

Regione Puglia

PAGINA BIANCA

COMMISSARIATO DEL GOVERNO
NELLA REGIONE PUGLIA

Oggetto: Attuazione normativa regionale settore assistenza anziani.

Nel precisare che a questo Settore è pervenuta -peraltro in data 3 giugno u/s.- solo la nota n. 7754/30303 datata 24/5/1991, si comunica quanto richiesto.

Com'è noto, con la L.R. 31/8/1991, n. 49 questa Regione ha inteso promuovere adeguati interventi per la realizzazione ed il potenziamento dei servizi di assistenza sociale in favore delle persone anziane.

Per la realizzazione di tali finalità, in armonia con il dettato costituzionale, con il D.P.R. n. 616/1977 con la citata legge n. 49/1981, e con la Legge n. 142/1990, è stata attribuita ai Comuni la competenza degli interventi assistenziali, riservando alla Regione quella di programmazione, di coordinamento e di controllo.

A tal fine, con appositi fondi regionali, ai Comuni sono stati erogati i contributi ordinari e straordinari di cui alla L.R. n. 49/81 che stabilisce:

- che i Comuni devono far fronte, secondo specifici ed autonomi interventi, a tutte le incombenze rivenienti dalle competenze di cui sono titolari, ai sensi degli artt. 22, 234 e 25 del D.P.R. n. 616/77 (rette di ricovero, assistenza domiciliare, soggiorni climatici, assistenza economica, ecc.);
- che alla relativa spesa si deve far fronte con il fondo unico che annualmente viene accreditato a ciascun Comune, secondo i criteri previsti dall'art. 23 della citata legge, nell'ambito del 70% del fondo di copertura finanziaria annuale della legge in argomento;
- che la rimanente quota del 30% del fondo di finanziamento della legge è destinata a forme specifiche di intervento che i Comuni intendono realizzare, trasformare o adeguare.

Per tali fini nei seguenti anni, nel bilancio regionale sono state stanziare le sottoindicate somme:

- Anno	1981	£.	10.500.000.000
- " "	1982	£.	10.500.000.000
- " "	1983	£.	10.500.000.000
- " "	1984	£.	13.000.000.000
- " "	1985	£.	22.500.000.000
- " "	1986	£.	28.000.000.000
- " "	1987	£.	31.000.000.000
- " "	1988	£.	<u>29.000.000.000</u>
	Totale	£.	155.000.000.000

Il 70% di tale somma è stata liquidata e pagata in base ai suddetti criteri a tutti i Comuni e la parte residua è stata utilizzata per finanziare interventi straordinari che, a livello regionale, sulla base delle richieste dei Comuni, si è inteso promuovere e realizzare privilegiando i seguenti servizi:

- a) miglioramento delle strutture residenziali, già esistenti;
- b) realizzazione di Centri Aperti Polivalenti per assicurare agli utenti possibilità di vita autonoma e socializzata;
- c) interventi di assistenza abitativa, finalizzati alla manutenzione e al miglioramento delle strutture abitative, anche fornendo in uso-sotto la responsabilità del Comune adeguate suppellettili.

Inoltre, per gli esercizi finanziari relativi agli anni 1989, 1990 e 1991, è stato previsto un fondo unico per tutti gli interventi socio-assistenziali e in particolare per minori, adulti e anziani, in attesa della emanazione della normativa di riordino globale della materia.

I relativi fondi sono stati accorpati in un unico capitolo di bilancio avente ad oggetto "Fondo regionale per le spese socio-assistenziali". Per il suddetto triennio, per tutti i Comuni della Regione, è stata stanziata complessivamente la somma di £. 117.700.000.000.

Solo per l'anno 1990, il 15% del relativo fondo -pari a £. 6.000.000.000- è stato utilizzato per interventi diversi nell'area sociale, in quanto per il settore anziani è in itinere un corposo finanziamento (126 miliardi circa),

ai sensi dell'art. 20 della legge finanziaria 1988 (n. 67/1988) di cui alla deliberazione di Consiglio regionale n. 1122 del 16/2/90.

Considerata la complessità della problematica in materia, questa Regione ha disposto frequenti e mirate ricerche allo scopo di approfondire i vari aspetti assistenziali, sulla base di indagini effettuate tramite i Comuni del territorio della Regione, con frequenti questionari in riferimento a diverse aree di ricerca e con particolare riguardo alla categoria degli anziani.

Da tali indagini sono emersi numerosi bisogni assistenziali che si possono sintetizzare in:

- potenziamento dell'assistenza domiciliare ed economica;
- istituzione dei Centri Aperti Polivalenti;
- ospitalità diverse in strutture residenziali.

Alla domanda dei succitati servizi si è cercato di dare una risposta concreta, ma purtroppo non sempre possibile per la scarsità dei fondi all'uopo necessari.

Si è dovuto, pertanto, operare una scelta prioritaria privilegiando quei bisogni maggiormente avvertiti dagli anziani di questa Regione (Assistenza domiciliare, ist. Centri Aperti Polivalenti e ristrutturazione Case di Riposo).

Da parte di questo Assessorato, inoltre, si sta procedendo alla riclassificazione delle strutture residenziali già esistenti prima dell'entrata in vigore della L.R. n. 49/81 e, al fine di migliorarne il livello qualitativo, con apposita normativa, sono stati stabiliti dei criteri minimi di funzionalità.

Alla data odierna ne sono state riclassificate n. 29 ed autorizzate al funzionamento n. 25 di cui n. 12 Case di Riposo, n. 11 Case Protette, n. 1 Casa Albergo, n. 1 Comunità Alloggio.

Per le istituende strutture, la materia è stata disciplinata con il Regolamento Regionale del 9/5/1983 n. 1 avente per oggetto "Standards strutturali organizzativi dei servizi istituiti con la L.R. 31/8/81, n. 49".

Con deliberazione di G.R. si è istituito, altresì, l'Albo regionale delle strutture operanti nella materia di cui alla L.R. n. 49/1981.

Nel contempo, per richiamare l'attenzione su alcuni aspetti della tematica in oggetto, sono stati emanati dei bandi di concorso per l'assegnazione di borse di studio

a livello di scuola dell'obbligo, superiore e universitario.

Si è curata, infine, la pubblicazione di diversi manifesti e dell'opuscolo "Conosci l'anziano?" diretto prevalentemente agli alunni della scuola dell'obbligo, al fine di offrire loro occasione di riflessione sull'argomento e un utile strumento di lavoro per gli insegnanti.

Naturalmente la tematica in questione è stata trattata anche in numerosi convegni regionali.

Con molteplici lettere, i Comuni di questa Regione sono stati opportunamente sollecitati per la realizzazione di tutti i servizi previsti dalla normativa regionale per anziani ed in particolare si è ribadito che interesse primario deve essere quello di realizzare servizi aperti (Centro Aperto Polivalente, Assistenza domiciliare), rammentando, altresì, che un efficiente servizio reso sul territorio evita la istituzionalizzazione dell'anziano, con notevoli vantaggi per i bilanci comunali.

Questa Regione amministra 2 Case di Riposo, rivenienti dallo scioglimento dell'O.N.P.I. e cura -tramite delega affidata all'Amministrazione Prov.le di Bari- il mantenimento della Casa di Riposo per Profughi di Bari.

Come conseguenza della richiamata legislazione regionale, sembra chiaro che questa Regione è protesa verso una politica che assicuri agli anziani:

- la possibilità di avere a disposizione le strutture assistenziali più idonee e il meno possibile segreganti;
- uno spazio attivo nella società, consentendo di esplicitare le loro potenzialità culturali, sociali ed economiche;
- mantenimento in vita delle capacità funzionali dell'anziano, sia in senso medico con interventi di riabilitazione, sia in senso sociale, cercando di recuperare e far vivere l'anziano nel proprio ambiente sociale (assistenza domiciliare);
- l'attuazione di una evoluta politica per gli anziani, proiettata nel futuro, che rappresenti non soltanto una doverosa presa di coscienza della collettività nei confronti di una fascia della popolazione particolarmente bisognosa, ma anche un vero e proprio investimento sociale che, a lungo termine, è destinato a rivelarsi più economico, efficace e razionale.

Regione Toscana

PAGINA BIANCA

REGIONE TOSCANA

La Regione Toscana ha approvato il primo Progetto obiettivo sulla salute degli anziani con il primo Piano Sanitario Regionale e Piano Regionale dei servizi sociali con L.R. 16.12.1984, n. 70 - Alleg. h).

Obiettivi specifici sono:

- il mantenimento e il reinserimento di anziani in condizione di disagio sociale e di rischio di non autosufficienza nel proprio ambiente di vita;
- lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata;
- la riqualificazione di presidi esistenti e realizzazione, per uno sviluppo e riequilibrio sul territorio regionale, di nuove strutture;
- la realizzazione di centri diurni autonomi o aggregati alle strutture residenziali.

Per realizzare ciò è stata adottata l'impostazione organizzativa, che trae origine dai consorzi socio-sanitari, che affidava ai Comuni associati e pertanto alle UU.SS.LL. la gestione dei servizi.

I programmi regionali, basati su progetti di USL, hanno riguardato tanto il potenziamento che l'avvio promozionale dei servizi.

La nuova legge di Piano Regionale n. 61 del 30.4.1990 sarà seguita a breve scadenza dall'approvazione del nuovo Progetto obiettivo.

Sono stati aggiornati frattanto i parametri di qualità e quantità riferiti alle strutture ed al relativo personale.

Partendo dalla L.R. 16.4.1980, n. 28, che introduce la tipologia di strutture, come i centri residenziali per anziani e le residenze sociali protette per anziani non autosufficienti, e standards dimensionali (rispettivamente 60 e 80 posti residenziali, poi rivisitati con una indicazione programmatica del Consiglio Regionale del 15.3.1988 in 60 posti) e di personale di assistenza alla persona e di assistenza infermieristica; passando attraverso successivi atti di indirizzo sulla programmazione e provvedimenti di attuazione si è pervenuti alla definizione

di residenze per le quali in Toscana non è stato difficile trovarsi in linea con il dettato del DPCM 22.12.89 che disciplina gli standards dimensionali delle R.S.A..

L'orientamento consolidato è ormai quello di ricondurre o realizzare i presidi nei limiti dei 40-60 posti residenziali, prevedendo deroghe fino a 120 posti soltanto per le strutture preesistenti situate in località a particolare densità demografica.

Il modello strutturale è concepito già in tempi che anticipano l'analoga indicazione del DPCM 22.12.1989, sul modulo funzionale fino ai 20 posti secondo un concetto abitativo che prevede camere e spazi di vita di relazione.

Sono stati introdotti in tutte le USL regolamenti per la valutazione dei requisiti di idoneità delle strutture pubbliche e private sulla scorta di indicazioni tipo della Regione (Risoluzione del Consiglio Regionale 30.9.86).

Fondamentale ai fini della riqualificazione dei servizi e per la estensione della rete sul territorio entro obiettivi di programma risulta al momento la realizzazione dei progetti basati sulle risorse assicurate con l'art. 20 della legge finanziaria 67/88.

