessera d'argento che consenta la riduzione del 50% sul biglietto d'ingresso nelle sale cinematografiche senza particolari limitazioni.

### PUGLIA E BASILICATA

Le agevolazioni sono rimesse, al momento, sia pure su indicazione della locale delegazione, all'iniziativa dei singoli soci ma sono in corso contatti fra la delegazione AGIS e i Comuni per un programma raccordato.

### CALABRIA

Per il solo settore cinematografico, in base ad accordi fra la locale delegazione e i singoli Comuni nei piccoli centri viene consegnata a quanti abbiano superato i 60 anni una tessera di libero accesso alle sale cinematografiche, nei Comuni maggiori viene praticata la riduzione del 50% sul prezzo del biglietto nei giorni feriali.

### SICILIA

Palermo: riduzioni del 50% del biglietto d'ingresso nelle sale cinematografiche dal lunedì al sabato compresi gli spettacoli serali.

### SARDEGNA

Nessuna iniziativa si segnala in tal senso.

### TRE VENEZIE

In tutte le sale del territorio regionale in base ad accordi con i singoli Comuni viene praticata, nei giorni feriali, la riduzione del prezzo del biglietto prevalentemente al 50%.

EMILIA ROMAGNA

Bologna: nei teatri della città, per un numero di posti limitato ed altresì in alcune giornate per ogni spettacolo programmato, il biglietto d'ingresso è determinato in lire 5.000.

Nei cinema viene applicata la riduzione del biglietto d'ingresso dal 30 al 50% nei giorni feriali.

Le agevolazioni previste nei cinema sono vigenti su tutto il territorio regionale.

TOSCANA

Firenze: per gli spettacoli pomeridiani dei giorni viene effettuata la riduzione del 50% del prezzo del biglietto per le persone che abbiano superato i 60 anni.

Il teatro comunale di Firenze prevede per quanti abbiano superato i 65 anni un abbonamento promozionale con il 10% di sconto.

Al teatro Niccolini e al teatro Variety viene praticato il mercoledì e per la pomeridiana della domenica la riduzione del 35% sul prezzo del biglietto.

Iniziative analoghe vengono effettuate nei cinema di numerosi Comuni della Regione.

MARCHE

Nei cinema presenti sul territorio regionale viene applicata la riduzione del 50% sul prezzo del biglietto nei giorni feriali.

UMBRIA

Perugia: è in fase di stipula una convenzione fra la locale delegazione AGIS e il Comune per il seguente complesso di agevolazioni:





*Ministero del turismo e dello spettacolo*

GABINETTO

- 1) riduzione del 50% sul biglietto d'ingresso nei cinema;
- 2) riduzione del 30-50% sul costo di abbonamento al teatro cittadino;
- 3) riduzione del 30-50% sul biglietto d'ingresso agli spettacoli dell'Associazione Amici della Musica;
- 4) riduzione del 30-50% sul costo del biglietto di circhi e luna park.

Come si evince dai dati soprariportati per quanto concerne l'accesso alle sale cinematografiche è già in atto da tempo una efficace politica di facilitazioni a favore degli anziani.

Per quanto riguarda invece l'accesso alle sale teatrali non esiste ancora una politica di sconto generalizzata, anche se numerose sono le associazioni, cui gli anziani possono aderire, che fanno praticare sconti per gli spettacoli pomeridiani.

Potrebbe quindi essere opportuno determinare indirizzi di politica settoriale al fine di prevedere riduzioni dirette e personali per gli anziani, con riserva di posti negli spettacoli teatrali da svolgere in orari confacenti alle loro abitudini.

## 2. ATTIVITA' TURISTICO-RICREATIVA

In considerazione della trasformazione nella struttura della popolazione, le attività riguardanti il tempo libero dovrebbero avere uno sviluppo più adeguato alla nuova dimensione sociale del fenomeno.

Manca attualmente un quadro organico, mentre la normativa regionale va evidenziando tre tipologie di interventi:

- a) incremento delle attrezzature ricettive, vagamente finalizzato allo sviluppo del turismo sociale;
- b) sostegno del soggiorno in località climatiche per determinate fasce sociali;
- c) sviluppo di attività dirette a promuovere il turismo sociale, senza peraltro individuazione di specifiche fasce demografiche.



*Ministero del turismo e dello spettacolo*

GABINETTO

Lo Stato e gli enti a carattere nazionale (I.N.P.S., E.N.P.A.S...) hanno curato il turismo giovanile con le colonie estive e invernali, mentre per gli anziani hanno svolto iniziative concernenti il "turismo termale" di tipo curativo.

In parallelo a questa situazione "pubblica" c'è una notevole presenza di associazioni spontanee che operano senza fine di lucro nel particolare settore del turismo riservato agli anziani.

Peraltro a livello di enti locali sono previste convenzioni con strutture turistico-ricettive al fine di garantire soggiorni a prezzi contenuti a favore della popolazione anziana appartenente alla fascia di reddito meno elevata.

### 3. ATTIVITA' SPORTIVA

Pur nella peculiarità dell'Ordinamento sportivo che presenta una autonomia organizzativa di cui il CONI è espressione, lo Stato in questi ultimi anni ha assunto, attraverso apposite leggi, una posizione sempre più attenta alle problematiche dell'attività sportiva in senso diffuso.

In tale ottica si è provveduto a finanziare, con le leggi 65/87 e 92/88, mediante programmi regionali per l'impiantistica di base, numerosi impianti sportivi, quali in particolare campi di bocce, campi di golf ecc., che per le loro caratteristiche bene si adattano ad una utilizzazione da parte della popolazione anziana.

Un altro aspetto rilevante è l'attenzione posta dal legislatore alla realizzazione, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, di interventi volti alla tutela sanitaria degli utenti anziani.

A fronte di tali disposizioni legislative, tutte le regioni hanno adottato norme specifiche concernenti sia la promozione dell'educazione sanitaria sportiva, sia le modalità di tutela sanitaria delle attività sportive.

Uno degli obiettivi prioritari è quello relativo alla pratica delle attività sportivo-fisico-motorie rieducative, intese come mezzo di prevenzione e riabilitazione alle anomalie fisiche.



*Ministero del turismo e dello spettacolo*

GABINETTO

#### 4. PROPOSTE

L'attuale quadro demografico evidenzia come le tematiche relative alla condizione degli anziani costituiscano ormai un problema ordinamentale e trasversale che richiederà probabilmente anche il ripensamento dei contenuti di alcune politiche.

Per rimanere nei settori di competenza del Ministero è da rilevare che alcuni Stati (Gran Bretagna, Stati Uniti, Giappone) hanno evidenziato la tendenza ad usare strutture turistiche esistenti in località particolarmente adatte come clima per offrire servizi a tariffe particolari agli anziani in periodi di bassa stagione, realizzando così anche occasioni di maggiore occupazione per gli addetti al settore.

Questa è una strada che dovrebbe seguire anche l'Italia. Specialmente nel Sud del nostro Paese, infatti, ci sono particolari vocazioni per tali iniziative, che potrebbero fra l'altro utilmente contribuire allo sviluppo economico del Mezzogiorno. Per quanto riguarda lo sport non esistono particolari agevolazioni per l'accesso degli anziani agli spettacoli sportivi, né risultano al momento realizzati particolari impianti loro riservati per la pratica di tali attività. Si potrebbe mutuare l'idea concepita nel campo dell'istruzione, con l'istituzione dell'università per la terza età e far sviluppare nell'ambito delle federazioni sportive appositi settori che svolgano corsi sportivi particolarmente adatti e studiati per persone ultra sessantenni.

Ciò dovrebbe comportare la realizzazione di parallele strutture terapeutiche e sanitarie, per un corretto funzionamento dei corsi teso ad assicurare la salvaguardia della salute dei praticanti.



*Ministero del turismo e dello spettacolo*

GABINETTO

In un recente studio del Consiglio Nazionale delle Ricerche (progetto "Invecchiamento") viene evidenziato come il fenomeno fisico dell'invecchiamento non sia più strettamente associato a condizioni di malattia, ma debba essere invece collegato alla evoluzione della struttura fisica e psichica dell'individuo nel suo complesso.

I processi di invecchiamento sono quindi strettamente correlati al discorso della qualità della vita, cui il Ministero pone grande attenzione proprio in ragione delle sue competenze.

*Parte Seconda*

*Relazione sulle attività delle Regioni  
in favore degli anziani*

PAGINA BIANCA

RELAZIONE SULLE ATTIVITA' DELLE REGIONI IN FAVORE DELLE  
PERSONE ANZIANE

**PREMESSA**

Come si può osservare nella documentazione allegata le Amministrazioni regionali hanno interpretato in varie maniere le proprie funzioni istituzionali, stimolando ed esaltando il ruolo dei Comuni e delle UU.SS.LL..

In particolare, le Regioni dimostrano di esercitare il loro compito di programmazione e indirizzo delle attività di sostegno alle persone anziane, coinvolgendo le Istituzioni pubbliche, il privato-sociale e il volontariato organizzato nelle scelte di politiche sociali, in attesa che una legge quadro riorganizzi il settore dei servizi sociali.

Per comprendere meglio la complessità in cui si trovano ad operare le Regioni, è utile richiamarsi alle conclusioni della Commissione De Giuseppe nella quale si mette in luce appunto la duplice natura della assistenza agli anziani divisa tra l'intervento sanitario e quello socio assistenziale.

La relazione individua nel concentramento regionale la possibilità di superare tale separazione, attribuendo alle Regioni una funzione di programmazione globale degli interventi socio-sanitari e, ad un livello istituzionale inferiore, la gestione sia degli interventi sanitari sia di quelli sociali.

In alcuni casi, si è tentato di superare tale separazione attraverso la delega alle unità sanitarie locali, da parte dei Comuni, dell'esercizio delle funzioni in materia socio-assistenziale.

I problemi di distinzione della contabilità per la spesa sanitaria e per quella sociale avrebbe potuto aiutare gli Enti Locali nella pianificazione dell'Assistenza anche se le procedure rischiavano a volte di ritardare l'applicazione delle leggi (D.P.C.M. 8 Agosto 1985). Con la loro attività legislativa, sanitaria e assistenziale le Regioni mostrano di avere individuato il loro ruolo e la loro funzione in collaborazione con il Governo.

Pertanto il variegato panorama di dati e parametri utilizzati dalle Regioni, oltre a definire meglio gli ambiti dell'interrelazione con il Governo testimoniano una crescente concreta attenzione verso il sostegno alle persone anziane nel nostro Paese.



## *Regione Abruzzo*

PAGINA BIANCA

GIUNTA REGIONALE  
L'AQUILARELAZIONE RELATIVA ALLA NORMATIVA VIGENTE NELLA  
REGIONE ABRUZZO PER L'ASSISTENZA ANZIANI

La Regione Abruzzo ha sempre posto molta attenzione al problema anziani, adottando una politica che mira a perseguire l'obiettivo di prevenire e superare situazioni di bisogno e di emarginazione, fino al completo reinserimento nella vita di relazione familiare e sociale, e di trasformare ed adeguare i servizi esistenti in forme aperte di intervento.

In tale direzione si muove la L.R. n. 75, del 16.9.1982, che racchiude finalità ed obiettivi altamente qualificanti, con la quale sono state privilegiate appunto forme aperte di intervento rispetto a quelle di tipo residenziale ed è stata prevista una nuova politica regionale di assistenza nei confronti delle persone anziane, orientata ad improntare i relativi servizi a canoni di modernità e rispetto della dignità dell'assistito. Come esempio, valga soltanto citare la nuova configurazione assunta dall'assistenza economica che, superando il mero sostentamento, si rivolge al miglioramento delle condizioni abitative dell'anziano, mediante contributi per l'impianto telefonico, per il riscaldamento e per i servizi igienico sanitari, nonché l'avvio e la prosecuzione di attività produttive e sociali.

Per la realizzazione degli interventi previsti dalla citata Legge n. 75, la Regione Abruzzo ha concesso ai Comuni dal 1982 al 1989, la somma di f. 7 miliardi, a cui si devono aggiungere gli interventi promossi dai Comuni con propri mezzi finanziari di circa 15 miliardi. Inoltre, ai sensi della L.R. n. 69 dell'82, riguardante gli interventi socio-assistenziali, sono stati elargiti ai Comuni stessi quasi 10 miliardi destinati all'assistenza agli anziani ed inabili ed all'assistenza ex ECA.

A questo punto corre l'obbligo di dare atto alle Amministrazioni Comunali di avere effettuato molteplici interventi socio-assistenziali a favore delle persone

anziane anche con le proprie risorse finanziarie. Infatti, in una rilevazione effettuata dal Servizio Sicurezza Sociale della nostra Regione, relativo all'anno 1988, risulta che, 268 Comuni su 305, avevano realizzato una o più forme di assistenza di cui avevano usufruito complessivamente n. 16.780 anziani, su un totale di n. 261.864, così suddivisi per Provincia:

TERAMO n. 2512 (15%), PESCARA n. 1.557 (9,2%), L'AQUILA n. 5.007 (29,8%), CHIETI n. 7004 (46%).

In particolare: assistenza economica (per n. 1.424 anziani in 53 Comuni); assistenza domiciliare (per n. 2.056 anziani in 68 Comuni); assistenza alla vita di relazione (per n. 5.586 anziani in 51 Comuni); centro diurno (per n. 2.903 anziani in 20 Comuni); soggiorno di vacanza e cura (per n. 4.451 anziani in 85 Comuni); Casa di Riposo (per n. 360 anziani in 87 Comuni).

Inoltre lo stesso Servizio Sicurezza Sociale ha provveduto a svolgere, in collaborazione con il FORMEZ, un'analisi dei servizi socio-assistenziali sul territorio, messi in atto a favore della popolazione anziana della nostra Regione, e delle scelte operate dagli Enti Locali negli anni 1986-1988. Questa analisi, che sarà quanto prima pubblicata dal FORMEZ assieme a quelle di altre Regioni, è stata condotta sulla base dei dati regionali relativi alla rendicontazione dei fondi regionali versati ai Comuni, in virtù delle citate LL.RR. n. 75/82 e n. 69/82, e di quelli propri dei Comuni stessi.

Questa indagine consentirà di rivedere anche il meccanismo automatico delle somme assegnate ai Comuni ai sensi della Legge n. 75.

Altra indagine, che servirà a tale scopo, è quella che dovrebbe cominciare non appena sarà finanziato il progetto finalizzato all'occupazione di cui alla L.R. 1) n. 97/87 e al D.P.R. n. 13/1986.

Essa verterà sullo stato assistenziale-sanitario-immobiliare delle Case di Riposo esistenti nella Regione e della condizione sociale degli anziani e dei pensionati abruzzesi.

Nel 1985 la Regione Abruzzo ha emanato un'altra legge, la n. 2) 39 che ha previsto contributi in conto capitale per la ristrutturazione, l'ampliamento ed il completamento delle strutture destinate agli anziani, Case di Riposo Pubbliche e Private, nonché provvidenze in favore

dei Comuni riguardanti gli interventi alternativi al ricovero in favore di anziani per una somma complessiva di circa 9 miliardi. Negli anni 1987, 1988 e 1989, sono state erogate somme ammontanti a 4 miliardi e mezzo per il miglioramento delle condizioni strutturali e gestionali di Case di Riposo Pubbliche.

Per le strutture residenziali ex ONPI per anziani, alle quali un'apposita L.R. 3) del 1984, ha attribuito compiti polifunzionali e multizonali, la Regione Abruzzo dal 1983 ad oggi, ha impegnato oltre 15 miliardi per la gestione ed il funzionamento di dette strutture.

La Giunta Regionale ha di recente adottato la decisione di cedere al Comune de L'Aquila la Casa Albergo ex ONPI, perchè venga utilizzata come casa di Riposo e per alcune attività in favore dei pensionati.

Infine nel novembre 1989 è stata promulgata la L.R. 4) n. 94, riguardante gli interventi promozionali alternativi al ricovero in favore delle persone anziane a rischio, alle quali verranno riconosciuti una serie di diritti che serviranno a prevenire e superare situazioni di bisogno e di emarginazione, favorendo, al tempo stesso, il loro reinserimento nella vita di relazione familiare e sociale.

Tale provvedimento ha avuto positivi consensi da parte del mondo politico, sociale ed economico e soprattutto da parte delle forze sindacali che hanno fornito la loro fattiva collaborazione.

Due sono gli obiettivi che la legge ha inteso raggiungere:

- un'assistenza domiciliare gratuita o parzialmente gratuita e la istituzione di centri sociali diurni.

In particolare, l'intervento dell'assistenza domiciliare, prevede servizi di fornitura a domicilio dei pasti, di prestazione di aiuto per il governo dell'abitazione, per la cura e l'igiene della persona, prestazioni di assistenza sociale e di sostegno psicologico, volti a rompere l'eventuale emarginazione sociale.

I Centri Sociali Diurni, che saranno integrati con i servizi di assistenza domiciliare, costituiranno per gli anziani punti di riferimento capaci di erogare servizi di sostegno come mensa, lavanderia, stireria, ed in grado di soddisfare anche i loro bisogni culturali, ricreativi e di tempo libero.

A ciò deve aggiungersi il qualificante contenuto della L.R. 5 n. 7 del 1989, che avvia l'integrazione dei servizi socio-sanitari, prevedendo presso le Case di Riposo Pubbliche la presenza del medico e dell'infermiere professionale.

La normativa vigente deve ritenersi senz'altro adeguata a rispondere ai bisogni della popolazione anziana. Infatti la L.R. n. 75 del 1982 prevede varie forme di interventi quali l'assistenza economica, domiciliare, alla vita di relazione, il centro diurno, come servizi aperti e l'assistenza abitativa, il soggiorno di vacanza e cura, la comunità alloggio, la casa di riposo, come servizi residenziali. Tuttavia carenze si riscontrano circa un adeguato finanziamento regionale e comunale per la realizzazione dei su elencati servizi assistenziali.

Basti pensare che il finanziamento regionale annuale, dal 1982 a tutt'ora, ammonta a f. 1.000.000.000 e viene ripartito tra tutti i 305 Comuni d'Abruzzo.

Anche i Comuni, a loro volta stanziavano contributi integrativi del tutto insufficienti alle necessità degli anziani.

Se le risorse di parte corrente impiegate annualmente dalla Regione e dai Comuni risultano insufficienti, del tutto inesistenti appaiono attualmente i mezzi finanziari da indirizzare ad interventi in conto capitale.

Eppure interventi di tal fatta si appalesano di estrema necessità in quanto produrrebbero sia lo svecchiamento e l'ammodernamento del patrimonio costruttivo e dei relativi arredi ed attrezzature delle strutture residenziali esistenti, sia la realizzazione di nuove strutture, soprattutto nelle zone che ne sono prive.

E' pure vero che la Regione con Legge Regionale n. 39 del 1985 ha destinato f. 3.500.000.000 a n. 15 Enti Pubblici e Privati al fine di completare, ristrutturare ed ampliare Case di Riposo da esse gestite, in merito osservano determinati requisiti strutturali. Ma tale Legge Regionale ha ormai esaurito i suoi effetti e non è più possibile rifinanziarla per mancanza di fondi.

Sempre nell'intento di migliorare i servizi di assistenza di natura residenziali la Regione ha concesso negli anni 1987/88 contributi a n. 27 Enti gestori di Case di Riposo (Comuni e IPAB) per il perseguimento di una delle seguenti finalità: (estinzione di passività

arretrate, manutenzione straordinaria, arredamento, ecc.). Detto intervento, nel periodo di riferimento, ha comportato una spesa regionale di complessive f. 4.600.000.000.

Una seconda carenza da evidenziare è quella che attiene ad una inadeguata strutturazione organizzativa dei Comuni che per lo più destinano personale numericamente insufficiente e con profilo professionale inadeguato, a compiti di organizzazione e di erogazione di servizi assistenziali in genere e volti in favore degli anziani in particolare.

La mancanza di adeguate risorse finanziarie sia da parte corrente che di investimento, e l'inesistenza o l'inadeguatezza delle strutture comunali che devono occuparsi di assistenza, concorrono potentemente a comprimere e addirittura vanificare ogni possibile sforzo di erogazione di servizi assistenziali da parte dei Comuni con ridotta entità demografica.

Diverse considerazioni conducono a rinvenire la soluzione del denotato problema, mediante un'opera di promozione della associazione volontaria tra Comuni, quando non debba pervenirsi addirittura a forme coattive di associazionismo, oppure inducendoli a delegare le funzioni assistenziali alle Unità Locali Socio-Sanitarie.

Va rilevato, comunque, che la soluzione di entrambe le innanzi indicate insufficienze esula prevalentemente dalle possibilità di portata regionale poichè, come è noto, le Regioni non godono di autonomia finanziaria nè possono incidere sulla strutturazione degli Uffici Comunali.

PAGINA BIANCA



## *Regione Basilicata*

PAGINA BIANCA

DIPARTIMENTO SICUREZZA SOCIALE - 170

UFFICIO

18-6-91

Prot. N° 2910/7-1

Risposta a nota N° del

AL MINISTERO DEGLI

Allegati N°

AFFARI REGIONALI

R O M A

OGGETTO: Situazione ed interventi in favore degli anziani.

e, p. c.

Commissario del Governo  
nella Regione Basilicata  
P O T E N Z A

Con riferimento alla nota 200/2432/41.3.67/3 del 15.5.1991 si forniscono di seguito ulteriori elementi ad integrazione di quelli già trasmessi con nota n.1390/7-1 del 23.3.1991.

Gli anziani ultrasessantacinquenni nella Regione sono 81.333 e rappresentano il 13,09 della popolazione totale. Gli ultrasettantacinquenni sono 36.302 e costituiscono il 44,6% del totale della popolazione anziana ed il 5,8% di quella regionale.

Gli anziani in Basilicata, pur essendo ancora lontani dall'incidenza raggiunta a livello nazionale, rappresentano una quota percentuale della popolazione superiore a quella che si registra nell'intero mezzogiorno (13,09% contro l'11,48%).

Un altro elemento indicativo della situazione anziani nella Regione è rappresentato dall'elevato numero di anziani soli e non autosufficienti.

A ciò va aggiunto il livello sensibilmente più basso, rispetto a molte altre regioni, del reddito medio e dei consumi pro capite, cui normalmente corrisponde una situazione più svantaggiata della popolazione anziana.

Occorre, poi, far presente alcune specificità proprie della popolazione anziana nella Regione.

./...

Il primo dato rilevante è quello della maggiore concentrazione degli anziani in comuni inferiori a 1.000 abitanti; tale dato decresce ed in modo proporzionale rispetto ai comuni più grandi. ¶

Altro elemento importante è costituito da alcuni fattori strutturali della popolazione anziana nella regione, quali ad esempio:

- 1) sugli oltre ottantamila anziani che hanno più di 65 anni, circa 25.000 sono analfabeti, circa 30.000 sono privi di titolo di studio, solo 502 risultano laureati, 1.100 diplomati, 1.600 circa hanno la licenza media superiore, oltre 16.000 hanno la licenza elementare;
- 2) il reddito è attestato in massima parte su valori medio-bassi o decisamente bassi (500.000 mensile nel primo caso e circa 300.000 negli altri casi);
- 3) la matrice socio-professionale è agricola con scarsa presenza di quella industriale o terziaria;
- 4) significativo è il numero degli anziani non autosufficienti;
- 5) circa 4.000 anziani vivono in condizioni di solitudine.

In altri termini gli anziani di Basilicata sono in linea di massima portatori di bisogni materiali, di bisogni prevalentemente riabilitativi sul piano sanitario a cui si aggiungono bisogni relazionali, di rapporto, di partecipazione che li facciano uscire dalla condizione di solitudine e di emarginazione.

La legge regionale n.14 del 12.4.1990 - Piano Sanitario Regionale per il triennio 1990/1992 - prevede, fra l'altro, un progetto obiettivo denominato: "Tuela della salute degli anziani".

Uno degli obiettivi del progetto da raggiungere nel triennio consiste nel potenziare e qualificare le prestazioni del servizio sanitario a favore degli anziani, con particolare riguardo a quelle di carattere preventivo e riabilitativo.

In merito occorre far presente che oltre alle due divisioni ospedaliere di geriatria, una presso l'Ospedale di Poten-

./....

za con 31 posti letto, l'altra a Matera con 63 p.l., sono programmati 20 posti letto di geriatria nel nuovo ospedale di Muro Lucano.

Altro obiettivo ed impegno prioritario del progetto "Anziani" è venire incontro al problema degli anziani non autosufficienti.

Nel primo programma annuale di attuazione del citato progetto, attualmente al vaglio delle forze politiche e sociali, sono previsti in favore della popolazione anziana i seguenti obiettivi ed azioni:

- 1) Promuovere interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Il perenne vincolo delle ristrettezze finanziarie nel settore socio-assistenziale ed in quello sanitario condizionano in modo determinante le azioni e gli interventi da realizzare. Molte delle risorse disponibili nel settore, comunque, saranno indirizzate a garantire agli anziani non autosufficienti 3 essenziali interventi:
  - a) prestazioni infermieristiche e specialistiche di cura e riabilitazione a livello domiciliare, utilizzando i servizi di base e quelli distrettuali (la distrettualizzazione del territorio regionale è uno dei principali obiettivi del 1° programma annuale del piano sanitario regionale);
  - b) l'aumento dei posti-letto per non autosufficienti nelle case di ricovero per quanti non possano usufruire dell'assistenza domiciliare;
  - c) avviare il programma di realizzazione delle residenze sanitarie per gli anziani non autosufficienti per il quale programma esiste la disponibilità finanziaria di 23.381.000.000 ai sensi dell'art.20 della legge 67/88.
- 2) Sviluppare e qualificare le iniziative in atto realizzate da organismi cooperativi e di volontariato dirette agli anziani (assistenza domiciliare - aiuto alla vita di relazione, iniziative per il tempo libero) attraverso:
  - a) il potenziamento dei servizi di animazione sociale e dei centri sociali diurni;
  - b) la costituzione di forme associazionistiche tra le persone anziane per la realizzazione di servizi e attività socialmente utili;

./....

- c) a livello distrettuale prevedere dei sistemi di "filtro" per le richieste di ricovero in istituti per non autosufficienti o che vivono in condizioni di solitudine;
- d) la promozione di servizi alternativi al ricovero mediante la offerta di prestazioni a sostegno della famiglia o affidi etero-familiari.

