

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'AQUILA

RELAZIONE 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



Ni

Commissariato del Governo
nella Regione Calabria

5 MAR. 1991

Catanzaro, 20 marzo 1991

Prot. N.° 539/403.45
Div.

Al
la 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)

mez

11. 200 1463. *

REGIONE CALABRIA

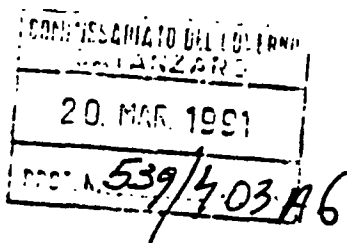
ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI

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.

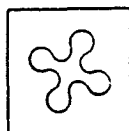
Questa scelta significa offrire una soluzione ai problemi degli anziani evitando loro uno sradicamento dal loro ambiente di vita e contemporaneamente un risparmio sulla spesa molto alta che i comuni affrontano per il ricovero degli anziani.

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 P.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	70	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 ECCEDENZE				
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 ECCEDENZE 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 accogliimento 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

	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