La Regione Toscana ha già predisposto con deliberazione del C.R. 229/90 il proprio programma articolato per progetti ed attende risposte positive per la realizzazione nell'arco del primo triennio del piano pluriennale di 93 strutture, di cui 70 di nuova costruzione, con contestuali progetti per 44 centri diurni. Spesso si tratta di strutture in un contesto di servizi integrati.

L'obiettivo è la realizzazione di 4199 posti residenziali che si andrebbero ad aggiungere ai circa 2000 posti adeguati di cui già si dispone nel settore pubblico.

Nei confronti dei rapporti con i terzi la qualità dei servizi è controllata attraverso strumenti dell'autorizzazione, della verifica del funzionamento svolta da apposite commissioni di USL stabilite con provvedimenti regionali e applicazione di criteri per la valutazione della condizione di non autosufficienza della persona e definizione di progetto individualizzato per l'ammissione ai servizi residenziali, domiciliari e diurni.

Gli standards di personale fissati per le residenze prevedono:

- n. 5 addetti all'assistenza alla persona ogni 10 residenti; 1 infermiere professionale ogni 8 residenti; 1 terapeuta della riabilitazione ogni 10.

servizi generali e proiezioni di prestazioni specialistiche dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali del distretto e zonali.

L'assistenza domiciliare integrata si avvale di operatori organizzati nelle Unità Operative dei competenti servizi sanitari e dell'assistenza sociale.

I parametri complessivi per i servizi del territorio comprendono:

- un addetto all'assistenza alla persona ogni 2000 abitanti sulla spesa sociale e 1 ogni 2000 per quella sanitaria;
- 1 infermiere professionale ogni 1500 abitanti;
- 1 terapista della riabilitazione ogni 10.000 abitanti.

Le prestazioni di medicina generale, oltre quanto previsto dagli accordi nazionali sulla medicina generale convenzionata, contemplano forme integrative disciplinate dal DPR 314/90 e recepite dalla Regione Toscana nell'ambito dell'assistenza sanitaria programmata a favore di persone non ambulabili.

Le prestazioni fornite da strutture private sono regolate dalla L.R. 27.3.1980, n. 20 e sono sostenute da una quota capitaria giornaliera a carico del bilancio di parte sanitaria, determinata sulla base di criteri programmatici di prestazioni e di spesa. Con detta spesa è stato possibile intervenire nei confronti di circa 4.600 cittadini anziani nell'arco di un anno.

Allo scopo di promuovere lo sviluppo degli interventi di assistenza domiciliare la Regione ha destinato risorse specifiche per favorire l'incremento della quantità di operatori da adibire all'attività.

La spesa sociale regionale ha sostenuto nel periodo 87-90 un incremento di servizio per un importo di 7.500 milioni equivalente a circa 7.424 ore settimanali di assistenza alla persona, che può soddisfare bisogni di circa 1.060 anziani su una media di 1 ora giornaliera e di circa 530 su una media di due ore giornaliere.

Rispetto a questo dato va tenuto presente che a tutto il 1988 nelle 40 U.S.L. della Toscana sono state effettuate 173.400 prestazioni di aiuto domestico alle quali sono stati interessati 3839 utenti ultr.65. Gli utenti anziani in assistenza domiciliare sono risultati nello stesso periodo circa 14.174. Ciò significa una situazione consolidata di interventi.

La spesa sanitaria ha sostenuto incrementi di personale per l'assistenza domiciliare integrata della seguente consistenza a partire dall'anno 1984; n. 310 ausiliari; n. 571 infermieri e 200 terapisti.

Certamente la carenza di risorse può fermare a livelli sperimentali i programmi istitutivi di servizi domiciliari.

Per quanto riguarda il campo dei servizi residenziali, evidenziato come la Regione abbia favorito la realizzazione o riconversione di n. 22 strutture protette nel periodo 84-90 per 646 posti e n. 19 centri diurni, mentre altre 36 sono in fase di attivazione, investendo altresì L. 4.309 milioni per arredamenti; occorre al tempo stesso manifestare la preoccupazione che la mancata realizzazione del finanziamento sull'art. 20 L. 67/88 possa determinare l'arresto del processo di riqualificazione e sviluppo dei nuovi servizi.

Nei comuni si registra una sempre maggiore presa di coscienza delle problematiche sulla popolazione anziana.

La tendenza è quella di realizzare in proprio e con il concorso di fondi del sociale una residenza sociale assistita di dimensioni entro i 20 posti residenziali per autosufficienti a bacino di utenza distrettuale.

Per i bisogni degli anziani non autosufficienti, che non possono essere soddisfatti a domicilio, prevedono invece di avvalersi di residenze sanitarie assistenziali, quali presidi zonali, della carenza di 40/60 posti salvo le zone con strutture preesistenti a grande dimensione riorganizzate entro i 120 posti residenziali.

Riguardo alla rete dei servizi domiciliari e diurni i comuni sono propensi ad aderire a programmi regionali per far partire o potenziare o riconvertire servizi esistenti. Si tratta di partecipare con la messa in campo di risorse che subentrano ad una fase triennale di finanziamento promozionale della regione.

Spesso le risorse servono a stabilire il presupposto per la realizzazione di progetti integrati socio-sanitari (incontro di risorse del versante sociale e sanitario).

I Comuni che hanno aderito a questa impostazione sono circa:

- 109 per i programmi di assistenza domiciliare e centri diurni
- 144 per i programmi di assistenza residenziale.

Le UU.SS.LL. di appartenenza hanno svolto il ruolo di coordinamento della programmazione per area. Vi sono state impegnate nel corso del periodo 1987-1990 n. 25 UU.SS.LL. nel campo dell'assistenza domiciliare e nei centri diurni e quasi la totalità nel campo dell'assistenza residenziale.

PAGINA BIANCA

Regione Umbria

PAGINA BIANCA

OGGETTO: Normativa regionale sullo stato della assistenza agli anziani - Relazione del Governo al Parlamento.

Al Sig. Commissario di Governo
nella Regione Umbria

PERUGIA

Si fa riferimento alla nota n.62/Gab del 14/3/1991, pervenuto il 19/3/1991.

Di seguito si trasmettono i dati richiesti in possesso di questo Ufficio per il settore Anziani.

- Strutture residenziali n.54 di cui:
 - . Pubbliche (Comuni + ULSS) n. 11
 - . IPAB n. 15
 - . Private n. 28
 - a) religiose n. 15
 - b) per lucro n. 10
 - c) sociale n. 3
 - . Recettività

Totale	n. 2.315	
diurna	n. 131	
 - . Assistiti n. 1.860 di cui

Autosufficienti	n. 629	
Parzialmente autosufficienti	n. 492	
Non autosufficienti	n. 739	
 - . Rette: Variano da £.450.000= a £.3.300.000=
- Università della Terza Età n. 10; iscritti n. 3.512
- Centri Sociali n. 31: " n. 10.652
- Soggiorni estivi n. 65; partecipanti n. 8.198
- Agevolazione trasporti pubblici

Comuni n. 2 - ULSS	n. 2; beneficiari	n. 11.520
(dato 1986)		

RELAZIONE

Per il Sig. Commissario del Governo per la Regione dell'Umbria circa i problemi degli anziani.

Va, innanzitutto, rilevato le leggi regionali innovative come le LL. RR. 55/79 - 29/82 - 11/85 - 9/90 hanno consentito l'istituzione di nuovi tipi di servizi al cittadino, basati sull'intervento diretto. I servizi per gli anziani, oggi disponibili, tuttavia, sono ancora lontani dalle effettive esigenze soprattutto, riguardo alcune tipologie dei bisogni della popolazione anziana.

I problemi emergenti sono:

- taluni ritardi nella realizzazione sul territorio delle materie contenute nella programmazione regionale;
- insufficiente attenzione da parte di diverse istituzioni locali ai problemi socio-assistenziali degli anziani-
- degrado di molte strutture residenziali;
- insufficienza quali-quantitativa del personale addetto ai servizi;
- notevole inadeguatezza dei flussi finanziari;
- ritardi nelle procedure.

In prospettiva sono previste:

- l'istituzione da parte della Regione di un Osservatorio sociale, che comprende, tra le altre persone a rischio, le persone anziane che segna l'evolversi dell'aspetto abitativo del piano socio-sanitario regionale 1989/91;
- incrementare le attività di prevenzione con le istituzioni di nuovi centri di tempo libero aperti a tutta la popolazione (centri sociali, Università della Terza Età, Centri diurni);
- promuovere una maggiore integrazione socio-sanitaria dei servizi con interventi regionali e locali di umanizzazione;
- migliorare la formazione del personale con corsi e rimeriti di studio;
- adeguare la destinazione dei flussi finanziari per i servizi per anziani;
- razionalizzare l'utilizzo dei patrimoni delle istituzioni e delle strutture pubbliche che gestiranno servizi per anziani, finanziandole al loro miglioramento anche mediante l'adeguazione dei beni;

- dare concretezza alla consulta regionale per la terza età stabilendo maggiori mezzi e metodi più adeguati.
- favorire al massimo, nel rispetto delle libere scelte individuali l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione a domicilio, interventi di sostegno alle famiglie dei non autosufficienti anche di carattere economico adeguandoli ad un minimo vitale prefissato;
- pervenire alla emanazione di una legge regionale di sostegno delle Università della Terza Età e dei Centri Sociali.

Regione Veneto

PAGINA BIANCA

REGIONE del VENETO

IL CAMBIAMENTO PRODOTTO NEL PERIODO 1985/1990
NEL CAMPO DEI SERVIZI SOCIALI PER GLI ANZIANI

La Regione, attraverso significativi provvedimenti, ha sviluppato la propria funzione di Ente di programmazione, di indirizzo e di controllo, esaltando il ruolo degli Enti (Comuni e UU.LL.SS.SS.) e delle Istituzioni pubbliche e private, nonché del volontariato organizzato, che sono stati coinvolti nelle scelte di politica sociale a favore degli anziani.

Due sono le direttrici fondamentali che la Regione ha percorso con riguardo alle problematiche delle persone anziane:

- 1) il potenziamento dei servizi domiciliari, al fine di mantenere la persona anziani il più possibile nel proprio ambiente familiare e sociale;
- 2) la riqualificazione dei servizi assistenziali offerti agli ospiti delle strutture residenziali.

Con riferimento alla prima direttrice, va colto lo sforzo notevole, dal punto di vista sia finanziario che della qualità dei servizi, sostenuto dalla Regione, dai Comuni e dalle UU.LL.SS.SS., al fine di realizzare nel Veneto una articolata rete di servizi domiciliari. Ciò è evidenziato nell'allegato prospetto, dal quale traspare che, nell'arco di cinque anni, si è passati da 5 a 16 UU.LL.SS.SS. e da 130 a 341 Comuni, che hanno avviato nel territorio il servizio domiciliare, con un contributo finanziario della Regione che nel quinquennio è stata di L. 82.114.420.070.