Come già accennato le risorse che sosterranno le iniziative del progetto-obiettivo sono molto limitate e consistono in quelli provenienti dal fondo sanitario regionale, dai fondi del piano di investimento ex art.20 legge 67/88 (23.381.000.000) già ripartito per il triennio 89/91 fra le 7 unità Sanitarie Locali dal finanziamento di 1.028.000.000 a destinazione vincolata del fondo sanitario nazionale e finalizzato all'assistenza domiciliare integrata.

Sul fondo regionale, poi, per i servizi socio-assistenziali una quota di 2.254.000.000 pari al 41% di 5.500.000.000 assegnato alle UU.SS.LL. e ai Comuni per l'espletamento dei servizi socio-assistenziali, è riservato con il vincolo di destinazione per interventi in favore degli anziani.

Tale importo è stato ripartito fra le diverse prestazioni secondo le seguenti percentuali:

-Ricovero in case di riposo:	16% pari a £. 879.000.000=
-Interventi di assistenza domiciliare:	22% pari a £. 1.209.000.000=
-Per soggiorni estivi:	3% pari a £. 166.000.000=
TOTALE	<u>41% pari a £. 2.254.000.000=</u>

L'ASSESSORE  
(Dr. Gabriele DI MAURO)



## *Regione Calabria*

PAGINA BIANCA



MODULARIO  
F.C.M. - COMM. G. 195

N

Commissariato del Governo  
nella Regione Calabria

5 MAR. 1991

Catanzaro, 20 marzo 1991

Prot. N.° 539/403.A6  
Div.

Al 1a PRESIDENZA DEL CONSIGLIO  
DEI MINISTRI  
Dipartimento Affari Regionali  
R-O-M-A

Allegati

Proposta al Foglio del

Div. Im. N.°

(Rif. fax 200/1128/41.3.67/3 del 14/3/91)

OGGETTO ~~Attuazione normativa regionale in settore assistenza~~  
~~anziani -~~

~~RECOMANDATA~~

In esito alla richiesta contenuta nella lettera in riferimento concernente l'oggetto, si trasmette l'unita copia della nota n. 1621 del 19/3/1991, pervenuta dall'Assessorato Regionale ai Servizi Sociali.

A completamento di dette notizie, si soggiunge che figura agli atti di questo Commissariato di Governo la delibera del Consiglio Regionale n. 57 del 27/2/1991 avente per oggetto il piano straordinario di investimenti nel settore sanità, in attuazione all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

Con tale delibera, dichiarata esecutiva dalla Commissione di Controllo in data 13/3/1991, è stata prevista, tra l'altro, la realizzazione di un programma da attuare nell'arco temporale di un decennio, articolato in tre anni, con una disponibilità di £. 73.775.000.000.

In merito è prevista la realizzazione di n. 3.000 P.L. per anziani non autosufficienti da dislocare in n. 11 aree con n. 5 residenze in quasi tutte le aree con una dotazione ciascuna di 60 P.L. ed un ambulatorio.

Ogni residenza sarà realizzata in conformità agli standards nazionali con tre moduli di P.L. ed un ambulatorio.

IL COMMISSARIO DEL GOVERNO  
(E. De Francesco)

me/

11. 200 1463. \*

## REGIONE CALABRIA

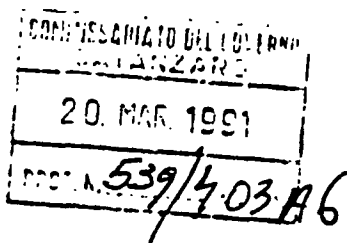
ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI

CANTONIERE, N°

19/2/1991

Prot. N. 1621

Risposta a nota n. del

**OGGETTO: Attuazione normativa regionale sul settore assistenza anziani.****AL COMMISSARIATO DI GOVERNO  
PER LA REGIONE CALABRIA****88100 CATANZARO****(alla cortese attenzione del Dr. Cupido)**

In relazione alla nota del 19 corrente, n.527/4 03.A6, si comunica che questa Regione, in attuazione della legge regionale n.5, del 26.1.1987, relativa al riordino dei servizi socio-assistenziali in Calabria, prevede al finanziamento sul fondo sociale regionale dei servizi aperti che i Comuni attuano in favore degli anziani.

In particolare vengono finanziati i Centri di aggregazione sociale per anziani che, com'è noto, sono strutture diurne organizzate e capaci di dare risposte di natura sociale, sanitaria e di animazione a detta utenza, nonché i servizi domiciliari rivolti agli anziani che non possono momentaneamente essere autosufficienti.

L'onere finanziario per assicurare i detti servizi, a carico dell'Ente Regione, è aumentato nell'ultimo triennio, a circa L.24.000.000.000=

Allorchè non si è potute garantire il servizio aperte, ovvero, l'inserimento di taluni anziani nel proprio ambiente e nelle strutture alternative, i Comuni hanno fatto ricerche alla istituzionalizzazione e la Regione, a causa delle ristrettezze finanziarie in cui si dibattevano gli Enti locali in Calabria, ha provvedute al pagamento in favore delle strutture ospitanti, delle rette di mantenimento.

Ciò stante questa Regione, nell'ambito delle iniziative assunte, ha programmate l'estensione di una rete di servizi in diversi Comuni per evitare al massimo la istituzionalizzazione in Case di Riposo, con numerosi soggetti ospiti, e creare tutte quelle condizioni necessarie alla permanenza del soggetto nel proprio ambiente.

IL DIRIGENTE DI SETTORE

-Dr. Andrea Sardi -



PAGINA BIANCA

## *Regione Campania*

PAGINA BIANCA

La Regione con la legge regionale n° 21 del 18/10/89 ha inteso disciplinare in maniera più rispondente alle mutate realtà sociali gli interventi a favore degli anziani promossi dai Comuni di concerto con le UU.SS.LL.

Tale legge prevede tra l'altro l'erogazione di contributi a favore dei Comuni che assumendo l'onere finanziario programmano particolari servizi, - assistenza domiciliare - attività e funzionamento dei centri polivalenti - - affitto di appartamenti da destinare a Comunità alloggio - e l'erogazione di contributi pluriennali per interventi sulle strutture residenziali.

Purtroppo numerosi contrattempi nel corso dell'anno 1990, vuoi le elezioni amministrative, vuoi la travagliata risoluzione della crisi di Giunta, hanno ritardato la piena elaborazione dei programmi da parte dei Comuni e degli interventi regionali previsti dalla legge stessa.

Questo Assessorato ha in ogni caso provveduto alla istruttoria delle istanze prodotte dai Comuni sia per quanto concerne l'attività svolta dagli Stessi nell'anno 1989 che nel 1990.

Il piano di riparto relativo all'anno 1989, già approvato dalla Giunta durante la passata legislatura, è stato riapprovato dall'attuale Giunta per poter essere sottoposto all'esame del Consiglio Regionale.

Per l'anno 1990 si è provveduto al solo impegno dei fondi disponibili. Il risultato dell'istruttoria delle istanze prodotte dai Comuni sarà portato all'esame dell'istituenda Consulta Regionale per gli anziani (il relativo decreto è alla firma dell'Onorevole Presidente della Giunta) che dovrà esprimere il proprio parere obbligatorio sul piano di riparto dei fondi disponibili. (allegato 1).

Per quanto concerne le strutture, è stato predisposto un piano di riparto che prevede la concessione di contributi pluriennali solo per completamento di opere già avviate. (allegato 2).

La legge prevede tra l'altro la istituzione dell'Albo Regionale delle strutture residenziali per anziani.

Si allega relazione più dettagliata anche in ordine ad altre tematiche sugli anziani (allegato 3) trattate da questo Assessorato.

OGGETTO: L.R. 21/89    "Interventi a favore degli anziani"  
Allegato I

Le problematiche relative all'attuazione della legge 21/89 sono molteplici e principalmente:

- la costituzione della Consulta Regionale - art. 2 -;
- l'istituzione dell'Albo delle strutture - art. 13-;
- predisposizione dei piani di intervento 1990 e 1991 relativi a servizi e strutture.

Per quanto concerne la Consulta Regionale per gli anziani che, ha compiti specifici e che in particolare, deve esprimere parere obbligatorio sui piani di intervento regionale, il relativo decreto di istituzione è alla firma dell'On. Presidente della Giunta.

Per quanto concerne la istituzione dell'Albo regionale delle strutture il Servizio Assistenza Sociale ha da tempo predisposto un DDL di integrazione dell'art. 13 anche in relazione alla documentazione che i responsabili di dette strutture devono produrre per l'iscrizione all'Albo medesimo. Detto DDL già approvato dalla Giunta durante la passata legislatura è stato riapprovato perché venga esaminato dal Consiglio Regionale.

Nelle more, il Servizio, ha avviato l'istruttoria delle istanze di iscrizione pervenute, richiedendo nel contempo integrazione dell'eventuale documentazione mancante, anche alla luce di quelle che potranno essere le integrazioni previste dal precitato DDL, integrazioni necessarie per un più attento esame delle istanze stesse.

Sono stati altresì interessati i Comuni perché sollecitino, ad ottemperare a tale obbligo, tutte le strutture operanti sul proprio territorio.

Per quanto riguarda i piani di intervento regionale relativamente ai servizi programmati dai Comuni in particolare:

- per l'anno 1989 il piano di riparto del fondo disponibile sul competente capitolo di spesa pari a £.5.000.000.000 - già approvato dalla Giunta durante la precedente legislatura - è stato riapprovato dall'attuale Giunta per essere esaminato dal Consiglio Regionale.
- Per l'anno 1990 il piano di riparto del fondo disponibile sul competente capitolo di spesa pari a £.9.000.000.000 - a favore dei Comuni che hanno programmato i servizi di cui al



punto 1) art. 17 deve essere sottoposto al parere obbligatorio della Consulta Regionale degli anziani, per cui a fine esercizio si è provveduto al solo impegno del fondo disponibile. I comuni in ogni caso stanno provvedendo all'invio delle schede dalle quali si evince la effettiva attuazione del servizio di assistenza domiciliare e stanno provvedendo ad integrare le istanze a suo tempo prodotte degli eventuali atti mancanti.

Per l'anno 1991 è stata avviata l'istruttoria delle istanze pervenute da parte dei Comuni entro il 28 Febbraio per poter predisporre, quantificata la disponibilità di bilancio, in corso di approvazione, il relativo piano di riparto.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, nel rinviare a quanto riportato nell'allegato 2 si è provveduto altresì per l'anno 1990 al solo impegno del fondo disponibile pari a £.1.000.000.000 per erogare contributi una tantum per arredi.

OGGETTO: L.R. 21 del 18/10/89  
Strutture residenziali per il ricovero degli anziani  
Allegato 2

La L.R. in oggetto, anche in base alle esperienze maturate con l'applicazione delle precedenti LL.RR. 29/81 e 46/85, ha tra l'altro individuato i servizi "residenziali" a favore degli anziani autosufficienti e sono stati così tipologicamente classificati:

- case albergo
- comunità alloggio
- centro sociale polivalente (ricezione diurna).

Per completezza va precisato che le strutture riservate al ricovero degli anziani non autosufficiente, (le cosiddette case protette), oggi rientrano nella competenza delle UU.SS.LL.. (art. 10 L.R. 21/89).

Come pure corre l'obbligo di sottolineare che la struttura certamente più rispondente alle esigenze degli anziani, almeno nei piccoli comuni, è il centro polivalente i cui oneri per la realizzazione e la gestione sono di gran lunga inferiori a quelli prevedibili per la casa albergo.

Ciò premesso, si osserva quanto segue.

- A) In attuazione delle norme di cui alle già richiamate LL.RR. 29/81 e 46/85, nel periodo 83/87 il C.R. ha deliberato la concessione di contributi pluriennali a favore di vari comuni della Regione interessati alla costruzione di nuove strutture ed al completamento e ristrutturazione di strutture già avviate con risorse provenienti da leggi diverse (Stato o Regione).
- B) Non tutti i comuni finanziati in base alle LL.RR. 29/81 e 46/85 hanno utilizzato i finanziamenti concessi, infatti, non poche amministrazioni comunali, specie nell'ultimo biennio, hanno incontrato notevoli difficoltà nell'approvvigionamento del mutuo necessario, senza dire, poi, delle esigenze di bilancio delle stesse amministrazioni talvolta non in grado di fronteggiare le differenze emergenti tra la rata di ammortamento del mutuo stipulato e l'importo del plafond posto a carico della Regione.
- C) Il Servizio nella elaborazione dei piani di riparto ha preliminarmente privilegiato gli interventi di completamento e ciò per consentire alle amministrazioni comunali interessate di concretizzare le progettazioni iniziali. A tal proposito recentemente i comuni interessati sono stati invitati a compilare una scheda tecnico-amministrativa, conoscitiva anche dello stato attuale dei lavori; ciò per consentire al Servizio

medesimo di conoscere con sufficiente esattezza l'entità dei lavori eseguiti nonché di quantificare, in base alle richieste a mano a mano pervenute dai comuni stessi, le risorse necessarie per il completamento delle strutture e loro effettiva agibilità.

Tutto ciò premesso, ai fini operativi si ravvisano le seguenti esigenze:

- 1) approvazione da parte del C.R. del piano di riparto già elaborato dal Servizio e finalizzato al completamento di strutture a favore di n.46 comuni.  
Con tale piano di riparto sono stati assorbiti i fondi già recuperati ex lege 34/86 nonché le risorse relative all'anno 1990;
- 2) attivare il recupero dei fondi ex lege 46/85 non utilizzati da vari comuni a favore dei quali all'epoca era stato deliberato il finanziamento;
- 3) dopo il 28 febbraio 1991 (data di scadenza per l'inoltro delle istanze alla Regione da parte dei comuni interessati), quantificate le disponibilità esistenti, elaborare un nuovo piano di riparto che potrebbe riguardare:
  - completamenti e ristrutturazioni
  - realizzazione di centri polivalenti
  - nuovi interventi in zone sprovviste di strutture per anziani autosufficienti.

OGGETTO: L.R. 24/10/78 n° 641 fondi ex ONPI  
Allegato 3

Sul capitolo di spesa 1991 istituito con L.R. 47/85, affluiscono i fondi relativi alle funzioni ex ONPI.

Detti fondi vanno così utilizzati:

- Gestione case di riposo ex ONPI di Cava De' Tirreni e Torre Del Greco (L.R. 14/86).
- Assegnazione fondi ai Comuni per interventi assistenziali a favore degli anziani in genere.

Per quanto concerne le case di riposo ex ONPI, sono stati assegnati ai rispettivi Comuni, quali anticipazioni, i fondi per la gestione ordinaria per l'anno 1990.

I Comuni di Cava De' Tirreni e di Torre Del Greco devono far pervenire relativa documentazione onde mettere il servizio in condizione di predisporre il conguaglio sempre relativo all'anno 1990 (L.R. 14/86 art. 11).

Dette case di riposo, come è noto, necessitano di lavori urgenti internamente le strutture immobiliari.

Per la casa di riposo ex ONPI di Torre del Greco è stata predisposta di concerto con il Servizio Demanio delibera relativa a lavori a farsi per una spesa di circa £.2.000.000.000.

Per la casa di riposo ex ONPI di Cava De' Tirreni invece, trattandosi di lavori più radicali, la procedura da adottare è ancora da definire.

Per quanto concerne i fondi da ripartire a favore di tutti gli altri Comuni, allo stato i Comuni non hanno ancora ricevuto i fondi per l'anno 1989.

La delibera relativa a detta assegnazione finanziaria per gli interventi in oggetto, è stata gravata di rilievi da parte della C.C.A.R.C. per quanto concerne la rendicontazione che i Comuni avrebbero dovuto presentare per le somme assegnate negli anni pregressi.

I Comuni interessati stanno provvedendo all'invio della documentazione detta per il conseguente avvio delle procedure di riscontro.

*Regione Emilia-Romagna*

PAGINA BIANCA

## REGIONE EMILIA ROMAGNA

Nel settore dell'assistenza agli anziani è in vigore una legislazione regionale che prevede:

- 1) incentivazioni a Comuni, U.S.L. e IPAB per l'allestimento di servizi di assistenza domiciliare, di case protette-RSA e servizi semiresidenziali e residenziali in genere; di servizi di supporto quali telesoccorso, ecc. (L.R. 2/85);
- 2) riorganizzazione e riqualificazione dei servizi e presidi sanitari per anziani (Piano sanitario regionale - L.R. 15/90);
- 3) l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie all'interno dei servizi e presidi socio-assistenziali (assistenza domiciliare, centri diurni, case protette-R.S.A.) e la costituzione da parte del F.S.R. di oneri sanitari e a rilievo sanitario (Direttiva n. 439 del 5/3/91);
- 4) la regolamentazione, attraverso l'individuazione di standard e parametri strutturali e funzionali, dell'esercizio di attività assistenziali residenziali e semiresidenziali per anziani (delibera n. 84 del 29/1/91).

Inoltre si sta predisponendo un progetto di legge settoriale specifico sul trauma negli anziani.

Con i provvedimenti legislativi ed amministrativi regionali si sono ottenuti importanti risultati relativamente allo sviluppo della rete dei servizi locali.

Fino ai primi anni '80 si è regolamentato ed incentivato da parte della regione l'area dei servizi per gli anziani più propriamente assistenziali: in particolare l'assistenza domiciliare e la ristrutturazione delle case di riposo, ottenendo risultati di un certo rilievo in quanto a diffusione dei servizi.

Negli anni seguenti, l'impegno della regione si è incentrato sulla costruzione di una rete integrata sanitaria e sociale di servizi rivolti agli anziani non autosufficienti.

Le case di riposo sono e si stanno trasformando in case protette RSA, l'assistenza domiciliare sta

trasformandosi in assistenza domiciliare integrata; si stanno inoltre incentivando centri diurni integrati socio sanitari, ecc..

Il tema dell'integrazione fra prestazioni sociali e sanitarie all'interno dei servizi è dunque il tema oggi di rilievo; sarebbero necessari a questo proposito, disposizioni di carattere nazionale sui servizi sociali (Legge quadro di riforma dell'assistenza, ecc.) per dare forza, certezza e risorse al settore sociale.

Un ulteriore tema che sta emergendo è quello relativo alla tutela dei diritti degli anziani e degli strumenti a garanzia degli stessi.

A questo proposito la regione sta predisponendo un apposito progetto di legge.



## *Regione Lazio*

PAGINA BIANCA

## REGIONE LAZIO

OGGETTO: Relazione su assistenza agli anziani.

La tutela sociale e sanitaria dei cittadini anziani è uno degli obiettivi fondamentali che la Regione Lazio è costantemente impegnata a perseguire.

Gli interventi in campo socio-assistenziale ad oggi realizzati, che fanno fondamentalmente riferimento alla l.R. 3/2/1976 n. 11 recante: "Norme per l'assistenza agli anziani", sono diretti prioritariamente al mantenimento dell'anziano nel proprio contesto sociale e familiare, e al sostegno dello stesso in rapporto al soddisfacimento di esigenze di salute psico-fisica, di bisogni economici, abitativi, di socializzazione.

Annualmente il competente Assessorato predispone, sulla base del D.P.R. 616/1977 e della citata legge regionale, una serie di piani di riparto di fondi a favore dei Comuni del Lazio, allo scopo di sostenere finanziariamente i servizi socio-assistenziali già avviati a favore di cittadini anziani e di promuoverne taluni nuovi.

Già da diversi anni, la Regione si pone l'obiettivo della qualificazione della spesa per i servizi sociali, favorendo la realizzazione di servizi volti a coprire la più vasta area possibile di utenza per un periodo non limitato ad alcuni periodi dell'anno e diretti ai soggetti più dipendenti.

La scelta riguarda principalmente i servizi aperti quali centri diurni e l'assistenza domiciliare, nonché taluni servizi residenziali alternativi rispetto a quelli tradizionali, quali Comunità alloggio e Case albergo.

La L.R. 11/1976 art. 10 prevede anche una funzione autorizzativa della Regione in materia di case di riposo.

In proposito si sottolinea che questo Assessorato è costantemente impegnato sia con circolari di ordine generale che con lettere ad hoc destinate ai Comuni e alle strutture interessate, a favorire l'adeguamento alla normativa vigente di un numero sempre crescente di strutture, anche se, obiettivamente, bisogna registrare ad oggi una bassa percentuale di case di riposo che si sono adeguate al disposto del citato art. 10.

Circa le iniziative in corso, si rende noto che

l'Assessorato EE.LL. e Servizi Sociali, d'intesa con l'Assessorato Sanità, ha posto in essere una serie di iniziative volte a favorire il reale decollo degli interventi di assistenza domiciliare di cui alla L.R. 80/1988, intesa come funzione operativa integrata tra interventi sociali, di competenza degli Enti Locali, e Sanitari - di competenza delle Unità Sanitarie Locali.

Con riferimento alla richiesta di ulteriori notizie circa la situazione dell'assistenza agli anziani nel Lazio, si illustrano di seguito ulteriori elementi di valutazione circa la politica assistenziale e socio-sanitaria adottata nei confronti dei citati cittadini, con la precisazione che, così come sottolineato nelle vie brevi in data 29.5. u.s. , a causa della inagibilità dei locali del competente Assessorato ai Servizi Sociali, non si è in grado di consultare, a supporto, la relativa documentazione giacente presso il citato Ufficio.

Come si evince dalla proposta di piano sanitario regionale per il triennio 91/93, emerge nella nostra Regione una situazione ancora deficitaria per quanto riguarda soprattutto la qualità dei servizi preposti a rispondere alle esigenze e ai bisogni della popolazione anziana e, ancora di più, di quella parte parzialmente o totalmente non autosufficiente.

Si riscontra inoltre che l'utilizzo delle risorse esistenti e le attività dei comparti assistenziale e sanitario rispecchiano la tradizionale separatezza delle competenze e quindi denunciano una carenza in termini di integrazione degli interventi sia a livello programmatico che organizzativo o operativo.

Indubbiamente la mancanza di una legge quadro sull'assistenza sociale contribuisce a perpetuare questa situazione di indeterminatezza; ugualmente assenti, a livello statale, interventi di programmazione socio-assistenziale, con definizione di standard qualitativi e quantitativi dei Servizi.

D'altra parte anche a livello centrale è sancita la separazione delle competenze, ministeriali in materia di sanità e interventi socio-assistenziali e, comunque, la mancanza di un organismo che abbia poteri di indirizzo e coordinamento nell'attività regionale in materia sociale.

Inoltre, da più parti si registra la esigenza di un ripensamento globale della spesa pubblica e, al suo interno, della spesa sociale che deve essere rapportata ai costi di un moderno sistema di Sicurezza sociale.

Di conseguenza, preso atto del fenomeno della crescita della popolazione anziana residente, non vi è dubbio che una parte consistente dei finanziamenti debba essere indirizzata verso interventi di politica socio-assistenziale nei confronti dei citati cittadini.

Evidenti i riflessi di tale situazione nelle attività degli Enti preposti al governo e alla gestione delle politiche sociali, assistenziale e sanitari.

In particolare la Regione Lazio è costantemente impegnata a perseguire l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita degli anziani, promuovendo la realizzazione di servizi idonei alle loro esigenze e favorendo la razionalizzazione della spesa sociale che, tuttavia, restando relativamente costante nel corso degli anni secondo il criterio della spesa storica, non consente un incisivo programma di interventi innovativi nel campo dei Servizi in generale e, quindi, anche in quelli destinati agli anziani.

In presenza di ristrettezza di fondi, i Comuni, titolari delle funzioni di Servizio Sociale, tendono a fornire ai cittadini risposte in termini di istituzionalizzazione, in sostituzione di interventi innovativi, quali ad esempio l'assistenza domiciliare, che comportano maggiore spesa e problemi organizzativi e gestionali.

Problemi finanziari e carenza di personale qualificato sono comunque le matrici comuni anche alla difficoltà di decollo di altri Servizi che le leggi regionali favorirebbero, come i centri diurni, l'assistenza abitativa, le comunità alloggi ecc., nonchè causa di difficoltà riscontrate nel rendere realmente operante il controllo sulle strutture residenziali per anziani.

Va infine sottolineato che la realizzazione o il potenziamento di Servizi socio-assistenziali esistenti e la sperimentazione di altri nuovi servizi, non può prescindere da un contestuale impegno nel Settore della formazione e dell'aggiornamento del personale da adibire ai Servizi stessi.

PAGINA BIANCA

## *Regione Liguria*

PAGINA BIANCA



**ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN LIGURIA**

Gli interventi a favore degli anziani, sono indicati dalla L.R. n. 21/88 e riguardano servizi polivalenti quali l'assistenza domiciliare, interventi di appoggio, e servizi destinati agli anziani quali soggiorni di vacanza, soggiorni connessi a cure termali, affidamento familiare, mantenimento profughi già ospitati nell'ex Caserma Manfredi di Pigna

Sono previsti inoltre contributi per realizzare o ristrutturare strutture residenziali.

Per l'anno 1990 sono stati assegnati dalla Regione £.6.935.072.000, per le spese di gestione dei servizi così ripartite:

**1) Assistenza Domiciliare e interventi di appoggio:**

Lire 4.983.202.000= destinati ai servizi di assistenza domiciliare (prestazioni sociali e domestiche tramite Assistenti Sociali e Colf) ed agli interventi di appoggio (riscaldamento, sgombero neve, lavanderia, ecc.), indicati dagli artt. 40 e 41 della L.R. 6 Giugno 1988, n.21. La spesa sostenuta dai Comuni è stata di £.12.158.234.000= per l'A.D. e di £.4.962.431.000= per gli interventi di appoggio.

Per l'assegnazione dei contributi si è tenuto conto:

- del numero delle persone assistite (il rapporto massimo tra colf ed utenti è di 1 : 100 degli assistibili (da studi effettuati a livello europeo si considera che il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne necessita di assistenza domiciliare));
- del numero e qualifica del personale impiegato (Assistenti sociali, Colf e Volontari), si è fissato un punteggio in base a tali elementi;
- della diffusione del servizio prestato (n. ore di servizio);
- dell'entità delle prestazioni effettuate come interventi di appoggio;

Anche quest'anno si è stabilito di assicurare un

contributo fisso sulle somme assegnate nel 1989 (accertato che il servizio è stato svolto), al fine di assicurare la continuità del servizio. (50% per il Comune di Genova e 65% per gli altri Comuni e Comunità Montane).

L'ulteriore somma è stata assegnata sulla base dei criteri suddetti destinando una parte pari al 14% della spesa sostenuta dai Comuni, ai Servizi di appoggio (10% per Genova), ed il resto quale contributo alle spese sostenute dai Comuni per gli interventi di assistenza domiciliare.