L'obiettivo di aiutare la persona anziana a superare le proprie difficoltà, rimanendo più a lungo possibile nel proprio ambiente familiare e sociale, è stato altresì perseguito dalla Regione con l'attivazione in tutto il territorio regionale del servizio di telesoccorso-telecontrollo; che, usando moderne tecnologie, consente a circa 7500 anziani, che vivono soli o in situazioni a rischio, di essere seguiti nell'arco dell'intera

giornata, con possibilità di chiedere e ottenere pronto intervento, quanto se ne presenti la necessità.

Con riferimento alla secondo direttrice, va sottolineata la profonda trasformazione che si è realizzata e si sta perfezionando, nelle case per anziani del Veneto, sia sotto il profilo strutturale che sotto il profilo della qualità dei servizi offerti.

Ciò è dovuto ad una accresciuta sensibilità sui problemi che riguardano gli ospiti delle case per anziani e ai numerosi provvedimenti regionali che hanno profondamente inciso nell'organizzazione delle strutture residenziali per anziani.

Significativi al riguardo sono gli standard regionali che, a partire dal 1985, regolano sia la costruzione e la ristrutturazione delle case per anziani (fissando le caratteristiche tipologiche e strutturali degli edifici) sia le modalità della loro gestione (prevedendo determinate figure professionali in rapporto al numero e alla condizione di non autosufficienza degli ospiti).

La Regione inoltre ha favorito l'applicazione dei suddetti standard attraverso l'erogazione di contributi in conto capitale e/o in conto mutui agevolati, che hanno consentito di realizzare le necessarie opere di adeguamento agli standard stessi. L'intervento finanziario della Regione nel quinquennio considerato è stato di L. 87.598.195.000=. A ciò va aggiunto il recente piano finanziario approvato della Regione, che ha ripartito nel periodo 1989/1998 un fondo complessivo di L. 510 miliardi, messo a disposizione dallo Stato per realizzare servizi a favore delle persone anziane.

Di grande rilievo è altresì l'impegno della Regione a migliorare i servizi residenziali, anche sotto il profilo della qualificazione professionale degli operatori, prevedendo corsi di aggiornamento e di riqualificazione professionale per chi già opera nei servizi e corsi di formazione professionale, della

durata di due o tre anni, per quanti intendono accedere ai servizi.

Ciò è stato fatto nella considerazione che è fondamentale un corretto rapporto tra operatori sociali e ospiti, la cui dignità umana va in ogni casa salvaguardata, anche in condizioni di non autosufficienza.

A migliorare la qualità dei servizi nelle case per anziani ha concorso poi la scelta della Regione per farsi carico delle spese sanitarie e di rilievo sanitario sostenute nell'assistenza agli ospiti non autosufficienti. Ciò ha consentito di ripartire a favore di detti ospiti non autosufficienti un fondo regionale complessivo per il quinquennio 1985/1989 di L. 623.408.388.229=.

L'allegata tabella riporta le quote erogate dalla Regione nel quinquennio di riferimento.

Una innovazione significativa, introdotta recentemente dalla Regione con il Piano Socio-Assistenziale per il triennio 1989/1991, è costituita dal riconoscimento che anche agli anziani non autosufficienti che vengono assistiti sul loro domicilio va assegnata una quota giornaliera di rimborso spese sanitarie e di rilievo sanitario, in analogia a quanto già avviene per gli ospiti non autosufficienti degli istituti per anziani. In tal modo sarà possibile dare un concreto aiuto anche finanziario alle famiglie che, con grande abnegazione e sacrificio, assistono a casa i loro cari non autosufficienti.

NATURA GIURIDICA ENTI E ISTITUTI RESIDENZIALI PER ANZIANI.NON AUTOSUFFICIENTI CHE GODONO DEL CONTRIBUTO REGIONALE PRO DIE E PRO CAPITE

I.P.A.B.	106
ENTI LOCALI	35
ENTI RELIGIOSI	38
ASSOCIAZIONE ART.12 C.C.	12
ASSOCIAZIONE ART.36 C.C.	5
COMUNITA' MONTANA	1
ENTE ECCLESIASTICO	6
S.N.C.	1
	—
Totale	204
	==

S T R U T T U R E P E R A N Z I A N I

<u>TIPO STRUTTURA</u>	<u>O S P I T I</u>		
	<u>N°</u>	<u>Autos.</u>	<u>Non Aut.</u>
Case per anziani non autosuff. e miste	204	7.903	13.260
Case per anziani autosuffic.	98	2.250	-----
	302	10.161	13.260

S E R V I Z I D O M I C I L I A R I

<u>SOGGETTI ATTUATORI</u>	
<u>N° Comuni</u>	<u>N° Ulss</u>
303	13
<u>Tipologia Servizio</u>	
ASSISTENZA DOMICILIARE	

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

1984	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	3.473	40	14.500	50.358.500	18.388.852.500
B	3.257	37	11.200	36.478.400	13.316.616.000
C	637	7	9.000	5.733.000	2.092.543.000
D	1.334	15	7.200	9.604.800	3.505.752.000
TOT	8.701	100		102.174.700	37.293.765.500
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1984				(101)	35.845.773.000
1985	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	5.123	58	16.500	74.283.500	27.113.477.500
B	2.214	25	11.200	24.796.800	9.050.832.000
C	528	6	9.000	4.752.000	1.734.480.000
D	986	11	7.200	7.099.200	2.591.208.000
TOT	8.851	100		110.931.500	40.489.997.500
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1985				(IRE VE LIT. 26.436)	38.717.120.485
1986	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	7.251	73	15.500	141.394.500	51.608.992.500
B	1.215	12	15.600	18.954.000	6.918.210.000
C	1.163	12	11.700	13.607.100	4.966.591.500
D	244	2	8.150	1.988.600	725.839.000
TOT	9.873	100		175.944.200	64.219.633.000
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1986				(I.R.E. VE LIT. 31.500)	61.827.839.994
1987	NON AUTO	%	QUOTA PRO-CAP.	TOTALE	TOTALE ANNUO
CLASSE					
A	8.615	83	20.300	174.864.500	63.832.842.500
B	1.161	11	10.250	18.066.250	6.866.181.250
C	415	4	12.200	5.063.000	1.847.995.000
D	199	2	8.500	1.691.500	617.397.500
TOT	10.390	100		200.505.250	73.184.416.250
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1987				(IRE VE LIT. 32.500)	76.526.000.000

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

22/03/91		14:03		REG. VENETO SEG. GENERALE	
1988	NON AUTO	%	QUOTA	TOTALE	TOTALE ANNO
CLASSE			PRO-CAP.		
A	9.867	89	24.300	238.310.100	86.983.186.500
B	819	7	19.200	15.724.800	5.739.552.000
C	360	3	14.400	5.184.000	1.892.160.000
D	35	0	10.000	350.000	127.750.000
TOT	11.021	100		259.568.900	94.742.648.500
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1988 (I.R.E. VE Lit. 39.300)					94.185.301.717
1989	NON AUTO	%	QUOTA	TOTALE	TOTALE ANNO
CLASSE			PRO-CAP.		
A	10.427	87	31.500	328.450.500	119.884.432.500
B	860	7	24.900	21.414.000	7.816.110.000
C	600	5	18.700	11.220.000	4.095.300.000
D	79	1	11.700	924.300	337.369.500
TOT	11.966	100		362.008.800	132.133.212.000
(I.R.E. VE LIT. 50.000)					
IMPORTO LIQUIDATO ANNO 1989 (GRIS LIT. 55.000)					136.995.994.775
1990	NON AUTO	%	QUOTA	TOTALE	TOTALE ANNO
CLASSE			PRO-CAP.		
A	11.738	89	42.000	492.996.000	179.943.540.000
B	839	6	33.200	27.854.800	10.167.002.000
C	601	5	24.950	14.994.950	5.473.156.750
D	62	0	15.600	967.200	353.028.000
TOT	13.240	100		536.812.950	195.936.726.750
(I.R.E. VE LIT. 60.500)					
IMPORTO PRESUNTO ANNO 1990 (GRIS LIT. 65.500)					

INTERVENTI REGIONALI PER IL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

Anno 1980: a favore di n°	31 UU.LL.SS.SS.		915.000.000=
Anno 1981: a favore di n°	31 UU.LL.SS.SS.		1.414.960.000=
Anno 1982: a favore di n°	35 UU.LL.SS.SS.		2.415.000.000=
Anno 1983: a favore di n°	5 UU.LL.SS.SS.	819.223.000	
	n° 175 Comuni	<u>3.025.735.000</u>	
	per un totale di		3.844.958.000=
Anno 1984: a favore di n°	6 UU.LL.SS.SS.	1.394.500.000	
	n° 128 Comuni	<u>3.610.640.000</u>	
	per un totale di		5.005.140.000=
Anno 1985: a favore di n°	5 UU.LL.SS.SS.	1.130.500.000	
	n° 130 Comuni	<u>4.350.300.000</u>	
	per un totale di		5.480.800.000=
Anno 1986: a favore di n°	11 UU.LL.SS.SS.	2.270.869.000	
	n° 208 Comuni	<u>9.307.828.000</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		11.578.697.000=
Anno 1987: a favore di n°	14 UU.LL.SS.SS.	3.364.890.000	
	n° 291 Comuni	<u>12.443.230.000</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		15.808.120.000=
Anno 1988: a favore di n°	14 UU.LL.SS.SS.	3.110.990.500	
	n° 295 Comuni	<u>11.548.726.570</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		14.659.717.070=
Anno 1989: a favore di n°	13 UU.LL.SS.SS.	2.074.410.000	
	n° 305 Comuni	<u>7.920.289.000</u>	
	(compreso anche progetto-obiettivo Centro Diurno)		
	per un totale di		9.994.699.000=
Anno 1990: a favore di n°	16 UU.LL.SS.SS.	2.837.191.000	
	n° 341 Comuni	<u>8.160.138.000</u>	
	per un totale di		10.997.329.000=
Complessivamente nel periodo 1980/1990			<u>82.114.420.070=</u>

REGIONE del VENETO
giunta regionale

Ad integrazione della nota illustrativa dei servizi sociali per le persone anziane nel Veneto, già trasmessa in data 22 marzo u.s. in esito alla richiesta della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si evidenziano alcuni problemi di particolare e attuale rilevanza nella realtà veneta.

1) Attuazione dell'art. 20, lett. F) della Legge n. 67/1988:

Costituisce motivo di grande preoccupazione l'emanazione di decreti e di circolari ministeriali, che hanno connotato le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) in maniera difforme dal disposto dell'art. 20 della legge n. 67/88, imponendo vincoli e procedure particolari non contemplati dalla legge stessa.

Con ciò, oltre a determinare un pesante accentramento burocratico, con gli inevitabili rallentamenti procedurali, viene disattesa e sconfessata l'autonomia e le responsabilità programmatica della Regione.

Va fatto presente al riguardo che la Regione del Veneto da molti anni sta attuando una significativa e articolata programmazione di servizi soci-sanitari per anziani non autosufficienti e disabili, anticipando nei fatti le scelte effettuate con l'art. 20 della citata legge n. 67/88. Detti servizi, in particolare quelli residenziali per i non autosufficienti, rispondono ai requisiti tipologici ed organizzativi previsti dai decreti governativi sulle R.S.A. ed inoltre sono caratterizzati dalla integrazione fra interventi propriamente assistenziali ed interventi sanitari, mediante apposite convenzioni con le UU.LL.SS.SS., che garantiscono assistenza medica, riabilitativa, farmaceutica e la fornitura di presidi sanitari.