2) Soggiorni di vacanza e cure termali (art. 50 L.R.n. 21/88)

£.496.288.000= di cui:

- £.392.738.000= per soggiorni di vacanza;
- contributo di £.17.000 circa al giorno per un massimo di 15 giorni;
- sono stati fissati limiti di reddito;
- sono state fissate fasce di comuni in base al numero degli abitanti indicando limiti riferiti al numero degli utenti.
- £. 103.550.000= per cure termali (spese di soggiorno);
- sono stati fissati limiti di reddito indicati dal protocollo d'intesa "progetto anziani in Liguria";
- sono stati fissati limiti come per i soggiorni di vacanza.

3) Affidamento familiare di persone anziane (art. 53 L.R. 21/88)

£.188.910.000=

Poiché si tratta di incentivare una nuova forma di assistenza alternativa al ricovero in Istituto, è stato rimborsato il 100% della spesa effettuata e documentata.

- 4) £.445.000.000= Contributo straordinario da assegnare per la gestione delle Case di Riposo ex ONPI di proprietà della Regione in attesa del trasferimento ai Comuni (art. 56 L.R. 21/88).
- 5) £.821.672.000= (art.57 L.R. 21/88) per il mantenimento dei profughi già ospitati presso la Casa di Riposo di Pigna. Funzioni in materia di assistenza trasferite dallo Stato alle Regioni (D.P.R. n.9/1972).

Sono stati inoltre assegnati £.5.332.000.000= per la realizzazione di centri sociali, comunità alloggio, residenze servite e per la ristrutturazione di case di riposo.

Per quanto riguarda altre iniziative, è in corso la predisposizione di un accordo tra la Giunta Regionale e le Organizzazioni Sindacali relative ad un Progetto Anziani in Liguria, riguardo problematiche che interessano vari assessorati regionali, quali l'Assessorato alla Sanità ed ai Servizi Sociali, l'Assessorato alla Formazione Professionale, l'Assessorato al Turismo.

I temi trattati riguardano l'Assistenza domiciliare integrata, la realizzazione dei distretti, la realizzazione di Residenze Sanitarie Assistenziali, le valorizzazioni dell'anziano per lavori socialmente utili, le attività sportive e ricreative.

INTEGRAZIONE ALLA RELAZIONE SULLO STATO DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN LIGURIA

I problemi relativi all'assistenza agli anziani in ordine alla realtà ligure riguardano soprattutto la necessità di realizzare o potenziare per gli anziani autosufficienti servizi alternativi al ricovero in case di riposo, quali l'assistenza domiciliare, le comunità alloggio, i centri sociali, gli appartamenti vincolati ad utenza anziani, le residenze servite.

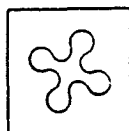
Questa scelta significa offrire una soluzione ai problemi degli anziani evitando loro uno sradicamento dal loro ambiente di vita e contemporaneamente un risparmio sulla spesa molto alta che i comuni affrontano per il ricovero degli anziani.

L'iniziativa comporta però un iniziale impegno finanziario ad oggi reperibile solo in parte nel bilancio della Regione e dei Comuni e la necessità di risolvere problemi relativi all'assunzione di personale per la quale esistono le note restrizioni.

Un ulteriore problema la cui risoluzione risulta urgente è il coordinamento delle attività sociali a favore degli anziani con quelle sanitarie. A questo proposito si sta avviando la sperimentazione dell'assistenza domiciliare integrata che presenta difficoltà di avvio in relazione alla carenza di personale paramedico (infermieri) da mettere a disposizione da parte delle UU.SS.LL. per l'assistenza domiciliare.

## *Regione Lombardia*

PAGINA BIANCA



**REGIONE LOMBARDIA**  
SETTORE ASSISTENZA E SICUREZZA SOCIALE

**RAPPORTO DI LEGISLATURA  
SULLO STATO DI ATTUAZIONE  
DEL PRIMO PIANO REGIONALE  
SOCIO-ASSISTENZIALE**

MILANO - APRILE 1990

PAGINA BIANCA



### 1. L'azione programmata anziani

L'insieme degli interventi che il P.S.A. prevedeva nell'area anziani erano stati delineati come "azione programmata" in ragione del "Progetto-Obiettivo Anziani", già definito da una apposita Commissione costituita dal Settore Sanità negli anni 1985/86, come parte integrante del Piano Sanitario Regionale. L'elaborato aveva delineato le linee fondamentali delle politiche sanitarie e sociali oltreché, degli ambiti interessati (la casa - il pensionamento - le attività culturali e ricreative ecc.), definendo i punti qualificanti degli interventi da effettuarsi, gli indici di fabbisogno sia per i servizi domiciliari che per quelli residenziali/tutelari, le risorse necessarie, la formazione del personale, la definizione della rete dei servizi e delle interrelazioni necessarie tra sociale e sanitario. La non concomitante approvazione dei due atti di programmazione (P.S.A. - P.S.R.) aveva limitato le scelte del P.S.A. alle sole azioni complementari socio-assistenziali da realizzarsi nel corso del triennio, in attesa dell'entrata in vigore del più generale Progetto-obiettivo. Per altro, come già detto al paragrafo relativo al P.O. "Riconversione delle strutture socio-assistenziali", la necessità di intervenire in maniera globale con interventi "pesanti" per riqualificare l'insieme delle strutture che costituiscono il sistema socio-assistenziale nel suo complesso, ha fatto sì che gli interventi strutturali sulle residenze per anziani siano stati ricompresi nel predetto P.O.. In questa sede si analizza pertanto l'insieme degli interventi e dei servizi di tipo preventivo e di sostegno, in particolare il SAD, i Centri diurni e i Mini-alloggi.

## 2. Il modello organizzativo

Nell'area anziani, il modello organizzativo contemplato nel F.S.A. fa riferimento all'organizzazione generale del Servizio n° 5 e delle sue articolazioni organizzative, tra cui l'U.O. anziani e l'U.O. degli interventi sociali di base, da rendersi a livello distrettuale.

Per il primo aspetto, l'analisi dei programmi di zona ha consentito di verificare che soltanto n° 11 USSL hanno già attivata o intendono attivare nel triennio la U.O. anziani; ciò si giustifica per la carenza globale di personale e per il fatto che - a livello zonale - il F.S.A. assegna funzioni di gestione obbligatoriamente associate solo per le strutture e i reparti protetti per non autosufficienti; la preponderanza di strutture autonome, le richieste di deroga già avanzata da n° 13 dei n° 36 Comuni gestori diretti di strutture o reparti protetti, la mancata attivazione del sistema generale di convenzionamento, sono tutti fattori che hanno fortemente condizionato la disponibilità delle USSL a costituire le Unità Operative.

Per il secondo aspetto, già affrontato nel paragrafo iniziale sul modello organizzativo, cui si rimanda, si sottolineano anche per l'area anziani le difficoltà di rapporto tra i Comuni singoli e l'USSL relativamente al necessario coordinamento tra gli interventi distrettuali e gli interventi di base tuttora effettuati dai singoli Comuni, in particolare per il SAD. Se si eccettuano le n° 14 USSL i cui p.d.z. hanno previsto e reso operanti i conferimenti volontari alle USSL di funzioni gestionali relative al SAD, la restante situazione regionale è caratterizzata da carenza di coordinamento tra i due livelli (sono solo n° 7 le USSL che garantiscono tale funzione) e dal problema, ancora non risolto a livello regionale, del possibile rimborso degli oneri sostenuti dai Comuni riferiti alle prestazioni infermieristiche e riabilitative rese all'interno della rete SAD.

Non è ancora stato avviato a soluzione il problema del previsto rimborso di tali oneri, da caricare sul fondo sanitario regionale in attuazione del D.P.C.M. 8/8/1985 e dei successivi atti regionali di recepimento.

### 3. Gli interventi nell'area della prevenzione e del sostegno

#### La rete del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Il finanziamento della rete dei servizi di assistenza domiciliare rivolti agli anziani ed agli handicappati ha rappresentato un notevole impegno della Regione per tutta la durata della legislatura. Tale impegno finanziario, derivato dalle distinte leggi regionali 16 e 76, abrogate con l'entrata in vigore della legge 1/86, ha mantenuto al secondo posto delle spese programmate l'entità del contributo assegnato.

I Comuni che realizzano il SAD per una o più tipologie di utenza, sia quelli che gestiscono il servizio come singoli (e costituiscono la grande maggioranza) sia quelli che ne delegano la gestione alle USSL, ai Consorzi, alle Comunità Montane, aumenta progressivamente.

Anche dall'analisi dei piani di zona risulta che l'impegno delle USSL è volto a coordinare il SAD più che ad ottenere una delega completa per la gestione, tranne nei pochi casi ormai consolidati, ove, ad esempio, l'USSL coincide con la Comunità Montana.

Un ulteriore sforzo viene indirizzato a garantire nell'ambito di ogni USSL un sufficiente livello di omogeneizzazione del servizio rispetto ad elementi ritenuti fondamentali quali: la selezione dell'utenza, gli eventuali rimborsi a carico del Fondo Sanitario, e gli standard di personale.

I passi più importanti in questa direzione avvengono quando i distretti funzionano con équipes socio-sanitarie bene integrate.

La percentuale dei Comuni che svolgono il servizio di assistenza domiciliare in Lombardia negli anni 82/88 sale dal 47,5% al 59,1%. La lettura della percentuale numerica non è sufficiente a descrivere l'effettiva estensione della rete, se non la si collega all'ampiezza demografica dei Comuni lombardi.

Dei 1546 Comuni, 966 hanno una popolazione inferiore ai 3.000 abitanti, mentre i restanti 580 ne contano più di 3.000; in questo ultimo gruppo di Amministrazioni locali, dall'anno '85 in poi, la percentuale di Comuni con SAD supera

l'80%.

I Comuni piccoli invece raggiungono a fatica il livello del 40% pur essendo tra quelli che delegano più facilmente il SAD ad Enti gestori più complessi; quando riescono a gestirlo in proprio, lo assicurano attraverso personale non dipendente anche se retribuito, con un rapporto prestazione oraria/utente meno favorevole rispetto alla media regionale.

In relazione all'utenza è necessario chiarire che per utente del S.A.D. si intende ogni soggetto, sia anziano che handicappato, che abbia utilizzato almeno una prestazione con personale; gli utenti di prestazioni complementari sono considerati impropri e non rientrano nella quantificazione dell'utenza servita.

Il totale degli utenti propri comprende le due tipologie fruitrici del SAD: non sono comprese nella presente analisi le famiglie dei minori che fruiscono del servizio di assistenza domiciliare, in quanto si ritiene che il SAD Minori abbia una specificità tale da essere trattato nell'area dei servizi ai minori (vedi paragrafo relativo all'azione programmata minori).

Il numero degli utenti è passato dai 31.777 dell'82 ai 36.229 dell'88.

L'aumento non si presenta con omogeneità nei singoli anni ma con due impennate nel primo ed ultimo anno considerato (82 e 88) mentre resta pressoché stazionario dall'83 all'87).

Nel totale complessivo, gli anziani si attestano sempre sul 90-91% mentre gli handicappati si avvicinano al 10% del totale.

Rispetto alla distribuzione per età dell'utenza anziani, l'unica fascia che è in deciso aumento (da 7.537 a 11.628) riguarda gli anziani con età superiore a 80 anni, mentre sono stazionarie le altre tre (inferiori a 60 anni, da 60 a 69 anni, da 70 a 79 anni) che rispecchiano in misura abbastanza proporzionale l'aumento complessivo dell'utenza.

Malgrado questa distribuzione dell'utenza, i dati in nostro possesso non consentono di verificare l'ipotesi che effettivamente l'assistenza domiciliare serva a mantenere l'anziano il più a lungo possibile nel suo ambiente di vita e che con l'aumentare dell'età la richiesta di A.D. non venga

commutata in richiesta di ricovero.

Il rapporto tra maschi e femmine si mantiene stabile nel corso degli anni e conferma che queste ultime fruiscono del SAD in misura doppia dei maschi.

Se si tiene presente l'effettiva composizione dei due sessi nella popolazione lombarda, ove le femmine sono sì più numerose dei maschi, ma senza mai attestarsi oltre il 160%, emerge pertanto che le donne utilizzano il servizio molto più degli uomini, sia in termini assoluti che percentuali.

Per quanto riguarda la percentuale globale di fruizione sulla popolazione ultrasessantenne, il servizio si connota con stabilità attestandosi sull'1,8%, con l'aumento all'1,9% nell'89 e la diminuzione all'1,7% per gli anni 86 e 87.

Le prestazioni fondamentali erogate dal SAD si sviluppano su due tipologie: la prestazione socio-assistenziale che vede affiancato all'ausiliario socio-assistenziale l'educatore nei soli casi di utenti con handicap, e la sanitaria, con la prestazione sia infermieristica che riabilitativa.

Il grosso dell'utenza fruisce di un solo tipo di prestazione, mentre la rimanente parte fruisce di entrambe; quest'ultima quota di utenza negli anni considerati diminuisce però dal 16% al 5%.

Le due prestazioni base (ausiliaria e infermieristica), all'inizio del periodo analizzato, presentavano livelli di fruizione molto diversi; erano n° 15.215 gli utenti di prestazioni colf, contro i 22.585 di prestazioni infermieristiche ma in seguito, mentre i primi sono aumentati, gli altri sono diminuiti e, pertanto nell'anno '86, ultimo del settennio, le prestazioni colf risultano quasi settecento di più di quelle infermieristiche.

Le prestazioni infermieristiche che dovrebbero essere direttamente erogate da personale dell'USSL, ovvero rimborsate dal fondo sanitario, in realtà non vengono attualmente sostenute finanziariamente con fondi regionali e ciò giustifica la diminuzione delle prestazioni, date le note e persistenti difficoltà degli Enti locali a continuare a garantirle con propri fondi di bilancio e proprio personale. A ciò si deve aggiungere la difficoltà, ormai giunta a livelli di emergenza, nel reperire il personale infermieristico.

Nel settore handicap diminuisce la fruizione dell'educatore; anche in questo caso la diminuzione può essere legata alle intervenute modifiche dei criteri di finanziamento: per l'educatore non è più consentito il rimborso se la prestazione viene erogata ad utenti superiori ai 40 anni. Il personale che opera nei servizi di assistenza costituisce un universo molto variegato.

La maggioranza è composta da operatori retribuiti che hanno rapporti di lavoro diversi: a tempo pieno o part-time, dipendenti o a contratto professionale, anche attraverso convenzioni con le cooperative.

Si riscontra inoltre la presenza di obiettori di coscienza e di volontari; questi ultimi spesso con prestazioni di poche ore settimanali.

L'insieme di tutto questo personale è aumentato del 30% (da 3.433 unità nell'82 a 4.442 nell'88), mentre il numero complessivo degli utenti si è ampliato all'incirca del 15%.

In realtà l'analisi, utile ai fini della valutazione dell'entità dei servizi prestati, riguarda il personale equivalente, che indica cioè a quante persone a tempo pieno corrispondono le ore annue di servizio effettivamente prestate anche da operatori part-time; ciò consente di rapportare correttamente gli utenti di ogni tipo al personale che effettivamente eroga la prestazione.

Dopo alcuni anni di stazionarietà, il rapporto numerico tra ausiliari, calcolati a tempo pieno, e utenti supera lo standard 1:10 previsto dal F.S.A., per attestarsi sul rapporto 1:9; migliora notevolmente il rapporto educatori/utenti, passando da 1:6,8 a 1:4.

Diverso è l'andamento del personale sanitario che è caratterizzato da prestazioni brevi e meno regolari nel tempo e pertanto risponde a bisogni di utenti molto più numerosi. Il rapporto calcolato su personale rapportato al tempo pieno tra infermiere e utente, varia di poco di anno in anno, passando da 1:52,2 a 1:44.

Analoga considerazione vale per le prestazioni del riabilitatore che passano dal rapporto 1:42,5 del 1983 al rapporto 1:45 del 1988. (Segue allegato 1).

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

## EVOLUZIONE COSTI A.D. ESPRESSI IN C. COSTANTI

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
COSTO GLOBALE	100	111	114,7	120,5	128,4	137,3	147,1
COSTO ANZIANI	100	111,4	113,8	120,2	120,7	140,2	146,8
COSTO HANDICAPPATI	100	108,4	119,4	130,4	127	122,9	143,8
SPESA PERSONALE SOCIALE	100	125,5	129,9	144,1	150,4	161,9	173,1
SPESA PERSONALE SANITARIO	100	99,1	85,4	94,7	53,2	100,8	99,5
SPESA PRESTAZIONI COMPLEMENTARI	100	76,3	90,7	116,1	95,8	97	110,7
COSTO MEDIO UNITARIO/UTENTE	100	100,9	111,3	118,8	124,5	129,1	128,3
COSTO MEDIO UTENTE/ANZIANI	100	100,9	111,3	119,6	124,1	131,1	129,1
COSTO MEDIO UTENTE/HANDICAPPATI	100	102,6	106,8	113,4	129,3	121,9	123,3
CONTRIBUTO REGIONALE	100	88	78	76,5	92	94,3	100,3
COEFFICIENTI ISTAT UTILIZZATI PER DEFLAZIONARE I DATI FINANZIARI	100	114,9	127,1	138,1	146,5	153,3	160,9

#### 4. La rete dei Centri Diurni per anziani (CD)

La legge regionale di riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali, all'art.77, ha normato - all'interno della rete dei servizi, - le caratteristiche dei C.D. per anziani, intesi come "Centri Sociali di tipo aperto, che forniscono un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione; tali centri possono comprendere attività di ristoro e di segretariato sociale". Ha altresì previsto che nei C.D. possono essere sviluppate attività di terapia riabilitativa e lavoro artigianale, realizzando, anche con l'apporto del volontariato, forme di autogestione e di associazionismo per la produzione di beni e servizi.

La stessa legge (art.33) prevedeva all'interno dei contenuti del P.S.A., la necessità di individuare standard gestionali e strutturali per ogni presidio e servizio e di classificare l'esistente, anche in relazione alla prevista autorizzazione al funzionamento e idoneità al convenzionamento.

La necessità per il livello regionale di costruire un "profilo" del servizio, la mancanza di informazioni specifiche sulle realtà esistenti, non trattandosi di servizio ammesso a finanziamenti correnti e pertanto soggetto al controllo di gestione, avevano suggerito al settore l'effettuazione di una ricerca conoscitiva, affidata all'IRER e terminata nel 1987.

L'indagine sui Centri Diurni (C.D.) si era posta quindi due obiettivi: il primo, un censimento nominativo delle strutture che nella realtà regionale, con varia denominazione, hanno per finalità le attività ricreativa, motoria e di relazione dell'anziano; il secondo, la descrizione del servizio, delle attività, dell'utenza e del personale.

Gli elementi messi a fuoco erano stati desunti dalle indicazioni della legislazione regionale e riguardavano:

- la natura giuridica e lo statuto dell'ente;
- gli interventi e le attività svolte;
- i livelli di funzionalità organizzativa e operativa;
- la presenza di personale volontario ed associazione di appartenenza;
- la presenza di personale religioso e convenzioni con ordini religiosi;



- la tipologia di assistiti o utenti;
- le procedure di ammissione;
- le forme di partecipazione dell'utenza alla gestione;
- il regolamento a cui l'utenza ed il personale devono attenersi.

Uno dei caratteri salienti dei Centri Diurni messo in luce dalla ricerca sembra essere la spontaneità di formazione a livello locale, non guidata da sollecitazioni che potrebbero venire dai servizi socio-sanitari territoriali; l'intervento dei Comuni e delle Comunità Montane spesso raccoglie e sostiene una iniziativa spontanea già operante, basata esclusivamente sull'associazionismo e la formazione di cooperative.

L'intervento pubblico si configura ad un primo livello come fornitura di spazi e locali a queste libere associazioni; assai spesso i locali dei Centri Diurni sono forniti dai Comuni indipendentemente dalla gestione; ad un secondo livello, anche come intervento finanziario, spesso per cifre limitate, che vengono spese nella gestione o in arredi.

Le informazioni più significative dedotte dalla ricerca sono attinenti a:

#### 4.1) Natura giuridica e modalità di gestione

Il Centro Diurno è un servizio al 70% comunale. E' sempre caratterizzato da una elevata presenza di autogestione, sia nel servizio comunale sia in quello privato; in quest'ultimo, l'autogestione riguarda la quasi totalità dei centri che si configurano prevalentemente come libere associazioni. Nasce per lo più come attività di risposta a specifici bisogni di gruppi spontanei, che ha riscontro in un modello organizzativo e in una sede autonoma.

Quando non è un servizio a sé stante, il C.D. è organizzato complementariamente all'assistenza domiciliare, al centro sociale o presso Case di Riposo o altre strutture ad internato. I C.D. organizzati presso altri servizi sono nella quasi totalità pubblici, mentre quelli collocati in strutture a sé stanti sono sia pubblici autonomi che privati.

Le forme di gestione si caratterizzano diversamente a seconda dell'epoca di costituzione dei C.D.: in quelli di più vecchia data è nettamente prevalente la gestione pubblica o dell'IPAB, quelli di più recente costituzione sono caratterizzati da forme di autogestione spesso anche in collaborazione con i Comuni o di tipo privato associato.

#### 4.2) Diffusione territoriale

I C.D. sottoposti ad indagine non sono distribuiti in tutte le classi di dimensione dei Comuni: la distribuzione del servizio risulta molto disomogenea nella realtà territoriale; infatti, il servizio, praticamente inesistente nei Comuni sotto i 5.000 abitanti, ha una frequenza che aumenta al crescere della dimensione comunale: fra i 5.000 e i 20.000 abitanti il 14% dei Comuni ha il C.D., tra i 20.000 e gli 80.000 abitanti circa il 35%, nei Comuni maggiori vi sono anche più C.D. per ogni Comune.

Rispetto alla distribuzione della rete, l'analisi dei piani di zona ha consentito di verificare che i centri diurni esistenti in Lombardia sono 227, mentre 80 sono quelli finanziati per il prossimo triennio; 23 USSL sono sprovviste di centri diurni e, di queste, 10 ne hanno almeno uno in progettazione.

La rete dei centri diurni va considerata in funzione soprattutto di un fatto ormai scontato, cioè il carattere locale dei C.D. per cui i servizi dallo stesso offerti rispondono, nella migliore delle ipotesi, alle esigenze dell'ambito di quartiere o del piccolo Comune, e la presenza di uno o due centri in una unica USSL risulta estremamente poco significativa rispetto alla prevista capillarizzazione del servizio.

#### 4.3) Attività e prestazioni

I C.D. vengono di norma definiti come spazi in cui si organizzano attività diverse; in molte situazioni sono anche struttura di appoggio per l'organizzazione e

gestione di servizi, quali:

- il servizio i A.D. (colf + infermiera)
- la consultazione medico-geriatrica;
- il servizio di segretariato sociale;
- il servizio di lavanderia e di trasporto.

Le attività più proprie dei C.D. e in quanto ali lasciati spesso alla gestione degli utenti sono:

- l'organizzazione delle attività di tempo libero, ricreative e culturali;
- il bar ed il servizio pasti.

Il C.D. cioè presenta una gamma di interventi ampia, in parte specifica e in parte comune ad altri servizi, da quelli sanitari a quelli assistenziali; questa variabilità di articolazione concorre a qualificarlo come servizio adattabile sia alla specificità della domanda locale sia alla specificità della configurazione dell'offerta, data dal complesso delle prestazioni degli altri servizi territoriali.

La ricerca ha consentito di verificare che le prestazioni e attività svolte sono, in ordine di diffusione decrescente: le prestazioni sanitarie/infermieristiche; quelle ricreative; quelle di segretariato sociale e di informazione; quelle di ristoro, bar e pasti caldi; ultime, per significatività quelle di trasporto.

Il 37% dei centri intervistati non offre prestazioni con presenza di personale; mentre, con la presenza di personale, il 17,5% offre una sola prestazione, l'8% offre una gamma articolata da 2 a 7 tipi di prestazioni diverse. Le più elevate frequenze (29,5%) si registrano intorno ai valori da 1 a 3; l'8% dei Centri che operano con presenza di personale offre da 1 a 4 tipi di prestazioni.

Non esiste necessariamente, tuttavia, una stretta relazione fra dotazione da parte del C.D. di personale proprio e prestazioni offerte con presenza di personale: la realtà regionale colta attraverso l'indagine sembra essere molto articolata; alcuni C.D. operano con personale proprio, altri offrono prestazioni con personale che divide il proprio tempo di lavoro fra più servizi, fra cui il Centro; oltre a ciò, si è verificata una certa consistenza di una pratica di interventi operata da altri servizi all'interno del C.D. stesso.

Quest'ultimo aspetto sembra collegato al tipo di gestione: infatti, i C.D. pubblici comunali forniscono in maniera quasi esclusiva anche le prestazioni infermieristiche, di segretariato sociale e di trasporto, praticamente assenti nei C.D. autogestiti sia pubblici che privati.

Più significativo, rispetto alla gamma delle prestazioni effettuate, sembra essere l'orario di apertura dei C.D.: nei Centri con presenza di personale che garantisce una pluralità di prestazioni è l'orario di lavoro a determinare gli orari di apertura del Servizio, che aumenta sia come quota giornaliera che settimanale all'aumentare del numero degli addetti; nei C.D. che non hanno personale proprio, l'orario di apertura, dipendente da altri fattori, quali la disponibilità degli anziani, la disponibilità della sede, ecc., - è spesso esteso a tutta la settimana, vuoi con orario pieno che con orario ridotto. Globalmente, la ricerca ha messo in evidenza che il 50% circa dei C.D. funziona da cinque a sette giorni la settimana con orario pieno, il 17% circa funziona per lo stesso periodo con orario ridotto, il restante 33% circa funziona per meno di quattro giorni la settimana con orario ridotto.

#### 4.4) Utenza

I C.D. rilevati erano definiti a priori in base all'utenza anziana; le differenze che fra questi si possono rilevare riguardano pertanto l'apertura o meno del servizio anche ad altri gruppi di popolazione - e per età e autosufficienza.

Il 35% circa dei C.D. ha esclusivamente utenza di anziani autosufficienti, e se si considera una parziale autosufficienza, si giunge ad una quota del 63% circa. Alcune differenze di tipologia di utenza si riscontrano per tipo di gestione del Centro: l'autogestito comunale ha prevalentemente l'utenza di anziani con buon grado di autonomia; il Centro autogestito privato tende a connotarsi come aperto a tutta la popolazione e così anche i Centri pubblici autonomi.