Il problema pertanto per la Regione del Veneto è di valorizzare, di migliorare qualitativamente il patrimonio di servizi residenziali esistenti nel territorio, indipendentemente dalla loro titolarità (ULSS, Comune, Istituzione pubblica di assistenza

e beneficenza), recuperando a tal fine la disponibilità dei fondi assegnati in base al citato art. 20.

La Regione del Veneto riconosce che sull'utilizzazione dei fondi statali ad essa assegnati per gli interventi in questione, debbano essere attivati rigidi strumenti di controllo e di verifica; nel contempo peraltro rivendica la propria autonomia e la propria capacità di decisione sui singoli interventi, quale riflesso del patrimonio di cultura e di servizi socio-sanitari che la caratterizzano.

2) Qualificazione professionale degli operatori sociali:

La Regione del Veneto fin dal 1986 ha riconosciuto la necessità di qualificare le professionalità sociali per cambiare le modalità di risposta dei servizi e delle Istituzioni ai bisogni degli utenti ed in particolare delle persone anziane.

Sono nate quindi le figure dell'operatore addetto all'assistenza e dell'educatore professionale-animatore.

L'Addetto all'assistenza è un operatore di base, figura specifica per prestazioni di carattere assistenziale e tutelare ma la cui operatività è connotata da un costante rapporto interpersonale che gli fa assumere un ruolo di "promotore di relazionalità", e quindi di qualità dei servizi nei confronti dell'utente.

La Regione ha previsto e programmato per questa figura un percorso formativo biennale dopo la scuola dell'obbligo, di 800 ore l'anno, di cui 400 ore di teoria e 400 ore di tirocinio pratico.

I contenuti formativi sono caratterizzati da polifunzionalità e sono finalizzati, nel primo anno, a sviluppare conoscenze, abilità e atteggiamenti richiesti per l'esecuzione di qualsiasi compito assistenziale e, nel secondo anno, a sviluppare il

possesso di conoscenze relative a specifiche aree di intervento (handicap, anziani, ecc.).

Dal 1980 a tutt'oggi sono stati organizzati 113 corsi per addetti all'assistenza, che porteranno a fine 1992 una disponibilità di mercato di circa 2500 diplomati.

Il Piano Sociale regionale 1989/91 approvato con LR 22/89 ha inoltre affermato con forza la necessità di questa specifica formazione disponendo che tutte le nuove assunzioni di addetti all'assistenza devono essere subordinate al possesso del titolo professionale previsto.

Inoltre lo stesso Piano prescrive che coloro che già operano con funzioni di addetto all'assistenza, senza una specifica qualificazione presso strutture o servizi socio-assistenziali, siano tenuti a compiere un percorso di aggiornamento di 150 ore.

Si fa presente che a fronte di questo notevole impegno formativo, il Ministero della Sanità ha emanato un Decreto che prevede la formazione nel settore sanitario di figura similari (tecnico addetto all'assistenza), ma con mansioni e professionalità prettamente esecutive e un percorso formativo semestrale pur garantendo uno stesso livello retributivo.

Ciò rischia di vanificare il processo di qualificazione posto in essere dalla Regione per garantire la necessaria professionalità degli operatori sociali.

L'Educatore professionale-animatore è l'altra figura forte del sociale, che si distingue per le caratteristiche di progettualità, intenzionalità e continuità delle sue prestazioni.

Elementi fondamentali della formazione sono le capacità di organizzare e verificare attività educative extrascolastiche, utilizzando anche specifiche tecniche di animazione.

Dal 1986 sono stati attivati 56 corsi triennali (dopo la scuola media superiore) che porteranno a fine 1993 una disponibilità sul mercato di circa 1300 operatori.

Ciò va letto con particolare riferimento a quanto previsto nel Piano Sociale regionale 89/91, che prescrive nuovi standards professionali per le strutture tutelari in cui va garantita la presenza di questo operatore.

PAGINA BIANCA

Regione Friuli Venezia-Giulia

PAGINA BIANCA

**DOCUMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI ATTUATI PER GLI ANZIANI
NELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

La problematica legata all'invecchiamento della popolazione è seguita con il massimo interesse dalla Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia. Questo perché la percentuale di anziani sul totale della popolazione regionale è significativa, come si può verificare dall'allegato 1, è in costante crescita e già raggiunge livelli preoccupanti in particolari zone del territorio regionale.

La legge regionale 19 maggio 1988, n. 33, "Piano socio-assistenziale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia" con lo specifico allegato 2, che si riferisce alla popolazione anziana, delinea le linee programmatiche per gli interventi nel settore.

Due successivi progetti obiettivo, "Strutture residenziali per anziani" e "Servizio sociale di base", pubblicati sul BUR n. 127/1989, sviluppano ulteriormente l'argomento, mentre il Regolamento pubblicato sul BUR n. 598/1990 detta norme di esecuzione per le strutture di accoglimento residenziale.

Già la legge regionale 3 giugno 1981, n. 35 "Promozione e riordino di servizi e interventi in materia socio-assistenziale" e la legge regionale 14 dicembre 1987, n. 44 "Interventi per favorire la realizzazione e la riqualificazione di strutture socio-assistenziali", avevano posto le basi per un riordino degli interventi nel settore, rispettivamente con previsioni normative per l'erogazione dei servizi e con norme specifiche e finanziamenti per la costruzione e l'ammodernamento di strutture di accoglienza.

I dati più significativi che riguardano due servizi tra loro complementari per la popolazione anziana, il servizio di assistenza domiciliare e l'integrazione delle spese per le rette di accoglienza, vengono riportati nell'allegato 2.

A completamento della presente documentazione, con l'allegato 4, si evidenzia il trend previsto dal Piano regionale di sviluppo e dal Bilancio 1991 di questa Regione per gli interventi nel settore, a breve e medio termine.

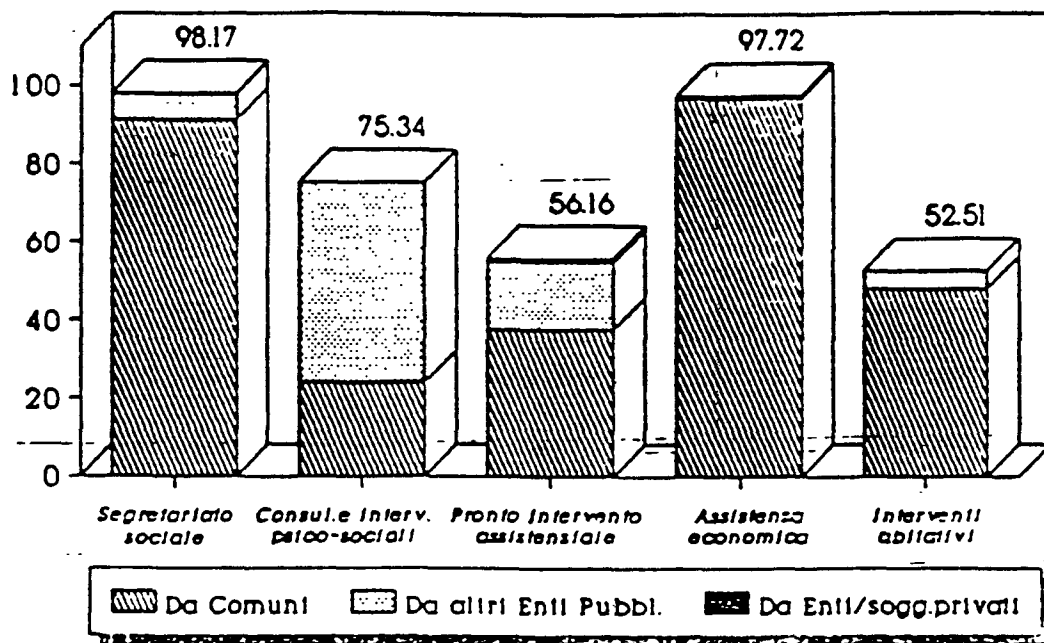
REGIONE VENEZIA-GIULIA
SITUAZIONE DEMOGRAFICA AL 31/12/1989
(con rapporto percentuale anziani)

	POP	MIN65	OLT65	%ANZIANI
	-----	-----	-----	-----
	Popolazione		Popolazione	Percentuale
	totale		anziana	pop.anziana
Totale Prov.Udine	527.363	431.668	95.708	18
	=====	=====	=====	=====
Totale Prov.Gorizia	138.873	111.244	27.631	20
	=====	=====	=====	=====
Totale Prov.Trieste	273.818	207.494	66.337	24
	=====	=====	=====	=====
Totale Prov.Pordenone	276.795	229.579	47.226	17
	=====	=====	=====	=====
Totale generale	1.216.849	979.985	236.902	19

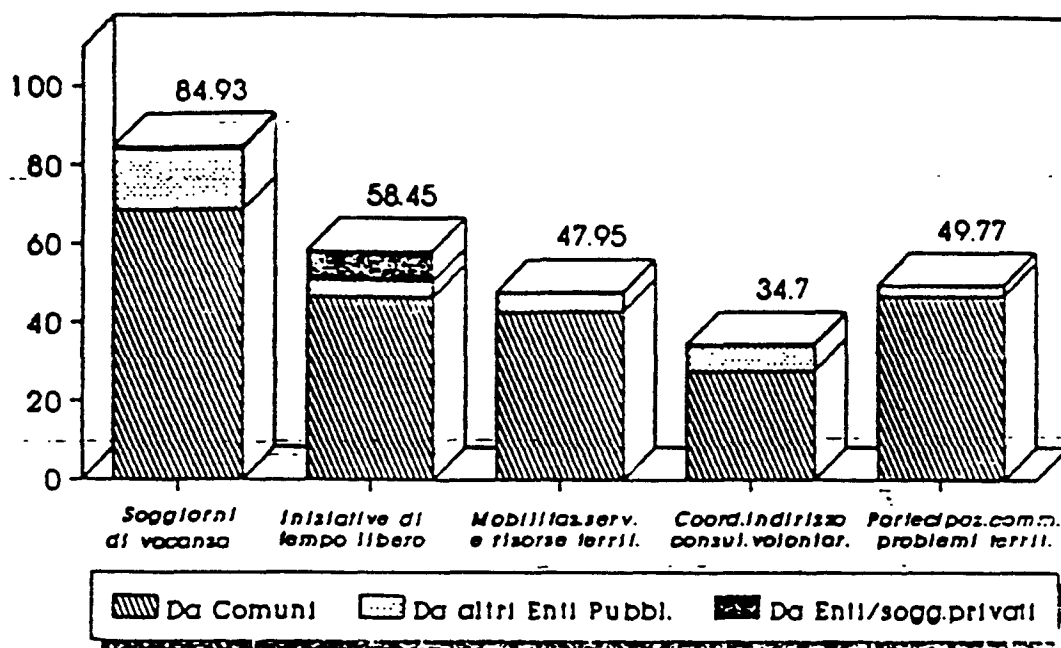
- 1) RILEVAZIONE SERVIZI ANNO 1988: quantificazione degli interventi sul territorio regionale (Assistenza agli anziani nei servizi di assistenza domiciliare)

- 2) COSTI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE NELL'ANNO 1989

**DIFFUSIONE TERRITORIALE DI ALCUNE
ATTIVITA' DI ASSISTENZA SOCIALE
(% COMUNI) - REGIONE - 1988**



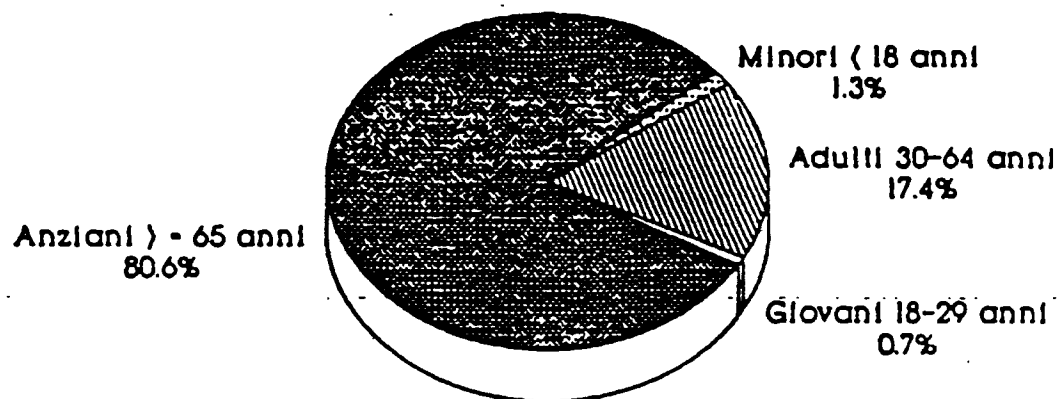
**DIFFUSIONE TERRITORIALE DI ALCUNE
ATTIVITA' DI ASSISTENZA SOCIALE
(% COMUNI) — REGIONE — 1988**



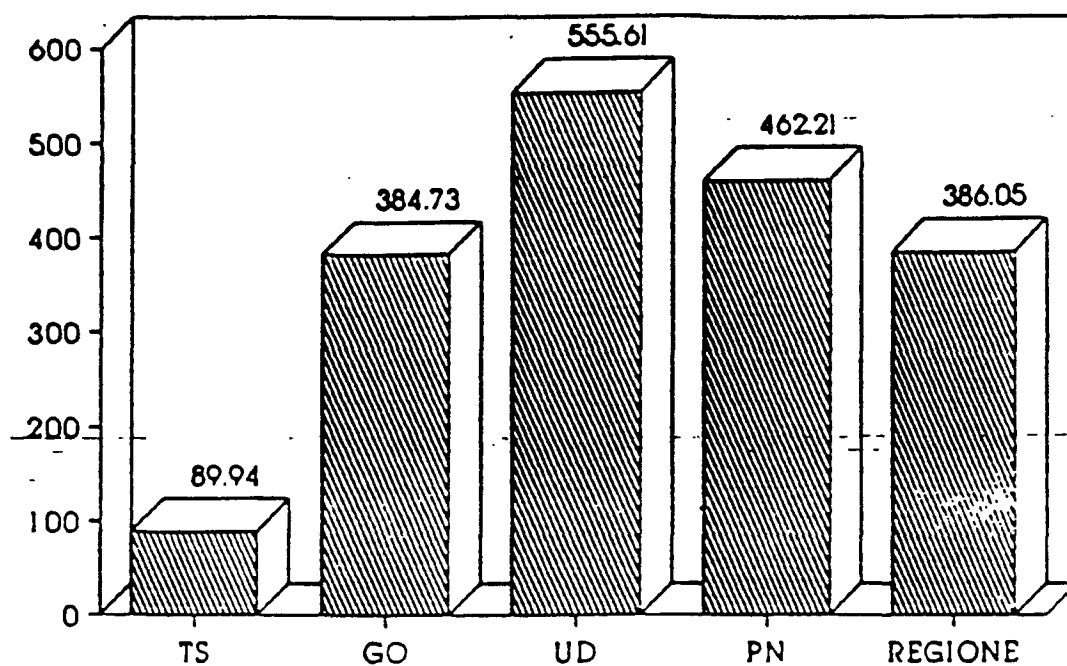
X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

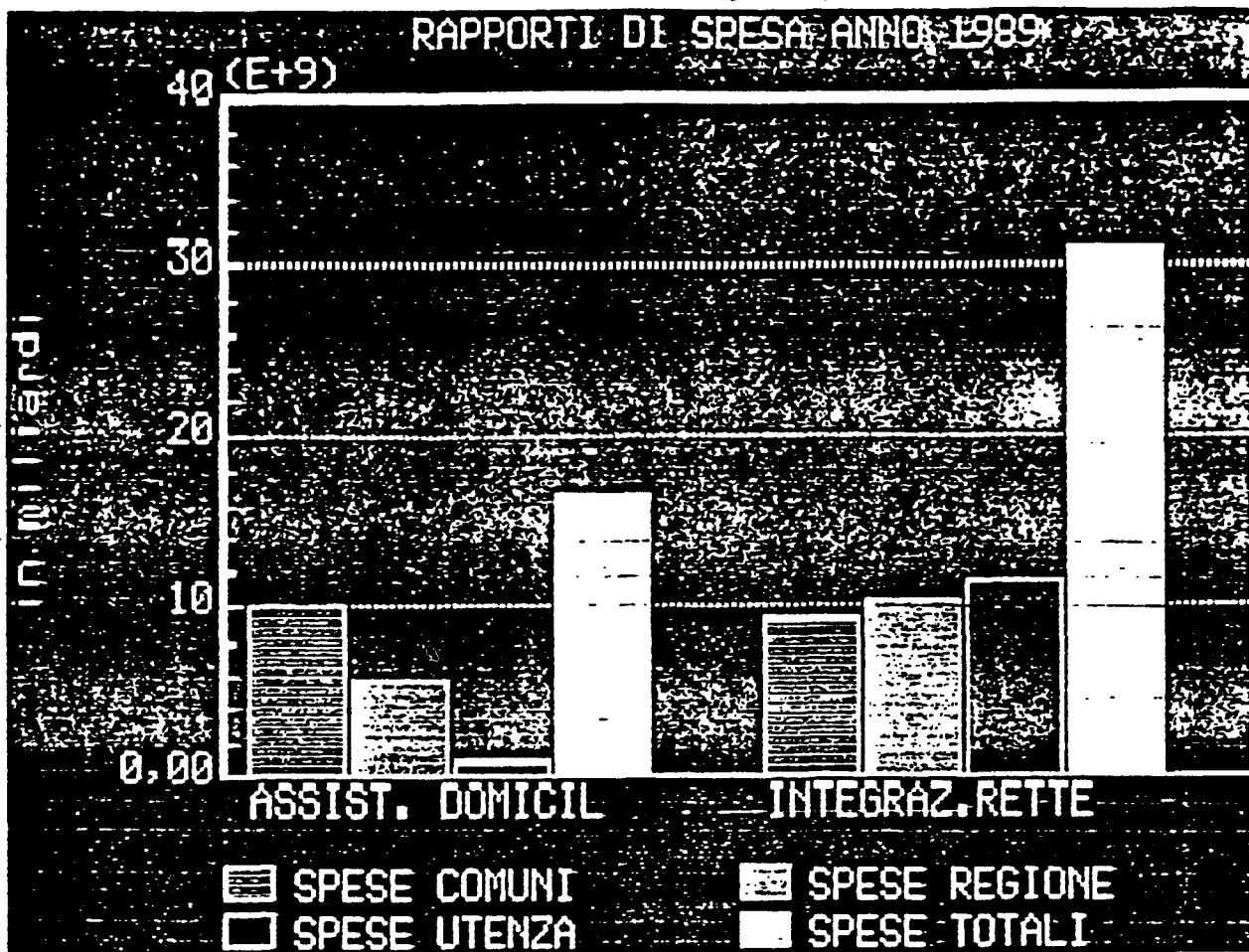
ASSISTENZA DOMICILIARE DOMESTICA ED INFERMIERISTICA: COMUNI PER MODALITA' DI EROGAZIONE E COPERTURA TERRITORIALE (1000)						
ASSISTENZA DOMESTICA	erogata da SAD gestito da Comune, Comunità Montana o Consorzio	erogata da singole assist. domiciliari in convenzione con Comune	erogata da SAD integrato gestito da U.S.L. su delega dei Comuni	non erogata	TOTALE	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA						
erogata da U.S.L. in assenza di delega dei Comuni per prestazioni sociali	32	3		6	40	
erogata da SAD integrato gestito da U.S.L. su delega dei Comuni			67		67	
erogata da SAD gestito da Comune, Comunità Montana o Consorzio	67				67	
erogata da singoli infermieri in convenzione con Comune		1			1	
non erogata	42	7	4	9	62	
TOTALE	131	11	61	14	217	

**SERVIZI DOMICILIARI:
UTENTI PER FASCE DI ETÀ' - 1988**



**SERVIZI DOMICILIARI
UTENTI) = 65 ANNI PER 10.000 ANZIANI.
PER PROVINCIA - 1988**





PAGINA BIANCA

Regione Valle d'Aosta

PAGINA BIANCA

L'intervento della Regione nel settore dell'assistenza agli anziani è disciplinato dalla legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 "Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili".

La situazione dei servizi, negli ultimi due, tre anni, si è avviata verso una progressiva stabilizzazione essendo ormai raggiunti buoni risultati dal punto di vista della quantità dei servizi offerti.

L'attenzione è ora rivolta a migliorare qualitativamente i servizi nell'intento di renderli più efficaci e meglio preparati a rispondere alle diverse esigenze delle persone.

Sulla base della legge 93/82 sono stati finanziati dalla Regione, per l'anno 1991, i seguenti servizi, gestiti da comuni e consorzi:

- servizi di assistenza domiciliare operanti in 71 dei 74 Comuni della Regione;
- centri diurni e d'incontro n. 26;
- micro-comunità n. 21 per complessivi 337 posti;
prevista entro l'anno l'apertura di due nuove strutture.

Le micro-comunità sono strutture socio-assistenziali nelle quali gli anziani vengono ammessi secondo i seguenti criteri impartiti dalla Regione:

- anziani ed inabili non autosufficienti dal punto di vista fisico, che abbiano bisogno di assistenza continuativa senza possibilità di erogarla a domicilio;
- anziani ed inabili parzialmente autosufficienti dal punto di vista fisico o psichico dove l'esigenza di integrazione delle residue capacità individuali con i servizi è tale da non poter essere fornita a domicilio in quantità e con periodicità sufficienti;
- anziani ed inabili che abbiano temporaneamente bisogno di assistenza per mettersi in condizioni di tornare a domicilio dopo un ricovero; per la temporanea assenza di un familiare che abitualmente lo assiste; per certi periodi critici dell'anno (es. inverno) quando le condizioni a casa sono più precarie; per consentire ai familiari un periodo di "riposo" dall'assistenza continuativa ai loro congiunti;
- anziani ed inabili che abbisognano di assistenza o di vita comunitaria solo per un certo numero di ore durante il giorno o durante la notte.