I C.D. dichiarano volumi di utenza variabili su un'ampia gamma di dimensioni: si registrano Centri con poche

decine di utenti e altre che dichiarano di avere 1.500 utenti; questo dato, che ha sempre valore indicativo, è probabilmente anche poco attendibile in quanto riferito all'utenza potenziale massima. I Centri per soli anziani autosufficienti tendono ad assumere una dimensione di utenza che si aggira tra i 100 e i 350, con un frequenza media giornaliera tra i 25 - 50, mentre i Centri che dichiarano di avere un elevato numero di utenti - in generale e medi giornalieri - sono prevalentemente quelli aperti a tutti.

#### 4.5) Modalità organizzative e di gestione

Sotto il profilo istituzionale, si rileva uno scarso livello di regolamentazione, caratteristica coerente con la natura dilibera associazione e autogestione da parte degli anziani assunta prevalentemente dai C.D.

Le forme di gestione più frequentemente riscontrate riguardano: la gestione autonoma (in un numero limitato di casi); la gestione pubblica con autogestione (cioè la messa a disposizione da parte del pubblico di locali e, attraverso il regolamento fissato, la nomina dei componenti dei Comitati di Gestione, di norma scelti tra anziani e persone in età pensionabile); l'autogestione privata, attraverso la costituzione di Associazioni normate dal C.C. e/o cooperative tra anziani e persone in età pensionabile. Le finalità dichiarate negli statuti e/o regolamenti sono sempre attinenti ad attività ricreative, culturali e del tempo libero a beneficio della popolazione anziana.

Nelle forme di autogestione, spesso gli anziani sono chiamati a concorrere agli oneri gestionali, oltreché con il proprio lavoro, anche con il pagamento di una quota associativa.

#### 4.6) Personale

I Centri Diurni sono un servizio a bassissima presenza di personale, sia perché circa il 50% ne risulta totalmente privo, sia perché gli operatori, quando

presenti, lavorano per poche ore settimanali. Imprevedibilmente scarsa la presenza di lavoro volontario, riscontrato solamente in una trentina di C.D..

Il basso numero di ore va rapportato al fatto che di solito i dipendenti sono impegnati anche in servizi diversi dal C.D., mentre il volontariato è sostituito dal lavoro solidaristico autoprodotta dagli anziani e dalla presenza di obiettori di coscienza.

Le figure professionali riscontrate con maggior frequenza sono: l'assistente sociale, l'ausiliario socio-assistenziale, l'infermiere, l'inserviante, il fisioterapista, l'animatore socio-culturale.

Altre figure presenti con minor frequenza sono: il medico, il fisiatra, lo psicologo, il personale di cucina e quello con mansioni amministrative, e, ancor più scarsi, gli autisti, i pedicure, i parrucchieri.

I tempi di lavoro sono generalmente in relazione al tipo di mansione svolta; così gli ausiliari socio-assistenziali e gli infermieri garantiscono un monte ore più alto degli assistenti sociali, che sono invece il tipo di personale più diffuso, ma con sole funzioni di coordinamento e progettazione delle attività.

I dati scaturiti dalla ricerca hanno consentito di ottenere un profilo generale dei C.D., così sintetizzabile:

i C.D. rappresentano nella Regione una realtà di prestazioni disomogenea che, laddove si prefigura come servizio ad intervento pubblico, meglio degli altri servizi fa emergere l'esigenza di "integrazione" fra prestazioni, costituendo un esempio concreto di essa in uno "spazio" esterno alla rigida configurazione istituzione dei ruoli dei singoli servizi, promossa dal prevalere della domanda che si aggrega e trova un canale di espressione istituzionale.

Un altro fenomeno importante è la caratterizzazione del C.D. come luogo di self-help; tale caratterizzazione lo connota come spazio fisico, luogo di aggregazione dell'utenza, alla quale vengono portate prestazioni di altri servizi: assistenza infermieristica, intervento riabilitativo assistenza sociale, e così via.

La base autogestionale e il formarsi di una area di bisogno che si riconosce nell'istituirsi come gruppo, comporta elementi che meritano attenta riflessione da parte di chi in questo settore si ponga obiettivi di intervento.

L'utenza dei C.D. è una utenza consapevole più di quella degli altri servizi sociali o sanitari, con alto livello di autonomia organizzativa e capacità di interagire con gli altri servizi territoriali; rispetto alla popolazione anziana generale, è una utenza particolare che ha raggiunto la capacità di identificare i propri bisogni, esprimerli e organizzare un lavoro di mutua assistenza.

Il lavoro di self-help è un lavoro volontario che presenta una estemporaneità legata ai luoghi, alle persone e a specifiche congiunture; può conoscere momenti di sviluppo e momenti di stasi, è difficilmente vincolabile a continuità nel tempo e anche a livelli di produzione misurabili e confrontabili.

Tutto ciò ha comportato e tuttora comporta non pochi problemi per la definizione degli interventi a livello regionale; la realizzazione degli obiettivi del P.S.A. (riclassificazione della rete; suo incremento ed eventuale inserimento nel complesso delle gestioni) ha innanzitutto evidenziato la necessità di riconsiderare la funzione generale del C.D., se cioè sia un servizio così come tradizionalmente lo si è definito, ovvero se debba sempre più caratterizzarsi come "spazio" aggregativo sia delle capacità autogestionali degli utenti che della presenza di prestazioni rese da altri servizi; in secondo luogo, il P.S.A. ha definito standard gestionali e strutturali, che meritano attenta riconsiderazione proprio in funzione della flessibilità e capacità autogestionale che sembra caratterizzare questo tipo di unità d'offerta: ci si chiede cioè se e in che modo possano e debbano essere standardizzate tipologie di servizio che, per loro natura, sono scarsamente identificabili in modelli organizzativi prefissati e inquadrabili entro uno specifico ambito di intervento.

Ultima considerazione merita il fatto che, quando anche tale standardizzazione diventasse operante in ragione dell'attuale avvio dell'autorizzazione al funzionamento, verrebbe persa l'attività di interazione fra servizi e di

gestione autonoma in esso prodotta che rappresenta la caratteristica più saliente del centro diurno.

E' su questo terreno che il nuovo Piano socio-assistenziale è chiamato ad esprimersi con maggiore incisività.



### 5. La rete dei mini-alloggi

Tra gli obiettivi specifici assunta dal P.S.A. nell'area anziani per lo sviluppo dei servizi alternativi al ricovero e degli interventi di prevenzione è previsto l'incremento e l'adeguamento della rete dei mini-alloggi.

La legge 1/1986, all'art.74 - Assistenza Abitativa Alloggi Protetti -, precisa il compito degli E.R. di promuovere interventi per l'assegnazione di alloggi ad anziani e a nuclei familiari comprendenti soggetti handicappati e ne declina al comma 10 punti a, b, c, le diverse possibilità di acquisizione (legge regionale n° 91 del 5.12.1983 ovvero riconversione dei beni immobili delle I.P.A.B.).

Al comma 20, punti a e b, prevede il compito per l'E.R. di intervenire per la realizzazione di alloggi protetti destinati a soggetti parzialmente non autosufficienti e costituiti da unità abitative strutturalmente collegate al servizio di assistenza continua di carattere sanitario e socio-assistenziale.

Le indicazioni legislative prefigurano pertanto due tipologie di mini-alloggi, la prima intesa come soluzione alloggiativa per categorie deboli, già prevista dalla legislazione nazionale e regionale, la seconda con caratteristiche più tipicamente assistenziali e tutelari.

L'ambiguità esistente e le difficoltà inerenti la diversa classificazione avevano indotto il livello regionale, nel momento di elaborazione del P.S.A., a non determinare standard strutturali e gestionali, proprio in ragione della necessità di meglio focalizzare il ruolo dei mini-alloggi all'interno del sistema dei servizi. A ciò dovrebbe per altro corrispondere anche l'individuazione di nuovi e diversi criteri di assegnazione svincolati da quelli che regolano l'edilizia residenziale pubblica.

La necessità di pervenire alla classificazione ha indotto al censimento, nell'ambito dei programmi di zona, della realtà dei mini-alloggi esistenti, da cui si evidenzia la presenza in Lombardia di n° 4.789 mini-alloggi distribuiti in 350 Comuni.

Si prevede inoltre nel triennio, la costruzione di ulteriori n° 1.750 alloggi per anziani (con un incremento

della rete pari al 36,5% rispetto all'esistente); questi alloggi saranno in parte costruiti in Comuni già dotati e parte in n° 89 Comuni che ne sono attualmente sprovvisti.

La programmata costruzione di alloggi per anziani avverrà in parte nell'ambito della ristrutturazione dei centri storici, anche per consentire continuità abitativa alle persone anziani ivi già residenti, in parte attraverso la costruzione da parte di enti pubblici e privati, di servizi sia diurni (centri culturali, day hospital, ecc.) che residenziali (gruppi di mini-alloggi ben collegati ai servizi sanitari e sociali) o accanto a Case di Riposo.

In altre situazioni si prevedono alloggi protetti inseriti in strutture per non autosufficienti in modo da garantire anche gli ospiti di tali alloggi tutti i servizi sanitari ed alberghieri offerti dalle stesse strutture residenziali ai propri utenti.

L'elaborazione dei dati del censimento dei mini-alloggi dovrà essere base di partenza anche per una loro analisi qualitativa che dovrà portare, in sede di revisione di Piano, a ridefinire la connotazione delle abitazioni costruite ad hoc per gli anziani: se cioè dovranno servire essenzialmente a rispondere alla mancanza di abitazione o comunque di una abitazione adeguata, o se invece dovranno essere dotati di una particolare protezione sia dal punto di vista strutturale (es. mancanza di barriere architettoniche) sia attraverso il loro inserimento in un complesso più ampio di servizi socio-sanitari e culturali (ad es. in connessione a Centri Diurni o a Case di Riposo).

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

## RIEPILOGO REGIONALE DEI POSTI LETTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

	SP	CR	CA	TOT
- FABBISOGNO	20.320	10.343	7.181	37.844
- POSTI ESISTENTI	20.239	19.763	7.372	47.374
- POSTI DISPONIBILI AL CONVENZION.	16.513	15.181	5.144	36.838
- POSTI RIENTRANTI NELLA PROGRAMMAZ. SITUAZIONE ATTUALE	15.987	14.460	4.938	35.385
SITUAZIONE A LAVORI CONCLUSI	20.470	13.408	4.515	38.393
- DIFF. POSTI RIENTRANTI NELLA PROGRAMMAZIONE MENO FABBISOGNO SITUAZIONE ATTUALE	- 4.333	4.117	- 2.243	- 2.459
SITUAZIONE A LAVORI CONCLUSI	150	3.065	- 2.666	549
- SOMMATORIA DELLE CARENZE SITUAZIONE ATTUALE	- 7.026	- 2.423	- 3.079	- 12.528
SITUAZIONE A LAVORI CONCLUSI	- 2.864	- 2.303	- 3.362	- 8.529
- SOMMATORIA DELLE ECCEденZE SITUAZIONE ATTUALE	2.693	6.540	836	10.069
SITUAZIONE A LAVORI CONCLUSI	3.014	5.368	696	9.078
- PERCENTUALE POSTI ESISTENTI SU FABBISOGNO	99,6	191,1	102,7	125,2
- PERCENTUALE POSTI DISPONIBILI AL CONVENZ. SU POSTI ESISTENTI	81,6	76,8	69,8	77,8
- PERCENTUALE POSTI RIENTRANTI NELLA PROGR. SU DISPONIBILI AL CONV.	96,8	95,3	96,0	96,1
- PERCENTUALE DELLE CARENZE SU FABB. SITUAZIONE ATTUALE	-34,6	-23,4	-42,9	-33,1
SITUAZIONE A LAVORI CONCLUSI	-14,1	-22,3	-46,8	-22,5
- PERCENTUALE DELLE ECCEденZE SU FABB. SITUAZIONE ATTUALE	13,3	63,2	11,6	26,6
SITUAZIONE ATTUALE	14,8	51,9	9,7	24,0
- POSTI ADEGUATI RIENTR. NELLA PROGR. SITUAZIONE ATTUALE	4.425	3.034	1.809	9.268
SITUAZIONE A LAVORI CONCLUSI	13.779	4.299	1.992	20.070
- PERCENTUALE POSTI ADEGUATI A STANDARD SU TOT. POSTI RIENTRANTI NELLA PROGR. SITUAZIONE ATTUALE	27,7	21,0	36,6	26,2
SITUAZIONE A LAVORI CONCLUSI	67,3	32,1	44,1	52,3

PAGINA BIANCA

## *Regione Marche*

PAGINA BIANCA

## REGIONE MARCHE

Stato di attuazione della L.R. 5/11/88 n.43 al 31/5/91 :

Art.6 Partecipazione dell'utente al costo dei Servizi.

E' in corso di esame presso il Servizio Legislativo della Regione un'apposita proposta di legge regionale relativa agli indirizzi per la determinazione del reddito ai fini della partecipazione dell'utente al costo delle prestazioni socio-assistenziali.

Art. 9 Requisiti organizzativo funzionali delle strutture residenziali.

Sono in corso di avanzata elaborazione, presso la Regione, gli indirizzi in ordine ai requisiti funzionali ed organizzativi che le strutture residenziali e semiresidenziali devono possedere.

Art.23 Integrazione delle funzioni sociali e sanitarie.

La Giunta Regionale ha predisposto una delibera che prevede l'applicazione del trattamento assistenziale sanitario agli anziani ricoverati nelle strutture di accogliamento residenziale, mediante assistenza medico-generica, specialistica, farmaceutica, infermieristica e riabilitativa con fondi a carico del Fondo Sanitario Nazionale.

Art. 33 Promozione, sostegno ed integrazione sociale degli anziani.

La popolazione marchigiana al 31/12/89 risulta essere di oltre 1.485.000 abitanti, di cui circa il 17% ultrasessantacinquenni: gli anziani vivono in massima parte nell'ambito familiare.

Da un'indagine effettuata su 117 strutture residenziali per anziani, la Regione ha infatti rilevato che in 110 di esse sono ricoverati circa 4.050 anziani che costituiscono solo l'1,61% degli ultrasessantacinquenni marchigiani.

I Comuni provvedono alle attività di promozione, sostegno ed integrazione sociale con propri fondi e con quelli messi a disposizione dalla Regione con la ripartizione del fondo unico previsto dall'art.50 della L.R.

n.43/88.

Sui 41.700 anziani ai quali i Comuni erogano servizi assistenziali, circa 20.100 fruiscono di assistenza economica.

Presso la 5ª Commissione del Consiglio Regionale Marche è, inoltre, in corso di esame la proposta di L.R. n.6 recante "Norme per la promozione ed il sostegno della famiglia" che reca interventi per favorire la permanente o il ritorno della persona assistita nel suo ambito familiare con il sostegno dei servizi da parte della Regione.

Art. 36 Assistenza domiciliare.

Un numero consistente di Comuni erogano il servizio di Assistenza domiciliare, prevalentemente a favore di soggetti anziani: circa 2.420 anziani risultano fruitori di assistenza a domicilio.

Art.50 Destinazione del "Fondo Regionale per interventi socio-assistenziali".

In ottemperanza al dispositivo di cui al comma 6, n.117 Comuni destinano il 20% del fondo regionale assegnato, alla promozione e alla realizzazione di iniziative a favore di 3.410 anziani non autosufficienti.

Art.52 Interventi per la realizzazione di strutture residenziali a favore degli Anziani.

Il concorso finanziario della Regione nelle spese per la ristrutturazione, il completamento, la sistemazione, l'ampliamento, l'acquisizione, la costruzione di strutture residenziali per anziani, mediante l'erogazione di contributi, in conto capitale è il seguente:

Anno 1989 (stanziamento in Bilancio £.10.000.000.000., di cui £.5.000.000.000 provenienti dal Bilancio 1988): sono stati assegnati contributi per £.10.000.000.000 a 53 Enti (29 Comuni, 21 II.PP.AA.BB., 3 soggetti non istituzionali) per un totale di 56 interventi;

Anno 1990 (stanziamento in Bilancio £.5.000.000.000): il Piano di riparto dei finanziamenti non è stato ancora



approvato dal Consiglio regionale; la proposta della Giunta prevede l'assegnazione di £.5.000.000.000 a 19 Enti (8 Comuni, 7 II.PP.AA.BB., 3 soggetti non istituzionali).

La operatività della L.R. n.43.88, relativamente all'art.52 e seguenti, si esaurisce nel 1990.

Il Bilancio Regionale 1991 prevede, nei fondi globali, lo stanziamento nel triennio 1991-1993 della complessiva somma di £.10.000.000.000 per strutture ricettive per anziani, che potrà essere utilizzata dopo l'approvazione di apposita legge.

Sotto un profilo più squisitamente di "politica sociale" comunico che la Regione Marche intende perseguire e privilegiare in primis il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente familiare, mediante il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare, unitamente alla realizzazione di una rete di strutture residenziali per anziani non autosufficiente, ad alta intensità tutelare e sanitaria.

Il piano di interventi regionali adottato in attuazione dell'articolo 20 della legge n.67/88, approvato dal C.I.P.E. precede la creazione di quaranta strutture residenziali per oltre 1.100 posti letto per anziani non autosufficienti che tuttavia risolvono solo in parte le esigenze complessive a causa del progressivo e graduale invecchiamento della popolazione.

Al fine di evitare l'allontanamento forzato degli anziani dai luoghi originari di vita come è nel caso della città di Ancona, che a seguito di calamità naturali è stata privata dell'unica struttura residenziale per anziani esistente (il "Pensionato Tambroni" gestito dall'I.N.R.C.A.) a tutt'oggi non ricostruita, la Regione intende, altresì, potenziare il Servizio di Telecontrollo-Telesoccorso per anziani in assistenza domiciliare integrata, da coordinare con i distretti sanitari e con il coinvolgimento delle realtà di volontari presenti sul territorio, al fine di agevolare la permanenza dell'anziano nella propria abitazione, costantemente controllato sotto l'aspetto sanitario, evitando istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri.

Allego infine un prospetto analitico relativo agli interventi in favore degli anziani totalmente o parzialmente a carico di Comuni, riferito al periodo 1989/1990.

Interventi totalmente o parzialmente a carico dei Comuni erogati a favore degli anziani.  
ANNO 1989

**1.1. Il "totale" degli anziani destinatari di interventi**  
La utenza "anziana", distinta per ciascun intervento come sottoriportato in forma aggregata, risulta dal seguente prospetto:

intervento	numero anziani
- assistenza economica	20.108
- soddisfacimento esigenze abitative	255
- servizi per il tempo libero	16.611
- assistenza domiciliare	2.118
- strutture residenziali:	
case albergo	241
case riposo per autosufficienti	1.177
case protette per non autosufficienti	583
	<hr/> n° 41.710

Rispetto ai residenti presunti ultra 65enni (n° 243.200) le erogazioni dei comuni interessano il 17% di tale popolazione.

## 1.2. Gli anziani non autosufficienti

I non autosufficienti, assistiti in casa protetta a domicilio o con altri interventi risultano n° 3.409. Rispetto ai residenti presunti ultra 65enni le erogazioni dei Comuni interessano il 1,41% di tale popolazione.

## 2. Dati finanziari

Rispetto alla utenza di cui al punto 1.1 si dispone di dati finanziari limitatamente a:

- case di riposo per autosufficienti (n° 1.777); onere al lordo delle quote a carico della utenza £.10.036.000.000
- case protette per non autosufficienti (n° 538); onere al lordo delle quote a carico della utenza £.4.740.000.000.

E' stato in parte disatteso il disposto di cui all'art.50, comma 6, che finalizza il 20% del contributo a favore di non autosufficienti. Sono 117, su 246, i Comuni che hanno adempiuto a tale prescrizione.

**3. L'utenza totale delle case di riposo e delle case protette**  
I dati riferiti al periodo 89/90 sono i seguenti:

- utenza complessiva accolta su 117 strutture

autosufficienti	n° 2.141
non autosufficienti	" 1.898
totale	" 4.039

Rispetto a tale utenza "totale" i Comuni erogano,  
parzialmente o totalmente, spesa a favore di

autosufficienti	n° 1.777
non autosufficienti	" 583

totale " 2.360

Fertanto i Comuni intervengono a favore del 58% della utenza reale.

PAGINA BIANCA

## *Regione Molise*

PAGINA BIANCA

L'esame dei dati statistici sulla attuale situazione demografica della Regione rivela una presenza di persone anziane che si attesta oltre il 15%.

Le previsioni tuttavia, nel ritenere che la popolazione totale del Molise nei prossimi decenni resterà sostanzialmente stabile, depongono per un aumento della popolazione anziana ed in particolare di quella di età più elevata (ultraottantenne), vale a dire quella che presenta il maggiore rischio di non autosufficienza.

Si è calcolato che gli anziani aventi oltre ottanta anni di età, che erano nel 1988 in numero di 1.139, saranno 1.650 (+41%) nel 2.008 e 2.020 nel 2018 (+77%).

L'aumento del numero totale degli anziani (oltre 65 anni) sarà più contenuto (+21% nel 2.008, nessun aumento dal 2.008 al 2018).

Ciò che determina un ulteriore motivo di preoccupazione, oltre al previsto grande incremento del numero di anziani, è quindi delle esigenze assistenziali che li caratterizzano, è anche la loro concentrazione in zone della Regione che sono le meno favorite, per ragioni oggettive di clima o di orografia, sul piano dello sviluppo. Il saldo migratorio gravemente negativo di tali zone rischia di determinare l'aggravarsi di una situazione che già oggi induce a parlare di "paesi di vecchi" per molti comuni montani. Anche taluni recenti provvedimenti (ad es. la razionalizzazione delle strutture scolastiche, con soppressione di scuole) contribuiscono, tendendo ad allontanare le forze giovani ed attive, all'invecchiamento della popolazione in tali paesi.

Da tutto ciò scaturisce, come è ovvio, la necessità di un potenziamento progressivo delle strutture destinate all'assistenza degli anziani in relazione alla loro crescita numerica.

Innanzitutto dovranno essere curati i servizi di assistenza domiciliare integrata tendendo alla distribuzione di tale servizio su tutto il territorio regionale, ma soprattutto nei Comuni in cui maggiore è l'incidenza della popolazione anziana, in modo da favorire la permanenza nel proprio ambiente al maggior numero di anziani possibile. Per questo nella Regione si è già da diversi anni avviato un programma di cui si è già detto nella precedente breve relazione. Al momento si sta cercando di meglio definire ed omogeneizzare su tutto il territorio i contenuti e le modalità di erogazione di tale servizio; anche in attuazione di quanto stabilito al riguardo dalla Legge regionale n.21/90.

Ma il settore in cui maggiormente si dovrà incidere è quello delle residenze sanitarie assistenziali di cui già

oggi si avverte pesantemente l'esigenza.

Le case di riposo attualmente in funzione sono in numero di 14 e molte di loro non sono in condizione di fare fronte ad esigenze che si discostino dal trattamento di tipo alberghiero (vitto, alloggio, ecc.).

Solo tre di loro, in possesso dei prescritti requisiti, hanno potuto stipulare una convenzione con la Regione impegnandosi a fornire ai loro ospiti anche l'assistenza sanitaria di base ed a riservare almeno il 30% dei loro posti letto ad anziani non autosufficienti.

Ma con questo si è ancora ben lontani dall'aver fornito una risposta adeguata al bisogno, ove si consideri che dalla ricerca finora effettuata in collaborazione con l'Università cattolica, nella parte in cui venivano considerate le situazioni di anziani gravemente disabili e viventi soli, è emerso un fabbisogno di posti letto in RSA valutabile con certezza oltre le 500 unità.

Al momento si sta predisponendo un piano per la realizzazione di nuove strutture utilizzando i fondi previsti dall'art. 20 della Legge 11.3.88 n.67. In una prima fase si intende costruirne una ad Isernia, che è al centro della zona in cui più massiccia si rivela la presenza di anziani.



*Regione Piemonte*

PAGINA BIANCA

## REGIONE PIEMONTE

Oggetto: Assistenza agli anziani.

Si riscontra la nota n. 225/1 05 05/GAB del 21.5.91, pari oggetto, per comunicare in ordine alla operatività dei provvedimenti ed alle problematiche inerenti le singole realtà territoriali piemontesi che lo scenario di cui si tratta è indicativo di un processo che:

- a) procede a rilento per una molteplicità di fattori sia esterni alla competenza regionale quali l'assenza di una legge quadro di riforme dell'assistenza; lo scarso grado di definizione della vigente normativa (es. art. 13 del D.L. del 11.5.91 rispetto alla legge 407/90 oppure art. 6 della legge di conversione del D.L. 6.2.91 n. 35 rispetto alla legge regionale di riordino dei servizi) sia interni alla Regione quali i ritardi dei trasferimenti delle funzioni in materia socio-assistenziale dai Comuni alle UU.SS.SS.LL.
- b) marcia in modo disomogeneo anche a causa di esperienze storiche diversamente consolidate nelle differenti realtà, generando squilibri sia rispetto alle modalità operative che relativamente alla distribuzione dei servizi.

In una visione d'insieme si può affermare che i principali nodi sul tappeto sono essenzialmente riconducibili alla necessità di riqualificazione delle risorse interne e di aumento delle risorse complessive destinate al settore.

Tutto ciò richiede la realizzazione a livello nazionale di presupposti giuridico-normativi e istituzionali chiari come preconditione indispensabile a rendere perseguibile con successo la programmazione regionale e locale ed a superare la residualità endemica del settore all'interno delle politiche sociali complessive portate avanti nel nostro Paese.

Nel dettaglio, per quanto attiene l'assistenza domiciliare, solo 607 Comuni su 1209 hanno tale servizio.

Nel 1988 gli anziani in Piemonte assistiti a domicilio erano 8.298; gli operatori impegnati erano 605 di cui un terzo in convenzione.

Il fenomeno della convenzione è in netto sviluppo anche a causa delle limitazioni nelle assunzioni nell'ambito del pubblico impiego e della scarsa flessibilità nell'utilizzo di personale pubblico.

La vita media si va allungando e nella società gli anziani sono destinati ad assumere un ruolo di rilevanza crescente.

Ma non sempre è possibile una vecchiaia tranquilla e serena. A volte viene a mancare il sostegno dei parenti, oppure le persone non sono più autosufficienti.

In tutti questi casi diventa indispensabile che gli anziani possano usufruire di apposite strutture (i presidi) dove poter continuare la loro vita sostenuti da personale specializzato.

In Piemonte gli anziani con più di 60 anni ricoverati sono quasi 30.000, di cui un terzo non autosufficienti.