In ogni caso si dà priorità alle persone che: siano sole, che non abbiano figli in grado di accudirli, o di sostenere le spese relative all'assistenza, le cui condizioni ambientali rendano impossibile l'assistenza a domicilio.

La spesa complessiva prevista per la gestione di tutti i servizi sopraelencati, per l'anno 1991, è di circa 22.000.000.000.

I servizi servono una popolazione totale complessiva di circa 115.000. abitanti (la popolazione ultrasessantenne è di circa 17.000. unità).

Nella Regione operano poi nove case di riposo private per complessivi 430 posti. Tre case di riposo per complessivi 249 posti hanno stipulato convenzioni con la Regione ai sensi della legge regionale 15 gennaio 1987, n. 3 "Interventi finanziari della Regione per il funzionamento di case di riposo gestite da istituzioni private e da enti morali".

SITUAZIONE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA ULTRASessantacinquenne IN VALLE D'AOSTA

In Valle d'Aosta su una popolazione totale (al 30.04.1987) di 113.988 abitanti, 16.023 persone risultano ultrasessantacinquenni (14,06%).

I dati dimostrano una presenza maggiore di donne anziane.

MASCHI 6.409 (40%)

TOTALE ANZIANI 16.023
(14,06%)

FEMMINE 9.614 (60%)

Questo elemento sarà una costante che si ritroverà nell'esame dei vari servizi dove la componente femminile risulta, rispetto ai dati relativi all'utenza, sempre dominante.

Circa le fasce d'età, la più vasta è quella degli ultrasessantacinquenni.

MASCHI - 6.409 -			FEMMINE - 9.614 -		
65/69	70/74	+ 75	65/69	70/74	+ 75
2.006 (31,3%)	2.057 (32,1%)	2.346 (36,6%)	2.580 (26,8%)	2.693 (28%)	4.341 (45,2%)

Mancano dati recenti e quindi utilizzabili rispetto alla composizione dei nuclei familiari delle persone anziane. Ciò che si deduce però considerando i dati relativi all'utenza dei servizi è che la maggioranza degli anziani vive sola o in nuclei di due persone (coniugi, fratelli, sorelle).

Questi primi dati generali evidenziano già, principalmente nella fase di programmazione dei servizi, alcune caratteristiche della popolazione anziana valdostana da tenere in considerazione. La potenziale utenza è formata da persone molto anziane e quindi con alta probabilità di degenerare a livello sanitario e di autosufficienza; tali persone in maggioranza vivono sole e quindi con molta probabilità dovranno fare riferimento a dei servizi esterni alla famiglia.

Rispetto alla localizzazione dei servizi nel territorio regionale i dati relativi alla distribuzione della popolazione anziana evidenziano una omogeneità in tutti i distretti. Ciò significa che, escludendo la situazione di Aosta dove si concentra il 32,44% del totale della popolazione anziana valdostana, le restanti zone evidenziano un bisogno analogo di servizi sia in termini di qualità che di quantità.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il servizio di assistenza domiciliare esiste in 61 Comuni della Regione (82,43%). In 13 comuni il servizio è anche di tipo infermieristico (17,56%).

Il numero complessivo degli utenti è pari a 861 di cui 525 soggetti risultano donne (60,98%) e 336 soggetti uomini (39,02%).

Le fasce d'età a cui maggiormente il servizio si rivolge risultano quelle degli ultrasessantacinquenni (460 utenti pari al 53,42%) e dei soggetti di età inferiore ai 65 anni (190 utenti pari al 22,06%).

Infine la maggioranza dei nuclei seguiti risulta composta da persone che vivono sole (su un totale di 714 nuclei seguiti sono 458 i nuclei monofamiliari pari al 64,14%).

A livello quantitativo il servizio di assistenza domiciliare sta rispondendo in modo capillare su quasi tutto il territorio regionale ai bisogni di persone sia anziane che relativamente giovani ma inabili che vivono sole.

La risposta al bisogno si può considerare soddisfacente sia perché sono ormai pochi i Comuni in cui il servizio non è stato istituito, sia perché le domande non soddisfatte risultano minime (totale 20).

I dati evidenziano carenze solo a livello di assistenza infermieristica che esiste in pochi comuni. Anche laddove esiste, il servizio infermieristico domiciliare è svolto di regola da personale non di ruolo e a tempo parziale.

Un ultimo riferimento all'aspetto del personale evidenzia che le assistenti domiciliari operanti sono 110 di cui 89 (80,9%) di ruolo e 21 (19,1%) non di ruolo. Sul totale, sono 37 le unità che operano a tempo parziale (33).

Non esiste quindi ancora sul territorio regionale una situazione con linea del personale.

Pare comunque positivo il rapporto tra in numero del personale e il numero degli utenti (1 assistente ogni 7,8 utenti).

MICRO-COMUNITA'

Sul territorio valdostano sono attualmente funzionanti 18 micro-comunità per un totale di posti disponibili di 265.

La distribuzione di tali strutture non risulta omogeneo infatti nei distretti nn° 6 - 9 - 12 e 13 non esistono mentre, ad esempio, nel distretto n° 4 sono presenti 3 micro-comunità.

Gli ospiti attualmente inseriti sono 222 di cui 93 maschi e 129 donne (58,2%); inoltre il 64,5% ha un'età superiore ai 75 anni.

Rilevante è osservare il numero delle domande non soddisfatte (147) che evidenzia l'alta richiesta di strutture per anziani ed inabili per lo più non autosufficienti, soprattutto rispetto la realtà del distretto n° 5 (domande non soddisfatte 58) e n° 3 (domande non soddisfatte 34).

Il personale operante presso le micro-comunità risulta:

<u>assistenti</u> tutelari di ruolo a tempo pieno	n° 52	40,3%
assistenti tutelari di ruolo a tempo parziale	n° 4	3,1%
assistenti tutelari non di ruolo a tempo pieno	n° 7	55,1%
assistenti tutelari non di ruolo a tempo parziale	n° 2	1,5%

La situazione del personale delle micro-comunità appare molto simile nella collocazione e quindi nelle problematiche a quella relativa all'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, questa è presente solo in 7 micro-comunità. Facendo una media tra le unità di personale infermieristico e gli ospiti di tali strutture ne risulta un rapporto di 1 infermiera ogni 28,4 utenti.

Il seguente schema presenta la situazione di potenziamento delle micro-comunità:

1) micro-comunità di prossima apertura

- 1) Sarre - Torgnon
- 2) Hône

2) micro-comunità in costruzione o in progettazione

- 1) Pontey in costruzione
- 2) Introd "
- 3) Fénis in progettazione
- 4) Gressan "
- 5) Perloz "
- 6) Saint-Christophe "

CENTRI D'INCONTRO

Nella Regione esistono 13 centri d'incontro (di cui 3 nel Comune di Aosta). Questo tipo di servizio risulta quindi ancora poco sviluppato.

Gli utenti complessivi sono 463 (184 maschi (39,7%) e 279 femmine (60,3%)).

E' interessante notare che a differenza degli altri servizi la fascia di utenza più elevata è quella di età inferiore ai 65 anni (164 utenti pari al 35,4%).

Questo dato e il fatto che la più elevata partecipazione esista in centri di tipo urbano (Aosta, Pont-Saint-Martin) denota che questo servizio risponde a esigenze di organizzazione del tempo libero e di socializzazione e che il suo utilizzo è legato anche a fattori di mentalità e di abitudini di vita.

I centri d'incontro sembrano rappresentare un tipo di servizio in cui la partecipazione diretta e attiva dell'utenza da principio teorico si è trasformata in realtà: dei 13 centri, ben 8 (61,5%) sono infatti autogestiti dagli anziani.

GIURNI E NOTTURNI DI ASSISTENZA

Esistono nella regione 10 strutture di questo tipo di cui 3 fungono anche Centro notturno di assistenza.

Gli utenti sono complessivamente 108, 43 maschi (39,8%) e 65 femmine (60,2%).

La fascia prevalente di utenza è quella degli ultrasettantacinquenni (43,5%).

Là dove esiste, tale servizio risponde in modo soddisfacente al bisogno (esiste o la domanda non soddisfatta).

Rispetto al personale si nota che o si fa riferimento a personale di altri servizi (micro-comunità) o si utilizza personale non di ruolo a tempo parziale.

Tale tipo di servizio risponde a bisogni parziali delle persone, principalmente a quello della fornitura del pasto.

SOGGIORNI MARINI

A differenza degli altri servizi gestiti direttamente dai Comuni e dai Consorzi di Comuni, i soggiorni vengono organizzati dalle Comunità Montane (fatta eccezione del Comune di Aosta).

Dai dati a disposizione risulta che tutte le Comunità Montane organizzano soggiorni marini (1 o 2 turni) della durata di circa 15-20 giorni in località marine, in prevalenza in Liguria. Solo il Comune di Aosta, avendo a disposizione la struttura della colonia a Pinarella di Cervia (RA), organizza 2 turni in questa località più un soggiorno al Lago di Garda.

Il totale delle persone interessate è di 730 di cui il 68,7% è di sesso femminile. La fascia d'età maggiormente interessata è quella degli ultrasettantacinquenni (il 31,9%), seguono poi le persone con meno di 65 anni (il 26,8%).

Il personale utilizzato risulta essere alquanto disomogeneo, infatti vengono individuate diverse figure non troppo definibili che vanno dall'assistente all'animatore, dall'infermiere professionale all'utente con funzioni di capo-gruppo. E' inoltre interessante osservare che alcune Comunità Montane utilizzano forze lavoro esterne (personale del luogo).

Risulta comunque che questo servizio è rivolto prevalentemente a persone anziane autosufficienti. Solo il Comune di Aosta, avendo anche a disposizione la colonia, organizza soggiorni marini che possono essere usufruiti anche da persone non autosufficienti e in questo senso è da interpretarsi la quantità e la qualità del personale occupato.

CURE TERMALI

Solo in 4 distretti (e precisamente in 5 Comuni) sono organizzate e realizzate le cure termali presso le terme "FONS SALUTIS" di Saint-Vincent, rivolte ad un totale complessivo di 103 anziani, per lo più donne (73,7%) di età superiore ai 75 anni.

Provincia Autonoma di Bolzano

PAGINA BIANCA

SERVIZI SOCIALI E SANITARI IN PROVINCIA DI BOLZANO

1. In generale

1) Sviluppo demografico

Come nel resto d'Italia ed in Europa, da alcuni anni anche in Alto Adige la percentuale di anziani sulla popolazione complessiva è in continua crescita e continuerà ad aumentare ancora.

Secondo uno studio dell'Istituto provinciale di statistica sullo sviluppo della percentuale di ultrasessantacinquenni e di ultrasessantacinquenni sulla popolazione complessiva dell'Alto Adige, fino all'anno 2011 si prospettano le seguenti cifre:

ultrasessantacinquenni:

1991	2001	2011
12.7 %	14.2 %	16.4 %

ultrasessantacinquenni:

1991	2001	2011
5.2 %	5.9 %	6.6 %

Rispetto alle Regioni limitrofe l'Alto Adige pertanto si trova nella media: Baviera 16.4 %, Tirolo 13 %, Vorarlberg 12 %, Salisburgo 13 %, Trentino 17 %, Lombardia 14 %, Ticino 17.8 %.

Anche la durata media probabile della vita dovrebbe fino al 2011 aumentare ulteriormente.

- 2) Nei seguenti Comuni si registra - rispetto alla percentuale media di ultrasessantacinquenni sul totale della popolazione residente in Alto Adige (12.3 % nel 1988) - una percentuale di anziani superiore alla media:

Bolzano	15.2%
Merano	16.8%
Anterivo	16.6%
Salorno	15.8%
Tires	16.0%

Nei seguenti Comuni la percentuale di ultrasessantacinquenni è inferiore alla media:

Caines	7.9%
Falzes	7.2%
Gais	7.3%
Moso in Passiria	7.4%
Naz-Sciaves	7.0%
Perca	6.1%
Selva dei Molini	7.8%
Terento	7.7%
Verano	7.9%

Da questi dati risulta che la percentuale di anziani cresce nei centri maggiori della provincia e nei Comuni montani con mancanza di infrastrutture (emigrazione di giovani). Si è invece in presenza di una bassa percentuale di anziani nei Comuni in cui ci sono stati degli interventi economici, dove è possibile acquistare un alloggio e il tasso di natalità è ancora relativamente alto.

II. Situazione abitativa degli anziani

1) In data 31.12.1987, complessivamente 16.156 anziani (30,8%) vivevano in casa da soli; di questi, 8.767 (54,2%) avevano più di 75 anni; la tendenza è aumento.

2) In data 30.06.1988, 2.411 anziani (4,59%) vivevano in Case di riposo. Attualmente in Alto Adige sono a disposizione 100 posti letto in reparti di degenza. In data 31.12.1988, 103 alloggi predisposti in base alla legge provinciale n. 77/73 (ristrutturazione di edifici esistenti di proprietà di enti pubblici) erano occupati da anziani.

L'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata ha finora messo a disposizione 140 alloggi in base alla graduatoria speciale per anziani. Ca. il 42 % degli alloggi dell'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata, occupati secondo la graduatoria generale, sono occupati da anziani.

3) Per poter garantire agli anziani una vita nei centri di città e di Comuni sono necessarie le seguenti misure:

a) Il patrimonio abitativo esistente, che in parte deve essere generalmente risanato, va risanato e conservato come spazio abitativo, garantendo un risanamento a misura degli anziani (grandezza dell'alloggio, struttura e dotazioni, barriere architettoniche, ascensore, telefono, ecc.). Nell'ambito dell'edilizia abitativa agevolata è prevista la predisposizione di relativi programmi.

b) Nei centri della città e dei Comuni oppure nelle loro vicinanze vanno costruite strutture di assistenza sociale agli anziani (Case di riposo, centri di degenza, alloggi protetti).

Nel programma edilizio generale dell'Istituto per l'edilizia abitativa agevolata deve venire riservata agli anziani una certa percentuale di alloggi costruiti ed arredati a loro misura.

4) La sperimentazione di nuove forme abitative è necessaria e la Giunta provinciale è disposta a sostenere iniziative di questo tipo. Esempi: Case di riposo, strutture per il

ricovero temporaneo. Case di degenza diurna, comunità alloggio, centri sociali polifunzionali. La sperimentazione di siffatte forme abitative è stata inserita nella bozza del Piano sociale provinciale. È prevista pure la modifica della legge provinciale n. 77/73 sull'assistenza sociale agli anziani.

- 5) Onde rendere possibile la permanenza dell'anziano nella sua casa, è necessario l'impiego di tutti gli strumenti dell'edilizia sociale e della relativa politica, ivi compresa la regolamentazione dell'occupazione degli alloggi sociali (graduatoria speciale), del sussidio casa, la definizione di prezzi per le aree edificabili, ecc.
- 6) La Provincia concede contributi sia ad enti pubblici che a privati, per la ristrutturazione di alloggi perché rispondano alle esigenze degli anziani.
 - a) L'art. 26 della l.p. 30 ottobre 1973, n. 77, con successive modifiche ed integrazioni, prevede contributi a favore di enti locali (Comuni, enti di assistenza e di beneficenza pubblica), che rinnovano o ristrutturano i propri immobili per destinarli per almeno 15 anni ad alloggi per anziani. I contributi possono essere concessi nella misura massima del 60 % della spesa riconosciuta ammissibile.
 - b) In base all'art. 2, comma 1, lettera d, punto 3 della l.p. 20 agosto 1972, n. 15, e successive modifiche ed integrazioni, possono essere concessi sussidi a privati portatori di handicaps al fine di un adattamento dei loro alloggi alla loro situazione, di questa possibilità finora è stato fatto uso estremamente limitato.

III. "Anziani attivi"

- 1) Nel programma di formazione ed educazione permanente della Giunta provinciale sono comprese anche iniziative di formazione specifiche per gli anziani, organizzate dalle varie associazioni e strutture di formazione altoatesine (KVW, Urania, Academia Nikolaus Cusanus, Lichtenburg, università della terza età, ecc.). Anche i circoli degli anziani hanno in programma iniziative di formazione ed educazione permanente e usufruiscono di contributi proprio per questo tipo di attività.
- 2) Le iniziative di cui sopra spaziano da argomenti generali riguardanti l'età fino a temi specifici come la salute in età avanzata, la formazione religiosa, la gestione del tempo libero e argomenti di cultura generale. L'offerta attuale riesce a soddisfare la domanda. La quantità della domanda dipende tuttavia dalla possibilità di stimolare gli anziani a partecipare a questo tipo di iniziativa. Per il futuro si prevede un aumento della domanda.

Non ci è noto l'esistenza di iniziative culturali che abbiano esclusa o che escludano la partecipazione di anziani: tuttavia a volte l'esclusione è automatica causa il tipo di formazione o aggiornamento proposto.

IV. L'impiego di anziani a favore delle comunità

- 1) In questo campo si è ancora agli inizi: può essere ulteriormente sviluppato. Le varie iniziative devono essere collaterali all'attività dei servizi pubblici. L'ente pubblico deve garantire la consulenza, il coordinamento ed in parte il finanziamento. Con l'istituzione dei distretti sociali e sanitari vengono creati punti di riferimento decentrati; sarà compito dell'istituendo servizio sociale professionale fornire proposte e consulenza alle varie organizzazioni di mutuo soccorso. Momento operativo importante delle organizzazioni di mutuo soccorso possono essere tutti i tipi di iniziative di formazione ed educazione permanente incentrate su temi pratici (p.es. corsi di pronto soccorso, conoscenze elementari di organizzazione sociale, assistenza, ecc).

Anche la costruzione di un sistema telefonico di emergenza servi all'organizzazione di interessati.

- 2) Esperienze positive sono già state fatte nell'impiego di anziani nell'ambito del servizio di sorveglianza presso i semafori davanti alle scuole, nell'ambito della Cooperativa lavoratori anziani a Bolzano (mensa, legatoria, laboratorio per portatori di handicaps, lavori da idraulico, lavori nei giardini comunali).

V. Assistenza medica per anziani

- 1) L'assistenza medica sul territorio viene garantita dai medici di base, cioè da medici generici convenzionati: la normativa statale prevede un medico ogni 1.000 abitanti. In seguito all'attuale carenza quantitativa di medici in Alto Adige, la Giunta provinciale ha determinato - in deroga alla suddetta normativa - un rapporto di 1 medico per 2.000 abitanti, con un limite massimo di 2.500 assicurati per ogni medico.

Un tanto premesso, si può dire che l'assistenza medica, tutto sommato, è garantita in modo soddisfacente su tutto il territorio provinciale, compresa l'assistenza medica a domicilio.

Noi speriamo di poter adeguare in un prossimo futuro questo rapporto medico-cittadini sempre più alla normativa statale, per poter offrire non solo agli anziani, ma a tutta la popolazione un servizio sempre migliore e capillare su tutto il territorio provinciale.

Per poter garantire agli anziani degenti, agli invalidi o agli ammalati cronici, che vivono a casa propria o in una Casa di riposo e che causa la loro malattia non sono in grado di recarsi nell'ambulatorio del proprio medico di base, un'adeguata assistenza medica domiciliare, nel 1987

è stata introdotta in Alto Adige la cosiddetta "assistenza programmata per pazienti immobilizzati".

Questa assistenza domiciliare programmata consiste in periodiche visite domiciliari del medico di base, che vengono effettuate indipendentemente dalle normali chiamate urgenti. Nel corso di queste visite periodiche il medico di base può proporre visite specialistiche, effettuare analisi diagnostiche a domicilio nonché chiedere l'intervento del servizio di assistenza e cura domiciliare, se già istituito a livello di distretto.

- 2) Compito dei prossimi anni sarà quello di ricondurre gli ospedali al loro compito istituzionale esclusivo, cioè la cura dei malati acuti. Pertanto i reparti di geriatria acuta previsti nel Piano sanitario provinciale 1988-91 dovrebbero essere sufficienti ed anche coprire in modo sufficiente il fabbisogno dei vari bacini d'utenza. I reparti di geriatria acuta sono distribuiti sul territorio provinciale in modo seguente:

Ospedale di Bolzano
50 posti letto

Ospedale di Merano
40 posti letto

Ospedale di Brunico
15 posti letto, in comune con il reparto di medicina generale

Ospedale di Bressanone
20 posti letto, in comune con il reparto di medicina generale

Gli anziani non autosufficienti cronici devono essere sistemati in apposite strutture di assistenza e di cura ancora da istituire. Il Piano sanitario provinciale prevede pertanto la creazione di 1.150 posti letto per l'assistenza a questo tipo di persone, di cui 300 in strutture aggregate ad ospedali e 850 in strutture autonome oppure in strutture aggregate a Case di riposo.

VI. Assistenza aperta

- 1) Attualmente i 19 servizi di assistenza domiciliare coprono ca. l'85 % del territorio provinciale. Dal 1 gennaio 1990 sono operanti ulteriori 3 servizi: per la zona di Chiusa, per la Val Badia e per la zona di Rio Pusteria. In Val Venosta si aggiungeranno altri 4 Comuni. La dotazione organica dei servizi non è sufficiente. In base agli standard vigenti nei servizi esistenti manca ca. il 35 % del personale (assistenti geriatrici e familiari). Le attrezzature del servizio vanno migliorate, soprattutto in merito alla sede amministrativa, ai locali degli uffici e all'arredo dei medesimi. E' prevista l'introduzione, a livello amministrativo, dell'elaborazione elettronica dei dati.