In grande maggioranza (25.000) nelle Case di Riposo, gli altri sono suddivisi in residenze protette, residenze assistenziali o in altri presidi.

In totale le strutture che ospitano anziani, nella nostra regione, sono oltre 600; meno di 40 non superano i 10 posti letto.

La struttura prevalente (circa la metà dei casi) è compresa tra gli 11 ed i 40 posti letto, seguita (circa un terzo) da strutture da 41 a 80 letti. Meno di 50 sono rimaste le mega-strutture con oltre 120 posti letto, segno del diffondersi di una dimensione dei presidi che consente di seguire gli anziani in modo più scrupoloso.

Il personale addetto ad occuparsi degli anziani supera le 10.000 unità, sostanzialmente un addetto ogni tre ricoverati.

1.000 sono coloro che si occupano delle funzioni amministrative, 4.000 sono le unità di personale addetto ai servizi generali, poco meno di 5.000 sono gli addetti all'assistenza diretta alla persona e 800 gli infermieri. Meno del 20% del totale riguarda personale religioso.

Ma più in dettaglio: la fascia d'età più ampia è quella tra gli 80 e gli 84 anni (26%) seguita da quella tra gli 85 ed i 90 (23%) e da 75/79 (19%).

Piuttosto numerosi sono anche gli ultranovantenni (13%). Oltre la metà degli anziani sono autosufficienti, circa il 30% non sono autosufficienti e circa il 20% sono parzialmente autosufficienti. Poco più dell'1,5% vengono considerati etilisti, mentre il 6% è seguito dal servizio di salute mentale.

I dati dimostrano come il ricovero in una struttura è spesso l'ultimo atto della vita degli anziani, tant'è vero che su circa 7.000 ricoveri avvenuti in un anno, oltre 1.000 muoiono durante il primo anno di permanenza nel presidio.

Il problema più pressante è rappresentato dalla carenza di strutture idonee a fornire adeguata assistenza agli anziani non autosufficienti.

La Regione, in attuazione di quanto previsto dall'art. 20 della legge 67/88 ha predisposto il piano pluriennale di investimenti attualmente ancora in attesa di finanziamento.

Questo ritardo aggrava la situazione già assai precaria e rischia di rendere inattuabile il piano stesso per effetto degli aumenti dei costi e favorisce lo sviluppo di una rete alternativa privata con scopo di lucro difficile da controllare anche a causa della limitatezza e dell'inadeguatezza della risposta pubblica.

PAGINA BIANCA

## *Regione Puglia*

PAGINA BIANCA



COMMISSARIATO DEL GOVERNO  
NELLA REGIONE PUGLIA

Oggetto: Attuazione normativa regionale settore assistenza anziani.

Nel precisare che a questo Settore è pervenuta -peraltro in data 3 giugno u/s.- solo la nota n. 7754/30303 datata 24/5/1991, si comunica quanto richiesto.

Com'è noto, con la L.R. 31/8/1991, n. 49 questa Regione ha inteso promuovere adeguati interventi per la realizzazione ed il potenziamento dei servizi di assistenza sociale in favore delle persone anziane.

Per la realizzazione di tali finalità, in armonia con il dettato costituzionale, con il D.P.R. n. 616/1977 con la citata legge n. 49/1981, e con la Legge n. 142/1990, è stata attribuita ai Comuni la competenza degli interventi assistenziali, riservando alla Regione quella di programmazione, di coordinamento e di controllo.

A tal fine, con appositi fondi regionali, ai Comuni sono stati erogati i contributi ordinari e straordinari di cui alla L.R. n. 49/81 che stabilisce:

- che i Comuni devono far fronte, secondo specifici ed autonomi interventi, a tutte le incombenze rivenienti dalle competenze di cui sono titolari, ai sensi degli artt. 22, 234 e 25 del D.P.R. n. 616/77 (rette di ricovero, assistenza domiciliare, soggiorni climatici, assistenza economica, ecc.);
- che alla relativa spesa si deve far fronte con il fondo unico che annualmente viene accreditato a ciascun Comune, secondo i criteri previsti dall'art. 23 della citata legge, nell'ambito del 70% del fondo di copertura finanziaria annuale della legge in argomento;
- che la rimanente quota del 30% del fondo di finanziamento della legge è destinata a forme specifiche di intervento che i Comuni intendono realizzare, trasformare o adeguare.

Per tali fini nei seguenti anni, nel bilancio regionale sono state stanziare le sottoindicate somme:

- Anno	1981	£.	10.500.000.000
- " "	1982	£.	10.500.000.000
- " "	1983	£.	10.500.000.000
- " "	1984	£.	13.000.000.000
- " "	1985	£.	22.500.000.000
- " "	1986	£.	28.000.000.000
- " "	1987	£.	31.000.000.000
- " "	1988	£.	<u>29.000.000.000</u>
	Totale	£.	155.000.000.000

Il 70% di tale somma è stata liquidata e pagata in base ai suddetti criteri a tutti i Comuni e la parte residua è stata utilizzata per finanziare interventi straordinari che, a livello regionale, sulla base delle richieste dei Comuni, si è inteso promuovere e realizzare privilegiando i seguenti servizi:

- a) miglioramento delle strutture residenziali, già esistenti;
- b) realizzazione di Centri Aperti Polivalenti per assicurare agli utenti possibilità di vita autonoma e socializzata;
- c) interventi di assistenza abitativa, finalizzati alla manutenzione e al miglioramento delle strutture abitative, anche fornendo in uso-sotto la responsabilità del Comune adeguate suppellettili.

Inoltre, per gli esercizi finanziari relativi agli anni 1989, 1990 e 1991, è stato previsto un fondo unico per tutti gli interventi socio-assistenziali e in particolare per minori, adulti e anziani, in attesa della emanazione della normativa di riordino globale della materia.

I relativi fondi sono stati accorpati in un unico capitolo di bilancio avente ad oggetto "Fondo regionale per le spese socio-assistenziali". Per il suddetto triennio, per tutti i Comuni della Regione, è stata stanziata complessivamente la somma di £. 117.700.000.000.

Solo per l'anno 1990, il 15% del relativo fondo -pari a £. 6.000.000.000- è stato utilizzato per interventi diversi nell'area sociale, in quanto per il settore anziani è in itinere un corposo finanziamento (126 miliardi circa),

ai sensi dell'art. 20 della legge finanziaria 1988 (n. 67/1988) di cui alla deliberazione di Consiglio regionale n. 1122 del 16/2/90.

Considerata la complessità della problematica in materia, questa Regione ha disposto frequenti e mirate ricerche allo scopo di approfondire i vari aspetti assistenziali, sulla base di indagini effettuate tramite i Comuni del territorio della Regione, con frequenti questionari in riferimento a diverse aree di ricerca e con particolare riguardo alla categoria degli anziani.

Da tali indagini sono emersi numerosi bisogni assistenziali che si possono sintetizzare in:

- potenziamento dell'assistenza domiciliare ed economica;
- istituzione dei Centri Aperti Polivalenti;
- ospitalità diverse in strutture residenziali.

Alla domanda dei succitati servizi si è cercato di dare una risposta concreta, ma purtroppo non sempre possibile per la scarsità dei fondi all'uopo necessari.

Si è dovuto, pertanto, operare una scelta prioritaria privilegiando quei bisogni maggiormente avvertiti dagli anziani di questa Regione (Assistenza domiciliare, ist. Centri Aperti Polivalenti e ristrutturazione Case di Riposo).

Da parte di questo Assessorato, inoltre, si sta procedendo alla riclassificazione delle strutture residenziali già esistenti prima dell'entrata in vigore della L.R. n. 49/81 e, al fine di migliorarne il livello qualitativo, con apposita normativa, sono stati stabiliti dei criteri minimi di funzionalità.

Alla data odierna ne sono state riclassificate n. 29 ed autorizzate al funzionamento n. 25 di cui n. 12 Case di Riposo, n. 11 Case Protette, n. 1 Casa Albergo, n. 1 Comunità Alloggio.

Per le istituende strutture, la materia è stata disciplinata con il Regolamento Regionale del 9/5/1983 n. 1 avente per oggetto "Standards strutturali organizzativi dei servizi istituiti con la L.R. 31/8/81, n. 49".

Con deliberazione di G.R. si è istituito, altresì, l'Albo regionale delle strutture operanti nella materia di cui alla L.R. n. 49/1981.

Nel contempo, per richiamare l'attenzione su alcuni aspetti della tematica in oggetto, sono stati emanati dei bandi di concorso per l'assegnazione di borse di studio

a livello di scuola dell'obbligo, superiore e universitario.

Si è curata, infine, la pubblicazione di diversi manifesti e dell'opuscolo "Conosci l'anziano?" diretto prevalentemente agli alunni della scuola dell'obbligo, al fine di offrire loro occasione di riflessione sull'argomento e un utile strumento di lavoro per gli insegnanti.

Naturalmente la tematica in questione è stata trattata anche in numerosi convegni regionali.

Con molteplici lettere, i Comuni di questa Regione sono stati opportunamente sollecitati per la realizzazione di tutti i servizi previsti dalla normativa regionale per anziani ed in particolare si è ribadito che interesse primario deve essere quello di realizzare servizi aperti (Centro Aperto Polivalente, Assistenza domiciliare), rammentando, altresì, che un efficiente servizio reso sul territorio evita la istituzionalizzazione dell'anziano, con notevoli vantaggi per i bilanci comunali.

Questa Regione amministra 2 Case di Riposo, rivenienti dallo scioglimento dell'O.N.P.I. e cura -tramite delega affidata all'Amministrazione Prov.le di Bari- il mantenimento della Casa di Riposo per Profughi di Bari.

Come conseguenza della richiamata legislazione regionale, sembra chiaro che questa Regione è protesa verso una politica che assicuri agli anziani:

- la possibilità di avere a disposizione le strutture assistenziali più idonee e il meno possibile segreganti;
- uno spazio attivo nella società, consentendo di esplicitare le loro potenzialità culturali, sociali ed economiche;
- mantenimento in vita delle capacità funzionali dell'anziano, sia in senso medico con interventi di riabilitazione, sia in senso sociale, cercando di recuperare e far vivere l'anziano nel proprio ambiente sociale (assistenza domiciliare);
- l'attuazione di una evoluta politica per gli anziani, proiettata nel futuro, che rappresenti non soltanto una doverosa presa di coscienza della collettività nei confronti di una fascia della popolazione particolarmente bisognosa, ma anche un vero e proprio investimento sociale che, a lungo termine, è destinato a rivelarsi più economico, efficace e razionale.

## *Regione Toscana*

PAGINA BIANCA

## REGIONE TOSCANA

La Regione Toscana ha approvato il primo Progetto obiettivo sulla salute degli anziani con il primo Piano Sanitario Regionale e Piano Regionale dei servizi sociali con L.R. 16.12.1984, n. 70 - Alleg. h).

Obiettivi specifici sono:

- il mantenimento e il reinserimento di anziani in condizione di disagio sociale e di rischio di non autosufficienza nel proprio ambiente di vita;
- lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata;
- la riqualificazione di presidi esistenti e realizzazione, per uno sviluppo e riequilibrio sul territorio regionale, di nuove strutture;
- la realizzazione di centri diurni autonomi o aggregati alle strutture residenziali.

Per realizzare ciò è stata adottata l'impostazione organizzativa, che trae origine dai consorzi socio-sanitari, che affidava ai Comuni associati e pertanto alle UU.SS.LL. la gestione dei servizi.

I programmi regionali, basati su progetti di USL, hanno riguardato tanto il potenziamento che l'avvio promozionale dei servizi.

La nuova legge di Piano Regionale n. 61 del 30.4.1990 sarà seguita a breve scadenza dall'approvazione del nuovo Progetto obiettivo.

Sono stati aggiornati frattanto i parametri di qualità e quantità riferiti alle strutture ed al relativo personale.

Partendo dalla L.R. 16.4.1980, n. 28, che introduce la tipologia di strutture, come i centri residenziali per anziani e le residenze sociali protette per anziani non autosufficienti, e standards dimensionali (rispettivamente 60 e 80 posti residenziali, poi rivisitati con una indicazione programmatica del Consiglio Regionale del 15.3.1988 in 60 posti) e di personale di assistenza alla persona e di assistenza infermieristica; passando attraverso successivi atti di indirizzo sulla programmazione e provvedimenti di attuazione si è pervenuti alla definizione

di residenze per le quali in Toscana non è stato difficile trovarsi in linea con il dettato del DPCM 22.12.89 che disciplina gli standards dimensionali delle R.S.A..

L'orientamento consolidato è ormai quello di ricondurre o realizzare i presidi nei limiti dei 40-60 posti residenziali, prevedendo deroghe fino a 120 posti soltanto per le strutture preesistenti situate in località a particolare densità demografica.

Il modello strutturale è concepito già in tempi che anticipano l'analogia indicazione del DPCM 22.12.1989, sul modulo funzionale fino ai 20 posti secondo un concetto abitativo che prevede camere e spazi di vita di relazione.

Sono stati introdotti in tutte le USL regolamenti per la valutazione dei requisiti di idoneità delle strutture pubbliche e private sulla scorta di indicazioni tipo della Regione (Risoluzione del Consiglio Regionale 30.9.86).

Fondamentale ai fini della riqualificazione dei servizi e per la estensione della rete sul territorio entro obiettivi di programma risulta al momento la realizzazione dei progetti basati sulle risorse assicurate con l'art. 20 della legge finanziaria 67/88.

La Regione Toscana ha già predisposto con deliberazione del C.R. 229/90 il proprio programma articolato per progetti ed attende risposte positive per la realizzazione nell'arco del primo triennio del piano pluriennale di 93 strutture, di cui 70 di nuova costruzione, con contestuali progetti per 44 centri diurni. Spesso si tratta di strutture in un contesto di servizi integrati.

L'obiettivo è la realizzazione di 4199 posti residenziali che si andrebbero ad aggiungere ai circa 2000 posti adeguati di cui già si dispone nel settore pubblico.

Nei confronti dei rapporti con i terzi la qualità dei servizi è controllata attraverso strumenti dell'autorizzazione, della verifica del funzionamento svolta da apposite commissioni di USL stabilite con provvedimenti regionali e applicazione di criteri per la valutazione della condizione di non autosufficienza della persona e definizione di progetto individualizzato per l'ammissione ai servizi residenziali, domiciliari e diurni.

Gli standards di personale fissati per le residenze prevedono:

- n. 5 addetti all'assistenza alla persona ogni 10 residenti; 1 infermiere professionale ogni 8 residenti; 1 terapeuta della riabilitazione ogni 10.



servizi generali e proiezioni di prestazioni specialistiche dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali del distretto e zonali.

L'assistenza domiciliare integrata si avvale di operatori organizzati nelle Unità Operative dei competenti servizi sanitari e dell'assistenza sociale.

I parametri complessivi per i servizi del territorio comprendono:

- un addetto all'assistenza alla persona ogni 2000 abitanti sulla spesa sociale e 1 ogni 2000 per quella sanitaria;
- 1 infermiere professionale ogni 1500 abitanti;
- 1 terapeuta della riabilitazione ogni 10.000 abitanti.

Le prestazioni di medicina generale, oltre quanto previsto dagli accordi nazionali sulla medicina generale convenzionata, contemplano forme integrative disciplinate dal DPR 314/90 e recepite dalla Regione Toscana nell'ambito dell'assistenza sanitaria programmata a favore di persone non ambulabili.

Le prestazioni fornite da strutture private sono regolate dalla L.R. 27.3.1980, n. 20 e sono sostenute da una quota capitaria giornaliera a carico del bilancio di parte sanitaria, determinata sulla base di criteri programmatici di prestazioni e di spesa. Con detta spesa è stato possibile intervenire nei confronti di circa 4.600 cittadini anziani nell'arco di un anno.

Allo scopo di promuovere lo sviluppo degli interventi di assistenza domiciliare la Regione ha destinato risorse specifiche per favorire l'incremento della quantità di operatori da adibire all'attività.

La spesa sociale regionale ha sostenuto nel periodo 87-90 un incremento di servizio per un importo di 7.500 milioni equivalente a circa 7.424 ore settimanali di assistenza alla persona, che può soddisfare bisogni di circa 1.060 anziani su una media di 1 ora giornaliera e di circa 530 su una media di due ore giornaliere.

Rispetto a questo dato va tenuto presente che a tutto il 1988 nelle 40 U.S.L. della Toscana sono state effettuate 173.400 prestazioni di aiuto domestico alle quali sono stati interessati 3839 utenti ultr.65. Gli utenti anziani in assistenza domiciliare sono risultati nello stesso periodo circa 14.174. Ciò significa una situazione consolidata di interventi.

La spesa sanitaria ha sostenuto incrementi di personale per l'assistenza domiciliare integrata della seguente consistenza a partire dall'anno 1984; n. 310 ausiliari; n. 571 infermieri e 200 terapisti.

Certamente la carenza di risorse può fermare a livelli sperimentali i programmi istitutivi di servizi domiciliari.

Per quanto riguarda il campo dei servizi residenziali, evidenziato come la Regione abbia favorito la realizzazione o riconversione di n. 22 strutture protette nel periodo 84-90 per 646 posti e n. 19 centri diurni, mentre altre 36 sono in fase di attivazione, investendo altresì L. 4.309 milioni per arredamenti; occorre al tempo stesso manifestare la preoccupazione che la mancata realizzazione del finanziamento sull'art. 20 L. 67/88 possa determinare l'arresto del processo di riqualificazione e sviluppo dei nuovi servizi.

Nei comuni si registra una sempre maggiore presa di coscienza delle problematiche sulla popolazione anziana.

La tendenza è quella di realizzare in proprio e con il concorso di fondi del sociale una residenza sociale assistita di dimensioni entro i 20 posti residenziali per autosufficienti a bacino di utenza distrettuale.

Per i bisogni degli anziani non autosufficienti, che non possono essere soddisfatti a domicilio, prevedono invece di avvalersi di residenze sanitarie assistenziali, quali presidi zonali, della carenza di 40/60 posti salvo le zone con strutture preesistenti a grande dimensione riorganizzate entro i 120 posti residenziali.

Riguardo alla rete dei servizi domiciliari e diurni i comuni sono propensi ad aderire a programmi regionali per far partire o potenziare o riconvertire servizi esistenti. Si tratta di partecipare con la messa in campo di risorse che subentrano ad una fase triennale di finanziamento promozionale della regione.

Spesso le risorse servono a stabilire il presupposto per la realizzazione di progetti integrati socio-sanitari (incontro di risorse del versante sociale e sanitario).

I Comuni che hanno aderito a questa impostazione sono circa:

- 109 per i programmi di assistenza domiciliare e centri diurni
- 144 per i programmi di assistenza residenziale.

Le UU.SS.LL. di appartenenza hanno svolto il ruolo di coordinamento della programmazione per area. Vi sono state impegnate nel corso del periodo 1987-1990 n. 25 UU.SS.LL. nel campo dell'assistenza domiciliare e nei centri diurni e quasi la totalità nel campo dell'assistenza residenziale.

PAGINA BIANCA

*Regione Umbria*

PAGINA BIANCA

OGGETTO: Normativa regionale sullo stato della assistenza agli anziani - Relazione del Governo al Parlamento.

Al Sig. Commissario di Governo  
nella Regione Umbria

PERUGIA

Si fa riferimento alla nota n.62/Gab del 14/3/1991, pervenuto il 19/3/1991.

Di seguito si trasmettono i dati richiesti in possesso di questo Ufficio per il settore Anziani.

- Strutture residenziali n.54 di cui:
  - . Pubbliche (Comuni + ULSS) n. 11
  - . IPAB n. 15
  - . Private n. 28
    - a) religiose n. 15
    - b) per lucro n. 10
    - c) sociale n. 3
  - . Recettività
 

Totale	n. 2.315	
diurna	n. 131	
  - . Assistiti n. 1.860 di cui
 

Autosufficienti	n. 629	
Parzialmente autosufficienti	n. 492	
Non autosufficienti	n. 739	
  - . Rette: Variano da £.450.000= a £.3.300.000=
- Università della Terza Età n. 10; iscritti n. 3.512
- Centri Sociali n. 31: " n. 10.652
- Soggiorni estivi n. 65; partecipanti n. 8.198
- Agevolazione trasporti pubblici
 

Comuni n. 2 - ULSS	n. 2; beneficiari	n. 11.520
(dato 1986)		





## RELAZIONE

Per il Sig. Commissario del Governo per la Regione dell'Umbria circa i problemi degli anziani.

Va, innanzitutto, rilevato le leggi regionali innovative come le LL. RR. 55/79 - 29/82 - 11/85 - 9/90 hanno consentito l'istituzione di nuovi tipi di servizi al cittadino, basati sull'intervento diretto. I servizi per gli anziani, oggi disponibili, tuttavia, sono ancora lontani dalle effettive esigenze soprattutto, riguardo alcune tipologie dei bisogni della popolazione anziana.

I problemi emergenti sono:

- taluni ritardi nella realizzazione sul territorio delle materie contenute nella programmazione regionale;
- insufficiente attenzione da parte di diverse istituzioni locali ai problemi socio-assistenziali degli anziani-
- degrado di molte strutture residenziali;
- insufficienza quali-quantitativa del personale addetto ai servizi;
- notevole inadeguatezza dei flussi finanziari;
- ritardi nelle procedure.

In prospettiva sono previste:

- l'istituzione da parte della Regione di un Osservatorio sociale, che comprende, tra le altre persone a rischio, le persone anziane che segna l'evolversi dell'aspetto abitativo del piano socio-sanitario regionale 1989/91;
- incrementare le attività di prevenzione con le istituzioni di nuovi centri di tempo libero aperti a tutta la popolazione (centri sociali, Università della Terza Età, Centri diurni);
- promuovere una maggiore integrazione socio-sanitaria dei servizi con interventi regionali e locali di umanizzazione;
- migliorare la formazione del personale con corsi e rimeriti di studio;
- adeguare la destinazione dei flussi finanziari per i servizi per anziani;
- razionalizzare l'utilizzo dei patrimoni delle istituzioni e delle strutture pubbliche che gestiranno servizi per anziani, finanziandole al loro miglioramento anche mediante l'adeguazione dei beni;

- dare concretezza alla consulta regionale per la terza età stabilendo maggiori mezzi e metodi più adeguati.
- favorire al massimo, nel rispetto delle libere scelte individuali l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione a domicilio, interventi di sostegno alle famiglie dei non autosufficienti anche di carattere economico adeguandoli ad un minimo vitale prefissato;
- pervenire alla emanazione di una legge regionale di sostegno delle Università della Terza Età e dei Centri Sociali.

## *Regione Veneto*

PAGINA BIANCA

## REGIONE del VENETO

IL CAMBIAMENTO PRODOTTO NEL PERIODO 1985/1990  
NEL CAMPO DEI SERVIZI SOCIALI PER GLI ANZIANI

La Regione, attraverso significativi provvedimenti, ha sviluppato la propria funzione di Ente di programmazione, di indirizzo e di controllo, esaltando il ruolo degli Enti (Comuni e UU.LL.SS.SS.) e delle Istituzioni pubbliche e private, nonché del volontariato organizzato, che sono stati coinvolti nelle scelte di politica sociale a favore degli anziani.

Due sono le direttrici fondamentali che la Regione ha percorso con riguardo alle problematiche delle persone anziane:

- 1) il potenziamento dei servizi domiciliari, al fine di mantenere la persona anziani il più possibile nel proprio ambiente familiare e sociale;
- 2) la riqualificazione dei servizi assistenziali offerti agli ospiti delle strutture residenziali.

Con riferimento alla prima direttrice, va colto lo sforzo notevole, dal punto di vista sia finanziario che della qualità dei servizi, sostenuto dalla Regione, dai Comuni e dalle UU.LL.SS.SS., al fine di realizzare nel Veneto una articolata rete di servizi domiciliari. Ciò è evidenziato nell'allegato prospetto, dal quale traspare che, nell'arco di cinque anni, si è passati da 5 a 16 UU.LL.SS.SS. e da 130 a 341 Comuni, che hanno avviato nel territorio il servizio domiciliare, con un contributo finanziario della Regione che nel quinquennio è stata di L. 82.114.420.070.

L'obiettivo di aiutare la persona anziana a superare le proprie difficoltà, rimanendo più a lungo possibile nel proprio ambiente familiare e sociale, è stato altresì perseguito dalla Regione con l'attivazione in tutto il territorio regionale del servizio di telesoccorso-telecontrollo; che, usando moderne tecnologie, consente a circa 7500 anziani, che vivono soli o in situazioni a rischio, di essere seguiti nell'arco dell'intera

giornata, con possibilità di chiedere e ottenere pronto intervento, quanto se ne presenti la necessità.

Con riferimento alla secondo direttrice, va sottolineata la profonda trasformazione che si è realizzata e si sta perfezionando, nelle case per anziani del Veneto, sia sotto il profilo strutturale che sotto il profilo della qualità dei servizi offerti.

Ciò è dovuto ad una accresciuta sensibilità sui problemi che riguardano gli ospiti delle case per anziani e ai numerosi provvedimenti regionali che hanno profondamente inciso nell'organizzazione delle strutture residenziali per anziani.

Significativi al riguardo sono gli standard regionali che, a partire dal 1985, regolano sia la costruzione e la ristrutturazione delle case per anziani (fissando le caratteristiche tipologiche e strutturali degli edifici) sia le modalità della loro gestione (prevedendo determinate figure professionali in rapporto al numero e alla condizione di non autosufficienza degli ospiti).

La Regione inoltre ha favorito l'applicazione dei suddetti standard attraverso l'erogazione di contributi in conto capitale e/c in conto mutui agevolati, che hanno consentito di realizzare le necessarie opere di adeguamento agli standard stessi. L'intervento finanziario della Regione nel quinquennio considerato è stato di L. 87.598.195.000=. A ciò va aggiunto il recente piano finanziario approvato della Regione, che ha ripartito nel periodo 1989/1998 un fondo complessivo di L. 510 miliardi, messo a disposizione dallo Stato per realizzare servizi a favore delle persone anziane.

Di grande rilievo è altresì l'impegno della Regione a migliorare i servizi residenziali, anche sotto il profilo della qualificazione professionale degli operatori, prevedendo corsi di aggiornamento e di riqualificazione professionale per chi già opera nei servizi e corsi di formazione professionale, della

durata di due o tre anni, per quanti intendono accedere ai servizi.

Ciò è stato fatto nella considerazione che è fondamentale un corretto rapporto tra operatori sociali e ospiti, la cui dignità umana va in ogni casa salvaguardata, anche in condizioni di non autosufficienza.

A migliorare la qualità dei servizi nelle case per anziani ha concorso poi la scelta della Regione per farsi carico delle spese sanitarie e di rilievo sanitario sostenute nell'assistenza agli ospiti non autosufficienti. Ciò ha consentito di ripartire a favore di detti ospiti non autosufficienti un fondo regionale complessivo per il quinquennio 1985/1989 di L. 623.408.388.229=.

L'allegata tabella riporta le quote erogate dalla Regione nel quinquennio di riferimento.

Una innovazione significativa, introdotta recentemente dalla Regione con il Piano Socio-Assistenziale per il triennio 1989/1991, è costituita dal riconoscimento che anche agli anziani non autosufficienti che vengono assistiti sul loro domicilio va assegnata una quota giornaliera di rimborso spese sanitarie e di rilievo sanitario, in analogia a quanto già avviene per gli ospiti non autosufficienti degli istituti per anziani. In tal modo sarà possibile dare un concreto aiuto anche finanziario alle famiglie che, con grande abnegazione e sacrificio, assistono a casa i loro cari non autosufficienti.

NATURA GIURIDICA ENTI E ISTITUTI RESIDENZIALI PER ANZIANI.NON AUTOSUFFICIENTI CHE GODONO DEL CONTRIBUTO REGIONALE PRO DIE E PRO CAPITE

I.P.A.B.	106
ENTI LOCALI	35
ENTI RELIGIOSI	38
ASSOCIAZIONE ART.12 C.C.	12
ASSOCIAZIONE ART.36 C.C.	5
COMUNITA' MONTANA	1
ENTE ECCLESIASTICO	6
S.N.C.	1
	—
Totale	204
	==



S T R U T T U R E P E R A N Z I A N I

<u>TIPO STRUTTURA</u>	<u>O S P I T I</u>		
	<u>N°</u>	<u>Autos.</u>	<u>Non Aut.</u>
Case per anziani non autosuff. e miste	204	7.903	13.260
Case per anziani autosuffic.	98	2.250	-----
	302	10.161	13.260

S E R V I Z I D O M I C I L I A R I

<u>SOGGETTI ATTUATORI</u>	
<u>N° Comuni</u>	<u>N° Ulss</u>
303	13
<u>Tipologia Servizio</u>	
ASSISTENZA DOMICILIARE	

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

1984	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	3.473	40	14.500	50.358.500	18.388.052.500
B	3.257	37	11.200	36.478.400	13.316.616.000
C	637	7	9.000	5.733.000	2.092.543.000
D	1.334	15	7.200	9.604.800	3.505.752.000
TOT	8.701	100		102.174.700	37.293.765.500
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1984				(101)	35.845.773.000
1985	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	5.123	58	16.500	74.283.500	27.113.477.500
B	2.214	25	11.200	24.796.800	9.050.832.000
C	528	6	9.000	4.752.000	1.734.480.000
D	986	11	7.200	7.099.200	2.591.208.000
TOT	8.851	100		110.931.500	40.489.997.500
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1985				(IRE VE LIT. 26.436)	38.717.120.485
1986	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	7.251	73	15.500	141.394.500	51.608.992.500
B	1.215	12	15.600	18.954.000	6.918.210.000
C	1.163	12	11.700	13.607.100	4.966.591.500
D	244	2	8.150	1.988.600	725.839.000
TOT	9.873	100		175.944.200	64.219.633.000
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1986				(I.R.E. VE LIT. 31.500)	61.827.839.994
1987	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	8.615	83	20.300	174.864.500	63.832.842.500
B	1.161	11	10.250	18.066.250	6.866.181.250
C	415	4	12.200	5.063.000	1.847.995.000
D	199	2	8.500	1.691.500	617.397.500
TOT	10.390	100		200.505.250	73.184.416.250
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1987				(IRE VE LIT. 32.500)	76.526.000.000

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

22/03/91		14:03		REG. VENETO SEG. GENERALE	
1988	NON AUTO	%	QUOTA	TOTALE	TOTALE ANNO
CLASSE			PRO-CAP.		
A	9.867	89	24.300	238.310.100	86.983.186.500
B	819	7	19.200	15.724.800	5.739.552.000
C	360	3	14.400	5.184.000	1.892.160.000
D	35	0	10.000	350.000	127.750.000
TOT	11.021	100		259.568.900	94.742.648.500
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1988 (I.R.E. VE Lit. 39.300)					94.185.301.717
1989	NON AUTO	%	QUOTA	TOTALE	TOTALE ANNO
CLASSE			PRO-CAP.		
A	10.627	87	31.500	328.450.500	119.884.432.500
B	860	7	24.900	21.414.000	7.816.110.000
C	600	5	18.700	11.220.000	4.095.300.000
D	79	1	11.700	924.300	337.369.500
TOT	11.966	100		362.008.800	132.133.212.000
(I.R.E. VE LIT. 50.000)					
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1989 (GRIS LIT. 55.000)					136.995.994.775
1990	NON AUTO	%	QUOTA	TOTALE	TOTALE ANNO
CLASSE			PRO-CAP.		
A	11.738	89	42.000	492.996.000	179.943.540.000
B	839	6	33.200	27.854.800	10.167.002.000
C	601	5	24.950	14.994.950	5.473.156.750
D	62	0	15.600	967.200	353.028.000
TOT	13.240	100		536.812.950	195.936.726.750
(I.R.E. VE LIT. 60.500)					
IMPORTO PRESUNTO ANNO 1990 (GRIS LIT. 65.500)					

INTERVENTI REGIONALI PER IL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Anno 1980: a favore di n°	31 UU.LL.SS.SS.		915.000.000=
Anno 1981: a favore di n°	31 UU.LL.SS.SS.		1.414.960.000=
Anno 1982: a favore di n°	35 UU.LL.SS.SS.		2.415.000.000=
Anno 1983: a favore di n°	5 UU.LL.SS.SS.	819.223.000	
	n° 175 Comuni	<u>3.025.735.000</u>	
	per un totale di		3.844.958.000=
Anno 1984: a favore di n°	6 UU.LL.SS.SS.	1.394.500.000	
	n° 128 Comuni	<u>3.610.640.000</u>	
	per un totale di		5.005.140.000=
Anno 1985: a favore di n°	5 UU.LL.SS.SS.	1.130.500.000	
	n° 130 Comuni	<u>4.350.300.000</u>	
	per un totale di		5.480.800.000=
Anno 1986: a favore di n°	11 UU.LL.SS.SS.	2.270.869.000	
	n° 208 Comuni	<u>9.307.828.000</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		11.578.697.000=
Anno 1987: a favore di n°	14 UU.LL.SS.SS.	3.364.890.000	
	n° 291 Comuni	<u>12.443.230.000</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		15.808.120.000=
Anno 1988: a favore di n°	14 UU.LL.SS.SS.	3.110.990.500	
	n° 295 Comuni	<u>11.548.726.570</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		14.659.717.070=
Anno 1989: a favore di n°	13 UU.LL.SS.SS.	2.074.410.000	
	n° 305 Comuni	<u>7.920.289.000</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		9.994.699.000=
Anno 1990: a favore di n°	16 UU.LL.SS.SS.	2.837.191.000	
	n° 341 Comuni	<u>8.160.138.000</u>	
	per un totale di		10.997.329.000=
Comlessivamente nel periodo 1980/1990			<u>82.114.420.070=</u>

REGIONE del VENETO  
giunta regionale

Ad integrazione della nota illustrativa dei servizi sociali per le persone anziane nel Veneto, già trasmessa in data 22 marzo u.s. in esito alla richiesta della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si evidenziano alcuni problemi di particolare e attuale rilevanza nella realtà veneta.

1) Attuazione dell'art. 20, lett. F) della Legge n. 67/1988:

Costituisce motivo di grande preoccupazione l'emanazione di decreti e di circolari ministeriali, che hanno connotato le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) in maniera difforme dal disposto dell'art. 20 della legge n. 67/88, imponendo vincoli e procedure particolari non contemplati dalla legge stessa.

Con ciò, oltre a determinare un pesante accentramento burocratico, con gli inevitabili rallentamenti procedurali, viene disattesa e sconfessata l'autonomia e le responsabilità programmatica della Regione.

Va fatto presente al riguardo che la Regione del Veneto da molti anni sta attuando una significativa e articolata programmazione di servizi soci-sanitari per anziani non autosufficienti e disabili, anticipando nei fatti le scelte effettuate con l'art. 20 della citata legge n. 67/88. Detti servizi, in particolare quelli residenziali per i non autosufficienti, rispondono ai requisiti tipologici ed organizzativi previsti dai decreti governativi sulle R.S.A. ed inoltre sono caratterizzati dalla integrazione fra interventi propriamente assistenziali ed interventi sanitari, mediante apposite convenzioni con le UU.LL.SS.SS., che garantiscono assistenza medica, riabilitativa, farmaceutica e la fornitura di presidi sanitari.

Il problema pertanto per la Regione del Veneto è di valorizzare, di migliorare qualitativamente il patrimonio di servizi residenziali esistenti nel territorio, indipendentemente dalla loro titolarità (ULSS, Comune, Istituzione pubblica di assistenza

e beneficenza), recuperando a tal fine la disponibilità dei fondi assegnati in base al citato art. 20.

La Regione del Veneto riconosce che sull'utilizzazione dei fondi statali ad essa assegnati per gli interventi in questione, debbano essere attivati rigidi strumenti di controllo e di verifica; nel contempo peraltro rivendica la propria autonomia e la propria capacità di decisione sui singoli interventi, quale riflesso del patrimonio di cultura e di servizi socio-sanitari che la caratterizzano.

## 2) Qualificazione professionale degli operatori sociali:

La Regione del Veneto fin dal 1986 ha riconosciuto la necessità di qualificare le professionalità sociali per cambiare le modalità di risposta dei servizi e delle Istituzioni ai bisogni degli utenti ed in particolare delle persone anziane.

Sono nate quindi le figure dell'operatore addetto all'assistenza e dell'educatore professionale-animatore.

L'Addetto all'assistenza è un operatore di base, figura specifica per prestazioni di carattere assistenziale e tutelare ma la cui operatività è connotata da un costante rapporto interpersonale che gli fa assumere un ruolo di "promotore di relazionalità", e quindi di qualità dei servizi nei confronti dell'utente.

La Regione ha previsto e programmato per questa figura un percorso formativo biennale dopo la scuola dell'obbligo, di 800 ore l'anno, di cui 400 ore di teoria e 400 ore di tirocinio pratico.

I contenuti formativi sono caratterizzati da polifunzionalità e sono finalizzati, nel primo anno, a sviluppare conoscenze, abilità e atteggiamenti richiesti per l'esecuzione di qualsiasi compito assistenziale e, nel secondo anno, a sviluppare il

possesso di conoscenze relative a specifiche aree di intervento (handicap, anziani, ecc.).

Dal 1980 a tutt'oggi sono stati organizzati 113 corsi per addetti all'assistenza, che porteranno a fine 1992 una disponibilità di mercato di circa 2500 diplomati.

Il Piano Sociale regionale 1989/91 approvato con LR 22/89 ha inoltre affermato con forza la necessità di questa specifica formazione disponendo che tutte le nuove assunzioni di addetti all'assistenza devono essere subordinate al possesso del titolo professionale previsto.

Inoltre lo stesso Piano prescrive che coloro che già operano con funzioni di addetto all'assistenza, senza una specifica qualificazione presso strutture o servizi socio-assistenziali, siano tenuti a compiere un percorso di aggiornamento di 150 ore.

Si fa presente che a fronte di questo notevole impegno formativo, il Ministero della Sanità ha emanato un Decreto che prevede la formazione nel settore sanitario di figura similari (tecnico addetto all'assistenza), ma con mansioni e professionalità prettamente esecutive e un percorso formativo semestrale pur garantendo uno stesso livello retributivo.

Ciò rischia di vanificare il processo di qualificazione posto in essere dalla Regione per garantire la necessaria professionalità degli operatori sociali.

L'Educatore professionale-animatore è l'altra figura forte del sociale, che si distingue per le caratteristiche di progettualità, intenzionalità e continuità delle sue prestazioni.

Elementi fondamentali della formazione sono le capacità di organizzare e verificare attività educative extrascolastiche, utilizzando anche specifiche tecniche di animazione.

Dal 1986 sono stati attivati 56 corsi triennali (dopo la scuola media superiore) che porteranno a fine 1993 una disponibilità sul mercato di circa 1300 operatori.

Ciò va letto con particolare riferimento a quanto previsto nel Piano Sociale regionale 89/91, che prescrive nuovi standards professionali per le strutture tutelari in cui va garantita la presenza di questo operatore.

PAGINA BIANCA



*Regione Friuli Venezia-Giulia*

PAGINA BIANCA

**DOCUMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI ATTUATI PER GLI ANZIANI  
NELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

La problematica legata all'invecchiamento della popolazione è seguita con il massimo interesse dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia. Questo perché la percentuale di anziani sul totale della popolazione regionale è significativa, come si può verificare dall'allegato 1, è in costante crescita e già raggiunge livelli preoccupanti in particolari zone del territorio regionale.

La legge regionale 19 maggio 1988, n. 33, "Piano socio-assistenziale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia" con lo specifico allegato 2, che si riferisce alla popolazione anziana, delinea le linee programmatiche per gli interventi nel settore.

Due successivi progetti obiettivo, "Strutture residenziali per anziani" e "Servizio sociale di base", pubblicati sul BUR n. 127/1989, sviluppano ulteriormente l'argomento, mentre il Regolamento pubblicato sul BUR n. 598/1990 detta norme di esecuzione per le strutture di accoglimento residenziale.

Già la legge regionale 3 giugno 1981, n. 35 "Promozione e riordino di servizi e interventi in materia socio-assistenziale" e la legge regionale 14 dicembre 1987, n. 44 "Interventi per favorire la realizzazione e la riqualificazione di strutture socio-assistenziali", avevano posto le basi per un riordino degli interventi nel settore, rispettivamente con previsioni normative per l'erogazione dei servizi e con norme specifiche e finanziamenti per la costruzione e l'ammodernamento di strutture di accoglienza.

I dati più significativi che riguardano due servizi tra loro complementari per la popolazione anziana, il servizio di assistenza domiciliare e l'integrazione delle spese per le rette di accoglienza, vengono riportati nell'allegato 2.

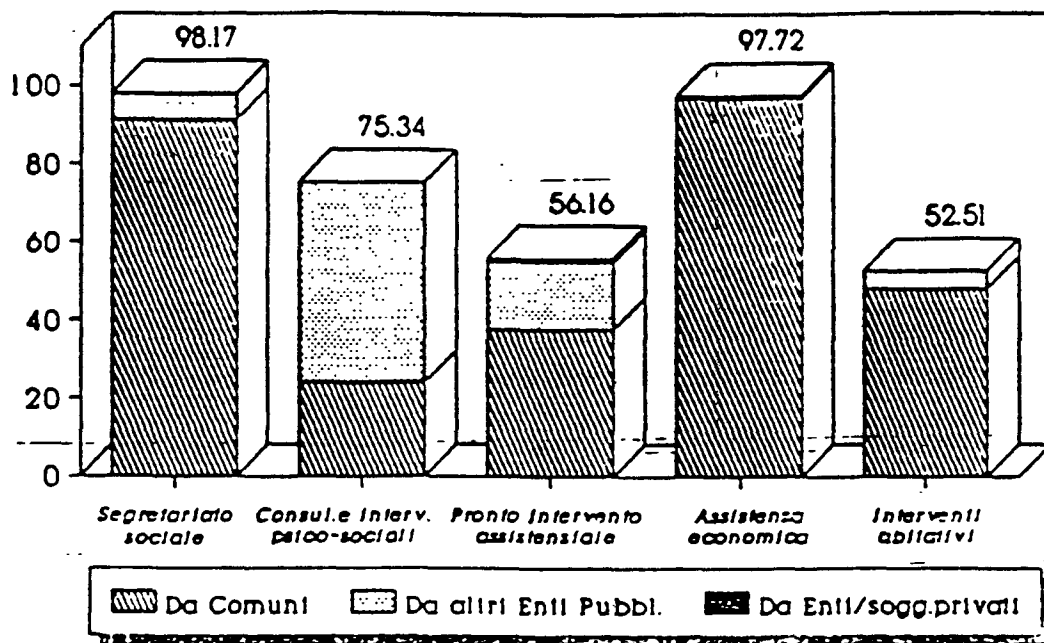
A completamento della presente documentazione, con l'allegato 4, si evidenzia il trend previsto dal Piano regionale di sviluppo e dal Bilancio 1991 di questa Regione per gli interventi nel settore, a breve e medio termine.

REGIONE VENEZIA-GIULIA  
SITUAZIONE DEMOGRAFICA AL 31/12/1989  
(con rapporto percentuale anziani)

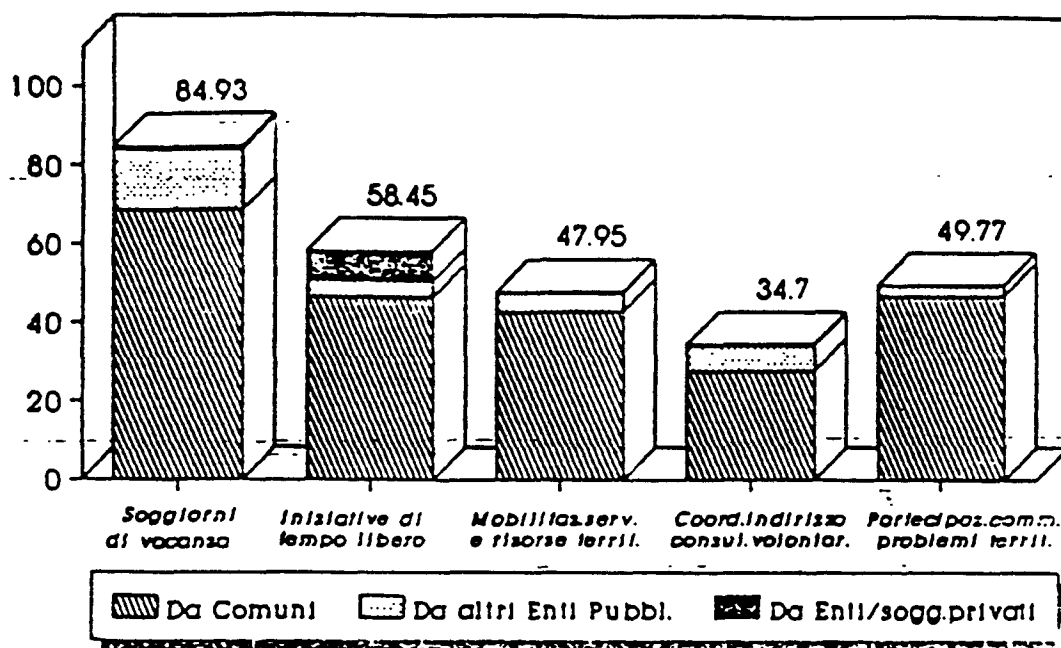
	POP	MIN65	OLT65	%ANZIANI
	-----	-----	-----	-----
	Popolazione		Popolazione	Percentuale
	totale		anziana	pop.anziana
Totale Prov.Udine	527.363	431.668	95.708	18
	=====	=====	=====	=====
Totale Prov.Gorizia	138.873	111.244	27.631	20
	=====	=====	=====	=====
Totale Prov.Trieste	273.818	207.494	66.337	24
	=====	=====	=====	=====
Totale Prov.Pordenone	276.795	229.579	47.226	17
	=====	=====	=====	=====
Totale generale	1.216.849	979.985	236.902	19

- 1) RILEVAZIONE SERVIZI ANNO 1988: quantificazione degli interventi sul territorio regionale (Assistenza agli anziani nei servizi di assistenza domiciliare)
  
- 2) COSTI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE NELL'ANNO 1989

**DIFFUSIONE TERRITORIALE DI ALCUNE  
ATTIVITA' DI ASSISTENZA SOCIALE  
(% COMUNI) - REGIONE - 1988**



**DIFFUSIONE TERRITORIALE DI ALCUNE  
ATTIVITA' DI ASSISTENZA SOCIALE  
(% COMUNI) — REGIONE — 1988**

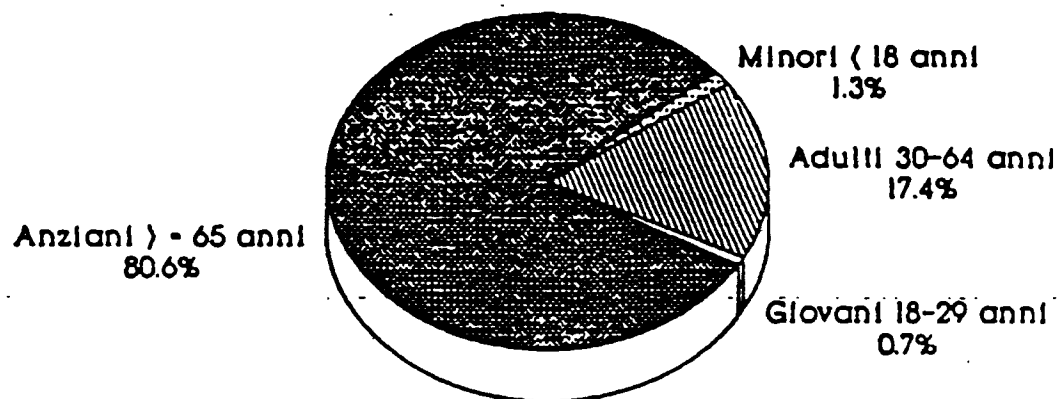


## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

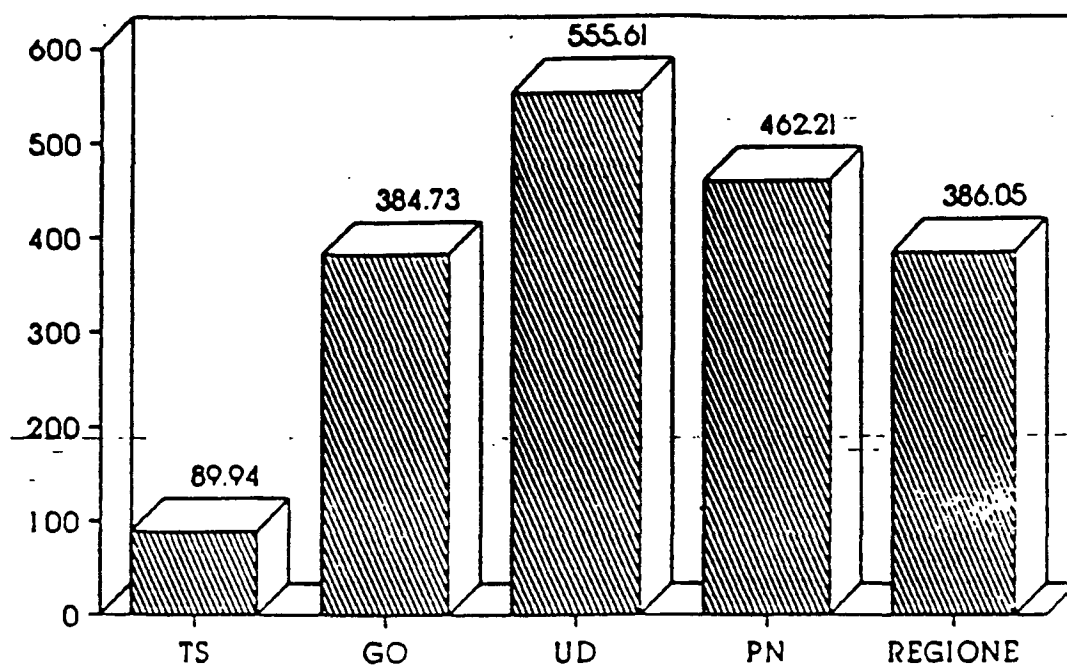
ASSISTENZA DOMICILIARE DOMESTICA ED INFERMIERISTICA: COMUNI PER MODALITA' DI EROGAZIONE E COPERTURA TERRITORIALE (10000)						
ASSISTENZA DOMESTICA	erogata da SAD gestito da Comune, Comunità Montana, o Consorzio	erogata da singole assist. domiciliari in convenzione con Comune	erogata da SAD integrato gestito da U.S.L. su delega dei Comuni	non erogata	TOTALE	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA						
erogata da U.S.L. in assenza di delega dei Comuni per prestazioni sociali	32	3		6	40	
erogata da SAD integrato gestito da U.S.L. su delega dei Comuni			67		67	
erogata da SAD gestito da Comune, Comunità Montana o Consorzio	67				67	
erogata da singoli infermieri in convenzione con Comune		1			1	
non erogata	42	7	4	9	62	
TOTALE	131	11	61	14	217	

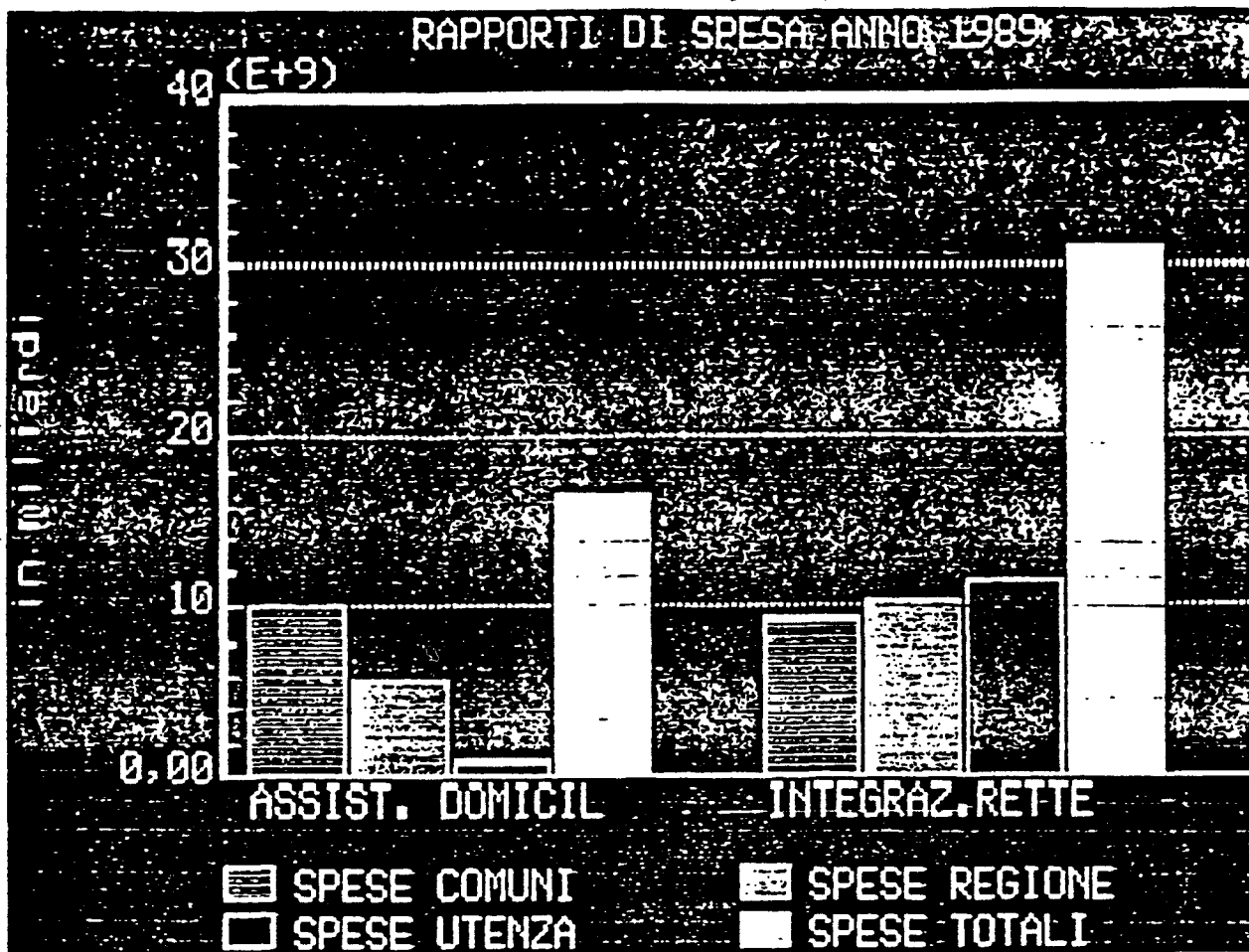


**SERVIZI DOMICILIARI:  
UTENTI PER FASCE DI ETÀ' - 1988**



**SERVIZI DOMICILIARI  
UTENTI ) = 65 ANNI PER 10.000 ANZIANI.  
PER PROVINCIA - 1988**





PAGINA BIANCA

*Regione Valle d'Aosta*

PAGINA BIANCA

L'intervento della Regione nel settore dell'assistenza agli anziani è disciplinato dalla legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 "Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili".

La situazione dei servizi, negli ultimi due, tre anni, si è avviata verso una progressiva stabilizzazione essendo ormai raggiunti buoni risultati dal punto di vista della quantità dei servizi offerti.

L'attenzione è ora rivolta a migliorare qualitativamente i servizi nell'intento di renderli più efficaci e meglio preparati a rispondere alle diverse esigenze delle persone.

Sulla base della legge 93/82 sono stati finanziati dalla Regione, per l'anno 1991, i seguenti servizi, gestiti da comuni e consorzi:

- servizi di assistenza domiciliare operanti in 71 dei 74 Comuni della Regione;
- centri diurni e d'incontro n. 26;
- micro-comunità n. 21 per complessivi 337 posti;  
prevista entro l'anno l'apertura di due nuove strutture.

Le micro-comunità sono strutture socio-assistenziali nelle quali gli anziani vengono ammessi secondo i seguenti criteri impartiti dalla Regione:

- anziani ed inabili non autosufficienti dal punto di vista fisico, che abbiano bisogno di assistenza continuativa senza possibilità di erogarla a domicilio;
- anziani ed inabili parzialmente autosufficienti dal punto di vista fisico o psichico dove l'esigenza di integrazione delle residue capacità individuali con i servizi è tale da non poter essere fornita a domicilio in quantità e con periodicità sufficienti;
- anziani ed inabili che abbiano temporaneamente bisogno di assistenza per mettersi in condizioni di tornare a domicilio dopo un ricovero; per la temporanea assenza di un familiare che abitualmente lo assiste; per certi periodi critici dell'anno (es. inverno) quando le condizioni a casa sono più precarie; per consentire ai familiari un periodo di "riposo" dall'assistenza continuativa ai loro congiunti;
- anziani ed inabili che abbisognano di assistenza o di vita comunitaria solo per un certo numero di ore durante il giorno o durante la notte.

In ogni caso si dà priorità alle persone che: siano sole, che non abbiano figli in grado di accudirli, o di sostenere le spese relative all'assistenza, le cui condizioni ambientali rendano impossibile l'assistenza a domicilio.

La spesa complessiva prevista per la gestione di tutti i servizi sopraelencati, per l'anno 1991, è di circa 22.000.000.000.

I servizi servono una popolazione totale complessiva di circa 115.000. abitanti (la popolazione ultrasessantenne è di circa 17.000. unità).

Nella Regione operano poi nove case di riposo private per complessivi 430 posti. Tre case di riposo per complessivi 249 posti hanno stipulato convenzioni con la Regione ai sensi della legge regionale 15 gennaio 1987, n. 3 "Interventi finanziari della Regione per il funzionamento di case di riposo gestite da istituzioni private e da enti morali".



SITUAZIONE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA ULTRASessantacinquenne IN VALLE D'AOSTA

In Valle d'Aosta su una popolazione totale (al 30.04.1987) di 113.988 abitanti, 16.023 persone risultano ultrasessantacinquenni (14,06%).

I dati dimostrano una presenza maggiore di donne anziane.

MASCHI 6.409 (40%)

TOTALE ANZIANI 16.023  
(14,06%)

FEMMINE 9.614 (60%)

Questo elemento sarà una costante che si ritroverà nell'esame dei vari servizi dove la componente femminile risulta, rispetto ai dati relativi all'utenza, sempre dominante.

Circa le fasce d'età, la più vasta è quella degli ultrasessantacinquenni.

MASCHI - 6.409 -			FEMMINE - 9.614 -		
65/69	70/74	+ 75	65/69	70/74	+ 75
2.006 (31,3%)	2.057 (32,1%)	2.346 (36,6%)	2.580 (26,8%)	2.693 (28%)	4.341 (45,2%)

Mancano dati recenti e quindi utilizzabili rispetto alla composizione dei nuclei familiari delle persone anziane. Ciò che si deduce però considerando i dati relativi all'utenza dei servizi è che la maggioranza degli anziani vive sola o in nuclei di due persone (coniugi, fratelli, sorelle).

Questi primi dati generali evidenziano già, principalmente nella fase di programmazione dei servizi, alcune caratteristiche della popolazione anziana valdostana da tenere in considerazione. La potenziale utenza è formata da persone molto anziane e quindi con alta probabilità di degenerare a livello sanitario e di autosufficienza; tali persone in maggioranza vivono sole e quindi con molta probabilità dovranno fare riferimento a dei servizi esterni alla famiglia.

Rispetto alla localizzazione dei servizi nel territorio regionale i dati relativi alla distribuzione della popolazione anziana evidenziano una omogeneità in tutti i distretti. Ciò significa che, escludendo la situazione di Aosta dove si concentra il 32,44% del totale della popolazione anziana valdostana, le restanti zone evidenziano un bisogno analogo di servizi sia in termini di qualità che di quantità.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il servizio di assistenza domiciliare esiste in 61 Comuni della Regione (82,43%). In 13 comuni il servizio è anche di tipo infermieristico (17,56%).

Il numero complessivo degli utenti è pari a 861 di cui 525 soggetti risultano donne (60,98%) e 336 soggetti uomini (39,02%).

Le fasce d'età a cui maggiormente il servizio si rivolge risultano quelle degli ultrasettantacinquenni (460 utenti pari al 53,42%) e dei soggetti di età inferiore ai 65 anni (190 utenti pari al 22,06%).

Infine la maggioranza dei nuclei seguiti risulta composta da persone che vivono sole (su un totale di 714 nuclei seguiti sono 458 i nuclei monofamiliari pari al 64,14%).

A livello quantitativo il servizio di assistenza domiciliare sta rispondendo in modo capillare su quasi tutto il territorio regionale ai bisogni di persone sia anziane che relativamente giovani ma inabili che vivono sole.

La risposta al bisogno si può considerare soddisfacente sia perché sono ormai pochi i Comuni in cui il servizio non è stato istituito, sia perché le domande non soddisfatte risultano minime (totale 20).

I dati evidenziano carenze solo a livello di assistenza infermieristica che esiste in pochi comuni. Anche laddove esiste, il servizio infermieristico domiciliare è svolto di regola da personale non di ruolo e a tempo parziale.

Un ultimo riferimento all'aspetto del personale evidenzia che le assistenti domiciliari operanti sono 110 di cui 89 (80,9%) di ruolo e 21 (19,1%) non di ruolo. Sul totale, sono 37 le unità che operano a tempo parziale (33).

Non esiste quindi ancora sul territorio regionale una situazione con linea del personale.

Pare comunque positivo il rapporto tra in numero del personale e il numero degli utenti (1 assistente ogni 7,8 utenti).

MICRO-COMUNITA'

Sul territorio valdostano sono attualmente funzionanti 18 micro-comunità per un totale di posti disponibili di 265.

La distribuzione di tali strutture non risulta omogeneo infatti nei distretti nn° 6 - 9 - 12 e 13 non esistono mentre, ad esempio, nel distretto n° 4 sono presenti 3 micro-comunità.

Gli ospiti attualmente inseriti sono 222 di cui 93 maschi e 129 donne (58,2%); inoltre il 64,5% ha un'età superiore ai 75 anni.

Rilevante è osservare il numero delle domande non soddisfatte (147) che evidenzia l'alta richiesta di strutture per anziani ed inabili per lo più non autosufficienti, soprattutto rispetto la realtà del distretto n° 5 (domande non soddisfatte 58) e n° 3 (domande non soddisfatte 34).

Il personale operante presso le micro-comunità risulta:

<u>assistenti</u> tutelari di ruolo a tempo pieno	n° 52	40,3%
assistenti tutelari di ruolo a tempo parziale	n° 4	3,1%
assistenti tutelari non di ruolo a tempo pieno	n° 7	55,1%
assistenti tutelari non di ruolo a tempo parziale	n° 2	1,5%

La situazione del personale delle micro-comunità appare molto simile nella collocazione e quindi nelle problematiche a quella relativa all'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, questa è presente solo in 7 micro-comunità. Facendo una media tra le unità di personale infermieristico e gli ospiti di tali strutture ne risulta un rapporto di 1 infermiera ogni 28,4 utenti.

Il seguente schema presenta la situazione di potenziamento delle micro-comunità:

## 1) micro-comunità di prossima apertura

- 1) Sarre - Torgnon
- 2) Hône

## 2) micro-comunità in costruzione o in progettazione

- 1) Pontey in costruzione
- 2) Introd "
- 3) Fénis in progettazione
- 4) Gressan "
- 5) Perloz "
- 6) Saint-Christophe "

CENTRI D'INCONTRO

Nella Regione esistono 13 centri d'incontro (di cui 3 nel Comune di Aosta). Questo tipo di servizio risulta quindi ancora poco sviluppato.

Gli utenti complessivi sono 463 (184 maschi (39,7%) e 279 femmine (60,3%)).

E' interessante notare che a differenza degli altri servizi la fascia di utenza più elevata è quella di età inferiore ai 65 anni (164 utenti pari al 35,4%).

Questo dato e il fatto che la più elevata partecipazione esista in centri di tipo urbano (Aosta, Pont-Saint-Martin) denota che questo servizio risponde a esigenze di organizzazione del tempo libero e di socializzazione e che il suo utilizzo è legato anche a fattori di mentalità e di abitudini di vita.

I centri d'incontro sembrano rappresentare un tipo di servizio in cui la partecipazione diretta e attiva dell'utenza da principio teorico si è trasformata in realtà: dei 13 centri, ben 8 (61,5%) sono infatti autogestiti dagli anziani.

GIURNI E NOTTURNI DI ASSISTENZA

Esistono nella regione 10 strutture di questo tipo di cui 3 fungono anche Centro notturno di assistenza.

Gli utenti sono complessivamente 108, 43 maschi (39,8%) e 65 femmine (60,2%).

La fascia prevalente di utenza è quella degli ultrasettantacinquenni (43,5%).

Là dove esiste, tale servizio risponde in modo soddisfacente al bisogno (esiste o la domanda non soddisfatta).

Rispetto al personale si nota che o si fa riferimento a personale di altri servizi (micro-comunità) o si utilizza personale non di ruolo a tempo parziale.

Tale tipo di servizio risponde a bisogni parziali delle persone, principalmente a quello della fornitura del pasto.

SOGGIORNI MARINI

A differenza degli altri servizi gestiti direttamente dai Comuni e dai Consorzi di Comuni, i soggiorni vengono organizzati dalle Comunità Montane (fatta eccezione del Comune di Aosta).

Dai dati a disposizione risulta che tutte le Comunità Montane organizzano soggiorni marini (1 o 2 turni) della durata di circa 15-20 giorni in località marine, in prevalenza in Liguria. Solo il Comune di Aosta, avendo a disposizione la struttura della colonia a Pinarella di Cervia (RA), organizza 2 turni in questa località più un soggiorno al Lago di Garda.

Il totale delle persone interessate è di 730 di cui il 68,7% è di sesso femminile. La fascia d'età maggiormente interessata è quella degli ultrasettantacinquenni (il 31,9%), seguono poi le persone con meno di 65 anni (il 26,8%).

Il personale utilizzato risulta essere alquanto disomogeneo, infatti vengono individuate diverse figure non troppo definibili che vanno dall'assistente all'animatore, dall'infermiere professionale all'utente con funzioni di capo-gruppo. E' inoltre interessante osservare che alcune Comunità Montane utilizzano forze lavoro esterne (personale del luogo).

Risulta comunque che questo servizio è rivolto prevalentemente a persone anziane autosufficienti. Solo il Comune di Aosta, avendo anche a disposizione la colonia, organizza soggiorni marini che possono essere usufruiti anche da persone non autosufficienti e in questo senso è da interpretarsi la quantità e la qualità del personale occupato.

CURE TERMALI

Solo in 4 distretti (e precisamente in 5 Comuni) sono organizzate e realizzate le cure termali presso le terme "FONS SALUTIS" di Saint-Vincent, rivolte ad un totale complessivo di 103 anziani, per lo più donne (73,7%) di età superiore ai 75 anni.

*Provincia Autonoma di Bolzano*

PAGINA BIANCA



SERVIZI SOCIALI E SANITARI IN PROVINCIA DI BOLZANO

## 1. In generale

## 1) Sviluppo demografico

Come nel resto d'Italia ed in Europa, da alcuni anni anche in Alto Adige la percentuale di anziani sulla popolazione complessiva è in continua crescita e continuerà ad aumentare ancora.

Secondo uno studio dell'Istituto provinciale di statistica sullo sviluppo della percentuale di ultrasessantacinquenni e di ultrasessantacinquenni sulla popolazione complessiva dell'Alto Adige, fino all'anno 2011 si prospettano le seguenti cifre:

## ultrasessantacinquenni:

1991	2001	2011
12.7 %	14.2 %	16.4 %

## ultrasessantacinquenni:

1991	2001	2011
5.2 %	5.9 %	6.6 %

Rispetto alle Regioni limitrofe l'Alto Adige pertanto si trova nella media: Baviera 16.4 %, Tirolo 13 %, Vorarlberg 12 %, Salisburgo 13 %, Trentino 17 %, Lombardia 14 %, Ticino 17.8 %.

Anche la durata media probabile della vita dovrebbe fino al 2011 aumentare ulteriormente.

- 2) Nei seguenti Comuni si registra - rispetto alla percentuale media di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione residente in Alto Adige (12.3 % nel 1988) - una percentuale di anziani superiore alla media:

Bolzano	15.2%
Merano	16.8%
Anterivo	16.6%
Salorno	15.8%
Tires	16.0%

Nei seguenti Comuni la percentuale di ultrasessantacinquenni è inferiore alla media:

Caines	7.9%
Falzes	7.2%
Gais	7.3%
Moso in Passiria	7.4%
Naz-Sciaves	7.0%
Perca	6.1%
Selva dei Molini	7.8%
Terento	7.7%
Verano	7.9%

Da questi dati risulta che la percentuale di anziani cresce nei centri maggiori della provincia e nei Comuni montani con mancanza di infrastrutture (emigrazione di giovani). Si è invece in presenza di una bassa percentuale di anziani nei Comuni in cui ci sono stati degli interventi economici, dove è possibile acquistare un alloggio e il tasso di natalità è ancora relativamente alto.

## II. Situazione abitativa degli anziani

1) In data 31.12.1987, complessivamente 16.156 anziani (30,8%) vivevano in casa da soli; di questi, 8.767 (54,2%) avevano più di 75 anni; la tendenza è aumento.

2) In data 30.06.1988, 2.411 anziani (4,59%) vivevano in Case di riposo. Attualmente in Alto Adige sono a disposizione 100 posti letto in reparti di degenza. In data 31.12.1988, 103 alloggi predisposti in base alla legge provinciale n. 77/73 (ristrutturazione di edifici esistenti di proprietà di enti pubblici) erano occupati da anziani.

L'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata ha finora messo a disposizione 140 alloggi in base alla graduatoria speciale per anziani. Ca. il 42 % degli alloggi dell'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata, occupati secondo la graduatoria generale, sono occupati da anziani.

3) Per poter garantire agli anziani una vita nei centri di città e di Comuni sono necessarie le seguenti misure:

a) Il patrimonio abitativo esistente, che in parte deve essere generalmente risanato, va risanato e conservato come spazio abitativo, garantendo un risanamento a misura degli anziani (grandezza dell'alloggio, struttura e dotazioni, barriere architettoniche, ascensore, telefono, ecc.). Nell'ambito dell'edilizia abitativa agevolata è prevista la predisposizione di relativi programmi.

b) Nei centri della città e dei Comuni oppure nelle loro vicinanze vanno costruite strutture di assistenza sociale agli anziani (Case di riposo, centri di degenza, alloggi protetti).

Nel programma edilizio generale dell'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata deve venire riservata agli anziani una certa percentuale di alloggi costruiti ed arredati a loro misura.

4) La sperimentazione di nuove forme abitative è necessaria e la Giunta provinciale è disposta a sostenere iniziative di questo tipo. Esempi: Case di riposo, strutture per il

ricovero temporaneo. Case di degenza diurna, comunità alloggio, centri sociali polifunzionali. La sperimentazione di siffatte forme abitative è stata inserita nella bozza del Piano sociale provinciale. È prevista pure la modifica della legge provinciale n. 77/73 sull'assistenza sociale agli anziani.

- 5) Onde rendere possibile la permanenza dell'anziano nella sua casa, è necessario l'impiego di tutti gli strumenti dell'edilizia sociale e della relativa politica, ivi compresa la regolamentazione dell'occupazione degli alloggi sociali (graduatoria speciale), del sussidio casa, la definizione di prezzi per le aree edificabili, ecc.
- 6) La Provincia concede contributi sia ad enti pubblici che a privati, per la ristrutturazione di alloggi perché rispondano alle esigenze degli anziani.
  - a) L'art. 26 della l.p. 30 ottobre 1973, n. 77, con successive modifiche ed integrazioni, prevede contributi a favore di enti locali (Comuni, enti di assistenza e di beneficenza pubblica), che rinnovano o ristrutturano i propri immobili per destinarli per almeno 15 anni ad alloggi per anziani. I contributi possono essere concessi nella misura massima del 60 % della spesa riconosciuta ammissibile.
  - b) In base all'art. 2, comma 1, lettera d, punto 3 della l.p. 20 agosto 1972, n. 15, e successive modifiche ed integrazioni, possono essere concessi sussidi a privati portatori di handicaps al fine di un adattamento dei loro alloggi alla loro situazione, di questa possibilità finora è stato fatto uso estremamente limitato.

### III. "Anziani attivi"

- 1) Nel programma di formazione ed educazione permanente della Giunta provinciale sono comprese anche iniziative di formazione specifiche per gli anziani, organizzate dalle varie associazioni e strutture di formazione altoatesine (KVW, Urania, Academia Nikolaus Cusanus, Lichtenburg, università della terza età, ecc.). Anche i circoli degli anziani hanno in programma iniziative di formazione ed educazione permanente e usufruiscono di contributi proprio per questo tipo di attività.
- 2) Le iniziative di cui sopra spaziano da argomenti generali riguardanti l'età fino a temi specifici come la salute in età avanzata, la formazione religiosa, la gestione del tempo libero e argomenti di cultura generale. L'offerta attuale riesce a soddisfare la domanda. La quantità della domanda dipende tuttavia dalla possibilità di stimolare gli anziani a partecipare a questo tipo di iniziativa. Per il futuro si prevede un aumento della domanda.

Non ci è noto l'esistenza di iniziative culturali che abbiano esclusa o che escludano la partecipazione di anziani: tuttavia a volte l'esclusione è automatica causa il tipo di formazione o aggiornamento proposto.

#### IV. L'impiego di anziani a favore delle comunità

- 1) In questo campo si è ancora agli inizi: può essere ulteriormente sviluppato. Le varie iniziative devono essere collaterali all'attività dei servizi pubblici. L'ente pubblico deve garantire la consulenza, il coordinamento ed in parte il finanziamento. Con l'istituzione dei distretti sociali e sanitari vengono creati punti di riferimento decentrati; sarà compito dell'istituendo servizio sociale professionale fornire proposte e consulenza alle varie organizzazioni di mutuo soccorso. Momento operativo importante delle organizzazioni di mutuo soccorso possono essere tutti i tipi di iniziative di formazione ed educazione permanente incentrate su temi pratici (p.es. corsi di pronto soccorso, conoscenze elementari di organizzazione sociale, assistenza, ecc).

Anche la costruzione di un sistema telefonico di emergenza servi all'organizzazione di interessati.

- 2) Esperienze positive sono già state fatte nell'impiego di anziani nell'ambito del servizio di sorveglianza presso i semafori davanti alle scuole, nell'ambito della Cooperativa lavoratori anziani a Bolzano (mensa, legatoria, laboratorio per portatori di handicaps, lavori da idraulico, lavori nei giardini comunali).

#### V. Assistenza medica per anziani

- 1) L'assistenza medica sul territorio viene garantita dai medici di base, cioè da medici generici convenzionati: la normativa statale prevede un medico ogni 1.000 abitanti. In seguito all'attuale carenza quantitativa di medici in Alto Adige, la Giunta provinciale ha determinato - in deroga alla suddetta normativa - un rapporto di 1 medico per 2.000 abitanti, con un limite massimo di 2.500 assicurati per ogni medico.

Un tanto premesso, si può dire che l'assistenza medica, tutto sommato, è garantita in modo soddisfacente su tutto il territorio provinciale, compresa l'assistenza medica a domicilio.

Noi speriamo di poter adeguare in un prossimo futuro questo rapporto medico-cittadini sempre più alla normativa statale, per poter offrire non solo agli anziani, ma a tutta la popolazione un servizio sempre migliore e capillare su tutto il territorio provinciale.

Per poter garantire agli anziani degenti, agli invalidi o agli ammalati cronici, che vivono a casa propria o in una Casa di riposo e che causa la loro malattia non sono in grado di recarsi nell'ambulatorio del proprio medico di base, un'adeguata assistenza medica domiciliare, nel 1987

è stata introdotta in Alto Adige la cosiddetta "assistenza programmata per pazienti immobilizzati".

Questa assistenza domiciliare programmata consiste in periodiche visite domiciliari del medico di base, che vengono effettuate indipendentemente dalle normali chiamate urgenti. Nel corso di queste visite periodiche il medico di base può proporre visite specialistiche, effettuare analisi diagnostiche a domicilio nonché chiedere l'intervento del servizio di assistenza e cura domiciliare, se già istituito a livello di distretto.

- 2) Compito dei prossimi anni sarà quello di ricondurre gli ospedali al loro compito istituzionale esclusivo, cioè la cura dei malati acuti. Pertanto i reparti di geriatria acuta previsti nel Piano sanitario provinciale 1988-91 dovrebbero essere sufficienti ed anche coprire in modo sufficiente il fabbisogno dei vari bacini d'utenza. I reparti di geriatria acuta sono distribuiti sul territorio provinciale in modo seguente:

Ospedale di Bolzano  
50 posti letto

Ospedale di Merano  
40 posti letto

Ospedale di Brunico  
15 posti letto, in comune con il reparto di medicina generale

Ospedale di Bressanone  
20 posti letto, in comune con il reparto di medicina generale

Gli anziani non autosufficienti cronici devono essere sistemati in apposite strutture di assistenza e di cura ancora da istituire. Il Piano sanitario provinciale prevede pertanto la creazione di 1.150 posti letto per l'assistenza a questo tipo di persone, di cui 300 in strutture aggregate ad ospedali e 850 in strutture autonome oppure in strutture aggregate a Case di riposo.

#### VI. Assistenza aperta

- 1) Attualmente i 19 servizi di assistenza domiciliare coprono ca. l'85 % del territorio provinciale. Dal 1 gennaio 1990 sono operanti ulteriori 3 servizi: per la zona di Chiusa, per la Val Badia e per la zona di Rio Pusteria. In Val Venosta si aggiungeranno altri 4 Comuni. La dotazione organica dei servizi non è sufficiente. In base agli standard vigenti nei servizi esistenti manca ca. il 35 % del personale (assistenti geriatrici e familiari). Le attrezzature del servizio vanno migliorate, soprattutto in merito alla sede amministrativa, ai locali degli uffici e all'arredo dei medesimi. E' prevista l'introduzione, a livello amministrativo, dell'elaborazione elettronica dei dati.

- 2) Dei 17 servizi dell'assistenza domiciliare aperta, 5 sono di natura privata: essi operano - per quanto riguarda il bacino d'utenza minimo, il bisogno di personale, la qualificazione del personale, il finanziamento, la quota a carico dell'utente - applicando gli stessi criteri delle strutture pubbliche. Pertanto nelle varie zone di competenza opera soltanto un servizio di assistenza domiciliare aperto, fatto, questo, che si ripercuote positivamente sull'unitarietà, sulla chiarezza e sulla trasparenza, e ne trae vantaggio in special modo l'utente. Un altro tipo di aiuto aperto viene offerto da un po' di tempo a questa parte dall'associazione "Lebenshilfe" (servizio mobile di assistenza): questo si basa sul principio della collaborazione volontaria e gratuita dei collaboratori ed opera con principi, che in parte si differenziano da quelli applicati nei servizi pubblici. Si deve ancora procedere ad un coordinamento dettagliato fra gli interventi dei servizi professionali di assistenza domiciliare aperta e fra l'intervento del "servizio mobile di assistenza". Al momento attuale non esistono punti di riferimento comuni dei servizi pubblici e dei servizi privati.
- 3) Per garantire la copertura del fabbisogno attuale e futuro di personale specializzato nei servizi, la Giunta provinciale attualmente sta offrendo corsi di formazione professionale per assistenti geriatrici e familiari. Presso l'Ispettorato della formazione professionale in lingua italiana attualmente si sta svolgendo un corso con 20 partecipanti. Nonostante una vasta campagna pubblicitaria, la richiesta di posti di formazione da parte dei sudtirolesi di lingua italiana è scarsa. Presso l'Ispettorato della formazione professionale in lingua tedesca attualmente si stanno svolgendo 3 corsi di formazione con complessivamente 77 partecipanti. Un altro corso con 25 partecipanti inizierà a gennaio. E' in preparazione un corso di qualificazione per il personale dirigente.
- 4) Attualmente non sono disponibili strutture per casi di breve degenza e centri diurni di cura.
- 5) Il personale specializzato dei servizi aperti di assistenza domiciliare è in continuo contatto con i familiari degli assistiti, la cui consulenza rientra fra i compiti del personale stesso. La grande mole di lavoro che grava sul personale specializzato rende però pressoché impossibile una completa e continuativa consulenza dei familiari..

## VII. Ricoveri

- 1) Attualmente il numero dei posti nelle Case di riposo dovrebbe essere sufficiente. In Alto Adige esistono 2.500 posti in Case di riposo (pari al 4.7 % della popolazione anziana). Il numero dei posti nei centri di degenza per

## X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

anziani non è invece affatto sufficiente. Non sono previsti attualmente posti in strutture gerontopsichiatriche. Non esiste una programmazione fino all'anno 2000.

Il Piano sanitario provinciale 1988-91 prevede la creazione di 1.150 posti nei centri di degenza: attualmente ne esistono 140. Nelle Case di riposo sono ricoverati ca. 800 anziani non autosufficienti, bisognosi di cure.

- 2) Problemi di ammissione alle Case di riposo e ai centri di degenza esistono soprattutto nelle città, ed in modo particolare a Bolzano e a Merano: in nessun comprensorio i posti sono sufficienti.
- 3) I tempi medi di attesa non sono stati rilevati. Nel caso dei centri di degenza sono troppo lunghi e vanno aumentando.
- 4) I Comuni partecipano ai costi di costruzione di strutture per la degenza, aggregata alle Case di riposo, per 1/3: 1/3 è finanziato attraverso le Comunità di valle e di comprensorio, 1/3 con il bilancio provinciale.
- 5) Per ogni Unità sanitaria locale è previsto un apposito servizio di riabilitazione, che deve garantire tutte le prestazioni nel campo della riabilitazione dall'ospedale al territorio (distretto). Alla riabilitazione attiva deve essere attribuito un ruolo importante in questo contesto. E' ovvio che questo servizio offrirà le proprie prestazioni anche alle Case di riposo, ai centri di degenza e - nel caso vi fosse bisogno - anche mediante visite domiciliari.  
Nei prossimi anni saranno inoltre istituite le seguenti strutture riabilitative:
  - una struttura per la riabilitazione di pazienti colpiti da infarto e pazienti operati al cuore;
  - una struttura per la riabilitazione delle vittime di incidenti o di pazienti operati;
  - una struttura per la riabilitazione dei paraplegici - la loro prima riabilitazione deve comunque avvenire in strutture al di fuori della provincia;
  - una struttura per la riabilitazione di pazienti affetti da tumore;
  - una struttura per la riabilitazione di casi neurologici;
  - una casa-alloggio per pazienti psichiatrici.

Nella situazione attuale il servizio di riabilitazione per persone anziane è pressoché inesistente.

- 6) Le Case di riposo e i centri di degenza esistenti garantiscono ai loro ospiti un programma relativamente ampio di partecipazione attiva e del tempo libero (festività religiose, feste di compleanno, ginnastica, bricolage, escursioni e viaggi, giochi di carte ed altro, conferenze, proiezioni di film, ecc.).
- 7) Per quanto attiene alla formazione del personale di assistenza vedi Punto VI, 3. Ai fini di una maggiore qualifi-

cazione dell'assistente geriatrico soprattutto nel campo medico-curativo, dall'autunno del 1989 saranno inserite nel programma di qualificazione degli assistenti geriatrici e familiari ulteriori 150 ore di insegnamento teorico specifico (gerontopsichiatria inclusa); inoltre sarà introdotto un tirocinio in un reparto di geriatria o in un centro di degenza.

La concessione di un'indennità per l'assistenza svolta da familiari che assistono un congiunto anziano a domicilio è ora possibile, in quanto è entrato in vigore il regolamento di esecuzione dell'art. 21 della l.p. n. 33/88. E' invece difficilmente possibile, nell'ambito delle competenze della Provincia, il pagamento di contributi per l'assicurazione pensionistica.

- 8) Mediamente, nelle Case di riposo i costi del personale incidono sulla retta per il 67 %, nei centri di degenza per il 76 %.
- 9) Attualmente è quasi impossibile il passaggio dall'assistenza nelle strutture di ricovero a quella in strutture ambulatoriali e non viene praticato. I servizi di ricovero e quelli ambulatoriali operano in modo relativamente separato; in talune situazioni la collaborazione è buona.
- 10) Strutture con numerosi posti letto sono da evitare. Attualmente non si può però rinunciare alle grandi strutture esistenti, poiché queste si trovano nelle città (soprattutto a Bolzano) e poiché è impossibile realizzare strutture alternative a breve medio termine.

#### VIII. Assistenza agli anziani effettuata da congiunti

- 1) L'assistenza effettuata da parte dei congiunti va incentivata.
- 2) E' ancora agli inizi la consulenza dei congiunti che prestano assistenza a domicilio.
- 3) Nella bozza del Piano sociale è prevista, a livello del distretto sociale e sanitario, la consulenza per il cittadino.
- 4) Oltre all'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordomuti, in base all'art. 21 della l.p. n. 33/88 è possibile concedere un assegno mensile per l'assistenza prestata dai congiunti. Tenendo conto del fatto che l'assistenza prestata agli anziani a domicilio da parte dei loro congiunti è la forma più umana di assistenza, con l'art. 21 della l.p. n. 33/88 (Piano sanitario provinciale) è stato previsto il servizio di ospedalizzazione a domicilio. L'articolo prevede che "al familiare che garantisce, anche con l'ausilio di altri familiari o terzi, l'assistenza a domicilio della persona gravemente non autosufficiente, è corrisposto per la durata dell'ospedalizzazione a domici-



lio. un assegno giornaliero pari a un trentesimo dell'importo mensile dell'indennità di accompagnamento per invalidi civili totalmente inabili di cui alla legge provinciale n. 46/78."

I congiunti che assistono anziani a domicilio, possono servirsi da un lato del Servizio di ospedalizzazione a domicilio, da istituirsi in ogni distretto sanitario, dall'altro del Servizio di assistenza domiciliare, che ha il compito di garantire non solo un'assistenza attiva, ma anche la consulenza dei congiunti.

E' già stata valutata l'opportunità di promuovere la formazione di gruppi di congiunti, e sarà compito primario della Giunta provinciale offrire a questi gruppi idonei aiuti tecnici nonché finanziari. In questo campo possono fornire un contributo importante soprattutto istituzioni come il KVW, la Caritas, ecc.

#### IX. Formazione di medici e personale infermieristico

- 1) In seguito alla predisposizione delle nuove piante organiche delle Unità sanitarie locali è stato possibile aumentare il numero dei posti per medici geriatrici.

Pertanto con deliberazione della Giunta provinciale n. 5612 del 18 settembre 1989, la geriatria è stata classificata materia specialistica carente e pertanto in futuro potranno essere adottate misure di incentivazione riguardanti la formazione di medici specialisti in questo campo.

Dalle comunicazioni delle Unità sanitarie locali ci risulta, che attualmente due medici si stanno specializzando in geriatria.

Per quanto riguarda l'aggiornamento professionale, negli anni scorsi l'assessorato alla sanità ha organizzato a Bolzano, in collaborazione con il "Kuratorium für Geriatrie Tirol", i simposi di geriatria (compl. 4) e nel 1987, in collaborazione con l'Università di Modena, un convegno internazionale sulla demenza senile.

Nel 1988 l'assessorato alla sanità ha organizzato a Merano il congresso internazionale sul tema "Cure termali per persone anziane".

Inoltre i medici hanno la possibilità di partecipare, nel limite dei mezzi assegnati alle Unità sanitarie locali, a congressi in Italia ed all'estero.

Parimenti anche il personale paramedico ha la possibilità di partecipare, nel limite dei mezzi e delle esigenze di servizio, ad iniziative di aggiornamento in Italia e all'estero.

L'assessorato ha organizzato nel febbraio 1989 un convegno sul tema "Morire in ospedale", rivolto soprattutto al personale paramedico.

Va poi fatto presente che in Alto Adige anche associazioni, organizzazioni e strutture private per la formazione e l'aggiornamento si occupano di temi attinenti la geriatria e la gerontopsichiatria, organizzando convegni, ecc. per il personale paramedico. In che misura tutte queste iniziative vengano utilizzate da parte del personale, non è a conoscenza dell'assessorato.

- 3) Per garantire un numero sufficiente di personale qualificato nei reparti di geriatria degli ospedali e dei centri di degenza, l'assessorato alla sanità organizzerà quest'autunno un corso di specializzazione, della durata di 300 ore, per assistenti geriatrici interessati a prestare servizio nelle strutture di ricovero.

#### X. Situazione finanziaria degli anziani

- 1) Nel 1987 in Alto Adige il reddito medio familiare delle persone ultrasessantenni era di lire 1.375.000.-  
Non sono disponibili dati sulla situazione patrimoniale degli anziani.  
E' significativo il fatto, che nel 1988, nel 27 % delle famiglie che percepiscono contributi di assistenza sociale, la presenza di anziani con reddito troppo basso comportava la necessità del contributo sociale.
- 2) Nel 1988 55 anziani ricoverati in Case di riposo o in centri di degenza hanno percepito dagli enti per l'assistenza di base il "Taschengeld" (prestazioni economiche di base) di cui alla l.p. n. 69/73.

Non è noto il numero degli anziani ricoverati in Case di riposo o in centri di degenza, la cui retta è pagata dalle amministrazioni comunali. Prossimamente esso sarà rilevato. Gli sviluppi futuri sono difficilmente valutabili in quanto dipendono dall'andamento delle pensioni, dallo sviluppo dei costi nelle Case di riposo e nei centri di degenza e dalla definizione dei criteri, in base ai quali i congiunti vengono chiamati a partecipare al pagamento della retta. Ai fini di un sovvenzionamento delle rette nelle Case di riposo, la Giunta provinciale è disposta ad aumentare il contributo provinciale per l'assistenza dei propri anziani non autosufficienti.

*Provincia Autonoma di Trento*

PAGINA BIANCA

## 1. NORME PRINCIPALI NEL SETTORE ANZIANI

Il settore dell'assistenza agli anziani nella Provincia Autonoma di Trento è regolamentato principalmente dalla L.P. 19 agosto 1973, n. 28 "Provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani e delle amministrazioni ospedaliere nonché per l'esecuzione di programmi annuali di opere pubbliche".

Tale legge detta norme per favorire il superamento delle difficoltà derivanti dalla vecchiaia, attraverso la realizzazione ed il mantenimento di case di riposo, centri di assistenza o di soggiorno per le persone anziane o comunque inabili e in stato di bisogno. La legge dichiara nelle disposizioni generali che per tali scopi devono essere preferite forme di assistenza aperta di tipo domiciliare. Proprio in relazione all'assistenza aperta la L.P. 19 agosto 1973, n. 28 è stata modificata dall'art. 8 della L.P. 25 settembre 1978 n. 40 "Provvedimenti per la ristrutturazione dei servizi socio-sanitari a livello comprensoriale". In detto articolo si prevede che siano i comprensori a gestire l'assistenza domiciliare, considerata quale modalità operativa fondamentale dei servizi socio-sanitari di base. Ad essa ai sensi dell'art. 8 L.P. 25 settembre 1978 n. 40, possono accedere in senso ampio tutti coloro (singoli o gruppi familiari) che necessitano di sostegno, temporaneo o continuativo, in relazione al verificarsi di cause che determinino lo stato di bisogno.

Per quanto concerne la partecipazione degli utenti agli oneri relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare, il comma 4 dell'art. 8 L.P. 25 settembre, n. 40 rimanda ai regolamenti comprensoriali la fissazione dei limiti e della modalità.

Degno di nota è anche un altro recente provvedimento legislativo. Nei mesi scorsi è stata infatti promulgata la L.P. 18 giugno 1990 n. 16 "Interventi di edilizia abitativa a favore di persone anziane e modificazioni alle leggi provinciali in materia di edilizia abitativa e alla legge provinciale 14 settembre 1979 n. 8, concernente "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Provincia Autonoma di Trento".

Si tratta di un provvedimento di rilievo nel settore dell'assistenza che prosegue la politica edilizia a favore degli anziani già avviata con la sopracitata L.P. 19 agosto 1973, n. 28. Le sue finalità si prefiggono di agevolare il mantenimento o il reinserimento delle persone anziane nel proprio nucleo familiare.

I soggetti beneficiari sono le persone con più di 65 anni o comunque affette da disabilità dovute all'invecchiamento. Possono fare richiesta degli interventi previsti dalla legge anche coloro che comprendono o intendono includere nel proprio nucleo familiare le persone anzidette.

Gli interventi, nella fattispecie, consistono nella realizzazione di opere di risanamento e di ristrutturazione di strutture abitative" su:

- a) alloggi di proprietà dei Comuni;
- b) su alloggi di proprietà dei privati o comunque sui quali sia costituito un diritto reale di godimento a favore di privati.

Per quanto concerne l'attuazione, la legge stabilisce che vi provvedano i comuni per gli interventi sub a) e i comprensori per gli interventi sub b).

## 2. CONCLUSIONE DELLA RELAZIONE DEL DIPARTIMENTO SANITA' E ASSISTENZA.

### Le strategie di intervento nell'area dei servizi per anziani

In attesa della rielaborazione dello specifico progetto intersettoriale, le linee politiche concernenti la più generale area dei servizi rivolti agli anziani che la Provincia intende sviluppare nei prossimi anni sono rintracciabili nell'aggiornamento del Programma di Sviluppo Provinciale per gli anni 1990 - 1992.

Partendo dal principio che l'elemento che influisce maggiormente sulla qualità della vita delle persone è costituito dalla continuità dei rapporti sociali, unitamente alla conservazione di un adeguato livello di autonomia psico-fisica ed economica, si ritiene necessario favorire al massimo la permanenza degli anziani nel proprio nucleo familiare e ambiente di vita ed altresì sviluppare azioni strategiche tese alla prevenzione dell'insorgenza delle situazioni di non autosufficienza.

A tale fine, la P.A.T. adotta una politica generale degli interventi che persegue i seguenti obiettivi:

- la promozione del ruolo dell'anziano nel contesto sociale;
- lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari;
- il miglioramento delle condizioni abitative;
- la tendenziale eliminazione dei ricoveri impropri sia negli ospedali che nelle strutture residenziali per anziani;
- l'ulteriore qualificazione delle strutture residenziali per anziani.

Le azioni da sviluppare devono essere comprese nell'ambito di una strategia globale ed integrata di intervento, con lo scopo di affrontare la complessità e la molteplicità dei bisogni mediante un approccio ad un tempo coordinato e personalizzato.

Di seguito vengono individuate le principali iniziative da intraprendere, rivolte ad un vasta gamma di servizi e di interventi socio-assistenziali e sanitari ed anche più in generale relativi ad altre aree delle politiche sociali, in parte esistenti ed in parte da attivare o da perfezionare:

- a) accanto agli interventi già previsti dalla normativa provinciale, si deve valutare l'opportunità di istituire

- un ulteriore sostegno economico alle famiglie che intendono mantenere nella propria abitazione i parenti anziani non autosufficienti, nonché la fornitura in prestito di attrezzature idonee alla loro assistenza e l'eventuale promozione di forme di assicurazione che coprano i rischi di non-autosufficienza;
- b) va potenziata la disponibilità di mini alloggi anche mediante forme di incentivazione al recupero ed alla ristrutturazione;
- c) è necessario promuovere la realizzazione di attività socialmente utili, nella cui effettuazione gli anziani possano essere coinvolti, e lo sviluppo delle diverse forme di associazionismo tra le persone anziane;
- d) una delle azioni più incisive deve consistere nell'unificazione delle modalità di accesso a tutti i tipi di servizi sociali e sanitari rivolti agli anziani e nell'attivazione di una funzione di collegamento continuativo e sistematico. A tale scopo verranno istituite apposite strutture operative territoriali alle quali affidare l'analisi e la valutazione delle domande e la verifica dell'evoluzione delle situazioni individuali;
- e) sul fronte della prevenzione, vanno attivate specifiche iniziative di informazione, formazione e consulenza, individuali e collettive, mirate a favorire il positivo svolgersi del processo di invecchiamento;
- f) l'assistenza domiciliare deve essere potenziata e sviluppata, offrendo un servizio integrato centrato principalmente sul sostegno psico-sociale, l'ausilio alla persona nell'espletamento delle attività quotidiane, la riabilitazione funzionale e l'assistenza sanitaria di base e specialistica. Sono inoltre da prevedere il trasporto per favorire l'accesso ai servizi e, in casi particolare, l'erogazione del servizio nelle ore notturne e nei giorni festivi;
- g) è necessario dare maggiore impulso alla realizzazione di centri di servizi per anziani che siano in grado di offrire una gamma molto estesa di prestazioni socio-assistenziali ed alcuni interventi infermieristici e di riabilitazione. L'attività svolta nei centri di servizi deve essere organizzata con la finalità di favorire l'incontro e l'attivazione delle persone anziane;
- h) si dovrà verificare l'efficacia del servizio di tele-soccorso e di tele-controllo in corso di sperimentazione allo scopo di decidere l'opportunità di ampliarne la diffusione sul territorio provinciale;



- i) verranno attivate unità valutative geriatriche, allo scopo di coordinare il complesso delle attività ospedaliere geriatriche, nonché le attività di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e territoriali di servizio, in stretto collegamento con gli operatori del settore socio-assistenziale;
- l) dovranno essere sviluppate le attività di day-hospital allo scopo di prevenire i ricoveri e favorire la de-ospedalizzazione, sperimentando inoltre interventi di ospedalizzazione a domicilio;
- m) dovrà essere maggiormente qualificata e potenziata l'intera organizzazione dei servizi sanitari sul territorio attraverso il perseguimento di un adeguato livello di prestazioni infermieristiche e fisioterapiche, nonché di prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- n) per quanto riguarda le strutture residenziali per anziani, si intende:
  - aumentare la dotazione complessiva di posti, in particolare per non autosufficienti, nelle zone carenti e imprimere un ulteriore sviluppo all'opera di ristrutturazione delle immobili esistenti e di adeguamento delle strutture;
  - migliorare i servizi esistenti e diversificarli (servizio diurno, per periodi limitati e stagionale);
  - rivedere i criteri organizzativi, la tipologia delle prestazioni, gli standards di attività e le modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria rivolta agli ospiti allo scopo di renderla maggiormente rispondente alle esigenze degli stessi.

PAGINA BIANCA

*Regione Sicilia*

PAGINA BIANCA

## REGIONE SICILIA

Con riferimento alla richiesta avanzata con il fono n. 654/4R del 18.3.91, in ordine alla attuazione della normativa regionale vigente nel settore della assistenza agli anziani e sullo stato dei relativi servizi, ai fini della predisposizione della relazione del Governo al Parlamento, si rassegna quanto appresso:

La svolta determinante nella politica socio-assistenziale della Regione siciliana in materia di interventi in favore degli anziani viene segnata dalla legge regionale 6 maggio 1981, n. 87, che ha il merito di avere recepito gli orientamenti e le tendenze più innovative della politica sociale del momento, quali istituzioni di servizi socio-assistenziali diretti a prevenire e rimuovere forme di isolamento e di emarginazione dell'anziano, privilegiando i "servizi aperti" (centri diurni, di accoglienza) e l'"assistenza domiciliare". Tali servizi sono fruibili gratuitamente dagli anziani sprovvisti di mezzi economici e, previa compartecipazione al costo, da quelli in possesso di qualche reddito.

La stessa legge ha previsto, ove possibile, la utilizzazione dell'anziano per l'espletamento di attività lavorativa in servizi di pubblica utilità finalizzata alla socializzazione ed al reinserimento dell'anziano stesso.

La citata L.R. n. 87/1981, conclusivamente, ha introdotto una vasta gamma di servizi in favore degli anziani, quali: centri di incontro, assistenza domiciliare, servizio di trasporto, soggiorni climatici, marini, montani e termali, case-albergo, case-protette e comunità-alloggio.

E' seguita la L.R. 25 marzo 1986, n. 14 che ha regolamentato compiutamente l'inserimento dell'anziano in attività lavorative (cura del verde pubblico, vigilanza presso le scuole, biblioteche e parchi pubblici) e ha consentito la fruizione dei particolari servizi anche agli anziani con reddito superiore alla fascia esente, nella convinzione di contribuire concretamente al reinserimento dell'anziano nel tessuto sociale.

Infine la L.R. agosto 1990, n. 27, nell'assicurare maggiori finanziamenti per l'espletamento dei vari servizi ed interventi in favore degli anziani, ha consentito un ampliamento qualitativo e quantitativo dei servizi stessi ed

un aumento complessivo della utenza.

Da precisare che le leggi innanzi citate individuano nel "comune" l'ente gestore dei servizi, che può espletare o direttamente o mediante convenzione appositamente stipulate con associazioni o cooperative di servizi, in possesso di determinati requisiti, preventivamente accertati all'atto della iscrizione in apposito albo regionale, prevista dall'art. 26 della L.R. 9 maggio 1986, n. 22.

L'Assessorato regionale degli Enti Locali, nel vasto campo dei servizi socio-assistenziali in favore degli anziani, oltre alla attività erogativa in favore dei comuni richiedenti, svolge, ovviamente, un ruolo di coordinamento, di supporto e di verifica sulle attività di settore espletate dagli Enti Locali, intervenendo, ove necessario, al fine di assicurare perfetta rispondenza ai fini perseguiti dal legislatore.

Nel decorso esercizio finanziario 1990, per quanto riguarda il servizio di assistenza domiciliare, è risultato che la quasi totalità dei comuni dell'Isola -circa 350 su 390- ha attivato detto servizio, che ha determinato una erogazione finanziaria a carico dell'Assessorato dell'intero stanziamento previsto in bilancio, pari a L. 60 miliardi.

Il servizio di "integrazione lavorativa degli anziani", attivato da circa 300 comuni, ha comportato una erogazione di quasi L. 8 miliardi.

Circa 250 comuni hanno organizzato "soggiorni climatici" e "attività ricreative" in favore degli anziani, il cui finanziamento ha comportato una erogazione di oltre L. 8 miliardi.

Il servizio di "trasporto gratuito", mediante concessione di carte di circolazione, finanziato all'esercizio 1990 dalla Presidenza della Regione ed ora -in parte- a carico del bilancio dell'Assessorato regionale degli Enti Locali, prevede una spesa, per l'anno 1991 di L. 10 miliardi.

La richiamata L.R.N. 27/1990 ha istituito il servizio di "telesoccorso", destinato agli anziani che vivono soli o senza adeguato supporto familiare.

Da parte dell'Assessorato regionale degli Enti Locali si sta predisponendo apposita regolamentazione per l'attuazione, in concreto, del nuovo servizio.

## *Regione Sardegna*

PAGINA BIANCA



## REGIONE SARDEGNA

In riferimento a Vs richiesta Prot. n° 1380/12.I del 15 marzo 1991 si comunica quanto segue:

- a) fino al 1990 gli Enti locali, titolari delle funzioni socio-assistenziali hanno provveduto ad attivare servizi o interventi riferiti ai cittadini in situazione di bisogno, ivi compresi gli anziani, per un impegno finanziario di L. 78 miliardi.  
I Comuni devono presentare rendicontazione delle spese sostenute per singole tipologie: anziani, minori, nonché gli impegni di assistenza economica a domanda individuale entro il 31/03/1991.  
Pertanto, solo in sede consuntiva si potranno conoscere gli impegni assunti anche nei confronti degli anziani.
- b) Il primo gennaio 1991 è entrato in vigore il Piano socio-assistenziale regionale.  
Tra gli obiettivi del Piano, forte risalto è dato alle strategie di approccio ai problemi della terza età, al fine di creare una cultura operativa in favore degli anziani e per definire, in termini di presenza delle istituzioni, una solidarietà sociale permanente e ricorrente.  
In particolare il Psa triennale prevede il progetto obiettivo per gli anziani non autosufficienti, la trasformazione dei centri diurni per anziani in centri di aggregazione sociale riferiti a tutti i cittadini per proporre condizioni di rapporti intergenerazionali e per evitare la frammentazione di una società organizzativa per età.  
I centri diurni per anziani attualmente sono, tra quelli attivati, in via di attivazione, di costruzione, superiori a 100 unità sul territorio regionale.

La normativa regionale chiede alle strutture che ospitano anziani (comunità alloggio, case protette etc..) che si rendano più vivibili gli ambienti anche sociali destinati agli anziani e ciò attraverso la L.R. 4/88, D.P.G.R. 12/89 e D.P.G.R. 145/90. Per le modifiche strutturali la norma prevede adeguamenti in un tempo massimo

di 5 anni, mentre per il personale, in genere, il termine è di tre anni.

Nel triennio 1991/93 si provvederà, tra l'altro, a costruire n° 4 case protette, con fondi regionali.

Tali strutture sono state localizzate dove è presente un'alta concentrazione di popolazione anziana in rapporto alla carenza di risorse.

Altro servizio in atto in favore degli anziani è riferito all'assistenza domiciliare, già avviata con la ex Legge Regionale 52/75 e che ha trovato una collocazione più puntuale all'interno del Piano 1991/93 su citato.

Altro obiettivo è l'avvio e la stabilizzazione dell'assistenza domiciliare, integrata socio-sanitaria.

Il Piano più volte citato stimola, in conclusione i Comuni a rafforzare i servizi esistenti ed introduce elementi di innovazione e partecipazione i cui risultati saranno comunque valutabili nel corso dei prossimi anni.