- 2) Dei 17 servizi dell'assistenza domiciliare aperta, 5 sono di natura privata: essi operano - per quanto riguarda il bacino d'utenza minimo, il bisogno di personale, la qualificazione del personale, il finanziamento, la quota a carico dell'utente - applicando gli stessi criteri delle strutture pubbliche. Pertanto nelle varie zone di competenza opera soltanto un servizio di assistenza domiciliare aperto, fatto, questo, che si ripercuote positivamente sull'unitarietà, sulla chiarezza e sulla trasparenza, e ne trae vantaggio in special modo l'utente. Un altro tipo di aiuto aperto viene offerto da un po' di tempo a questa parte dall'associazione "Lebenshilfe" (servizio mobile di assistenza): questo si basa sul principio della collaborazione volontaria e gratuita dei collaboratori ed opera con principi, che in parte si differenziano da quelli applicati nei servizi pubblici. Si deve ancora procedere ad un coordinamento dettagliato fra gli interventi dei servizi professionali di assistenza domiciliare aperta e fra l'intervento del "servizio mobile di assistenza". Al momento attuale non esistono punti di riferimento comuni dei servizi pubblici e dei servizi privati.
- 3) Per garantire la copertura del fabbisogno attuale e futuro di personale specializzato nei servizi, la Giunta provinciale attualmente sta offrendo corsi di formazione professionale per assistenti geriatrici e familiari. Presso l'Ispettorato della formazione professionale in lingua italiana attualmente si sta svolgendo un corso con 20 partecipanti. Nonostante una vasta campagna pubblicitaria, la richiesta di posti di formazione da parte dei sudtirolesi di lingua italiana è scarsa. Presso l'Ispettorato della formazione professionale in lingua tedesca attualmente si stanno svolgendo 3 corsi di formazione con complessivamente 77 partecipanti. Un altro corso con 25 partecipanti inizierà a gennaio. E' in preparazione un corso di qualificazione per il personale dirigente.
- 4) Attualmente non sono disponibili strutture per casi di breve degenza e centri diurni di cura.
- 5) Il personale specializzato dei servizi aperti di assistenza domiciliare è in continuo contatto con i familiari degli assistiti, la cui consulenza rientra fra i compiti del personale stesso. La grande mole di lavoro che grava sul personale specializzato rende però pressoché impossibile una completa e continuativa consulenza dei familiari..

VII. Ricoveri

- 1) Attualmente il numero dei posti nelle Case di riposo dovrebbe essere sufficiente. In Alto Adige esistono 2.500 posti in Case di riposo (pari al 4.7 % della popolazione anziana). Il numero dei posti nei centri di degenza per

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

anziani non è invece affatto sufficiente. Non sono previsti attualmente posti in strutture gerontopsichiatriche. Non esiste una programmazione fino all'anno 2000.

Il Piano sanitario provinciale 1988-91 prevede la creazione di 1.150 posti nei centri di degenza: attualmente ne esistono 140. Nelle Case di riposo sono ricoverati ca. 800 anziani non autosufficienti, bisognosi di cure.

- 2) Problemi di ammissione alle Case di riposo e ai centri di degenza esistono soprattutto nelle città, ed in modo particolare a Bolzano e a Merano: in nessun comprensorio i posti sono sufficienti.
- 3) I tempi medi di attesa non sono stati rilevati. Nel caso dei centri di degenza sono troppo lunghi e vanno aumentando.
- 4) I Comuni partecipano ai costi di costruzione di strutture per la degenza, aggregata alle Case di riposo, per 1/3: 1/3 è finanziato attraverso le Comunità di valle e di comprensorio, 1/3 con il bilancio provinciale.
- 5) Per ogni Unità sanitaria locale è previsto un apposito servizio di riabilitazione, che deve garantire tutte le prestazioni nel campo della riabilitazione dall'ospedale al territorio (distretto). Alla riabilitazione attiva deve essere attribuito un ruolo importante in questo contesto. E' ovvio che questo servizio offrirà le proprie prestazioni anche alle Case di riposo, ai centri di degenza e - nel caso vi fosse bisogno - anche mediante visite domiciliari.
Nei prossimi anni saranno inoltre istituite le seguenti strutture riabilitative:
 - una struttura per la riabilitazione di pazienti colpiti da infarto e pazienti operati al cuore;
 - una struttura per la riabilitazione delle vittime di incidenti o di pazienti operati;
 - una struttura per la riabilitazione dei paraplegici - la loro prima riabilitazione deve comunque avvenire in strutture al di fuori della provincia;
 - una struttura per la riabilitazione di pazienti affetti da tumore;
 - una struttura per la riabilitazione di casi neurologici;
 - una casa-alloggio per pazienti psichiatrici.

Nella situazione attuale il servizio di riabilitazione per persone anziane è pressoché inesistente.

- 6) Le Case di riposo e i centri di degenza esistenti garantiscono ai loro ospiti un programma relativamente ampio di partecipazione attiva e del tempo libero (festività religiose, feste di compleanno, ginnastica, bricolage, escursioni e viaggi, giochi di carte ed altro, conferenze, proiezioni di film, ecc.).
- 7) Per quanto attiene alla formazione del personale di assistenza vedi Punto VI, 3. Ai fini di una maggiore qualifi-

cazione dell'assistente geriatrico soprattutto nel campo medico-curativo, dall'autunno del 1989 saranno inserite nel programma di qualificazione degli assistenti geriatrici e familiari ulteriori 150 ore di insegnamento teorico specifico (gerontopsichiatria inclusa); inoltre sarà introdotto un tirocinio in un reparto di geriatria o in un centro di degenza.

La concessione di un'indennità per l'assistenza svolta da familiari che assistono un congiunto anziano a domicilio è ora possibile, in quanto è entrato in vigore il regolamento di esecuzione dell'art. 21 della l.p. n. 33/88. E' invece difficilmente possibile, nell'ambito delle competenze della Provincia, il pagamento di contributi per l'assicurazione pensionistica.

- 8) Mediamente, nelle Case di riposo i costi del personale incidono sulla retta per il 67 %, nei centri di degenza per il 76 %.
- 9) Attualmente è quasi impossibile il passaggio dall'assistenza nelle strutture di ricovero a quella in strutture ambulatoriali e non viene praticato. I servizi di ricovero e quelli ambulatoriali operano in modo relativamente separato; in talune situazioni la collaborazione è buona.
- 10) Strutture con numerosi posti letto sono da evitare. Attualmente non si può però rinunciare alle grandi strutture esistenti, poiché queste si trovano nelle città (soprattutto a Bolzano) e poiché è impossibile realizzare strutture alternative a breve medio termine.

VIII. Assistenza agli anziani effettuata da congiunti

- 1) L'assistenza effettuata da parte dei congiunti va incentivata.
- 2) E' ancora agli inizi la consulenza dei congiunti che prestano assistenza a domicilio.
- 3) Nella bozza del Piano sociale è prevista, a livello del distretto sociale e sanitario, la consulenza per il cittadino.
- 4) Oltre all'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili, i ciechi civili e i sordomuti, in base all'art. 21 della l.p. n. 33/88 è possibile concedere un assegno mensile per l'assistenza prestata dai congiunti. Tenendo conto del fatto che l'assistenza prestata agli anziani a domicilio da parte dei loro congiunti è la forma più umana di assistenza, con l'art. 21 della l.p. n. 33/88 (Piano sanitario provinciale) è stato previsto il servizio di ospedalizzazione a domicilio. L'articolo prevede che "al familiare che garantisce, anche con l'ausilio di altri familiari o terzi, l'assistenza a domicilio della persona gravemente non autosufficiente, è corrisposto per la durata dell'ospedalizzazione a domici-

lio. un assegno giornaliero pari a un trentesimo dell'importo mensile dell'indennità di accompagnamento per invalidi civili totalmente inabili di cui alla legge provinciale n. 46/78."

I congiunti che assistono anziani a domicilio, possono servirsi da un lato del Servizio di ospedalizzazione a domicilio, da istituirsi in ogni distretto sanitario, dall'altro del Servizio di assistenza domiciliare, che ha il compito di garantire non solo un'assistenza attiva, ma anche la consulenza dei congiunti.

E' già stata valutata l'opportunità di promuovere la formazione di gruppi di congiunti, e sarà compito primario della Giunta provinciale offrire a questi gruppi idonei aiuti tecnici nonché finanziari. In questo campo possono fornire un contributo importante soprattutto istituzioni come il KVW, la Caritas, ecc.

IX. Formazione di medici e personale infermieristico

- 1) In seguito alla predisposizione delle nuove piante organiche delle Unità sanitarie locali è stato possibile aumentare il numero dei posti per medici geriatrici.

Pertanto con deliberazione della Giunta provinciale n. 5612 del 18 settembre 1989, la geriatria è stata classificata materia specialistica carente e pertanto in futuro potranno essere adottate misure di incentivazione riguardanti la formazione di medici specialisti in questo campo.

Dalle comunicazioni delle Unità sanitarie locali ci risulta, che attualmente due medici si stanno specializzando in geriatria.

Per quanto riguarda l'aggiornamento professionale, negli anni scorsi l'assessorato alla sanità ha organizzato a Bolzano, in collaborazione con il "Kuratorium für Geriatrie Tirol", i simposi di geriatria (compl. 4) e nel 1987, in collaborazione con l'Università di Modena, un convegno internazionale sulla demenza senile.

Nel 1988 l'assessorato alla sanità ha organizzato a Merano il congresso internazionale sul tema "Cure termali per persone anziane".

Inoltre i medici hanno la possibilità di partecipare, nel limite dei mezzi assegnati alle Unità sanitarie locali, a congressi in Italia ed all'estero.

Parimenti anche il personale paramedico ha la possibilità di partecipare, nel limite dei mezzi e delle esigenze di servizio, ad iniziative di aggiornamento in Italia e all'estero.

L'assessorato ha organizzato nel febbraio 1989 un convegno sul tema "Morire in ospedale", rivolto soprattutto al personale paramedico.

Va poi fatto presente che in Alto Adige anche associazioni, organizzazioni e strutture private per la formazione e l'aggiornamento si occupano di temi attinenti la geriatria e la gerontopsichiatria, organizzando convegni, ecc. per il personale paramedico. In che misura tutte queste iniziative vengano utilizzate da parte del personale, non è a conoscenza dell'assessorato.

- 3) Per garantire un numero sufficiente di personale qualificato nei reparti di geriatria degli ospedali e dei centri di degenza, l'assessorato alla sanità organizzerà quest'autunno un corso di specializzazione, della durata di 300 ore, per assistenti geriatrici interessati a prestare servizio nelle strutture di ricovero.

X. Situazione finanziaria degli anziani

- 1) Nel 1987 in Alto Adige il reddito medio familiare delle persone ultrasessantenni era di lire 1.375.000.-
Non sono disponibili dati sulla situazione patrimoniale degli anziani.
E' significativo il fatto, che nel 1988, nel 27 % delle famiglie che percepiscono contributi di assistenza sociale, la presenza di anziani con reddito troppo basso comportava la necessità del contributo sociale.
- 2) Nel 1988 55 anziani ricoverati in Case di riposo o in centri di degenza hanno percepito dagli enti per l'assistenza di base il "Taschengeld" (prestazioni economiche di base) di cui alla l.p. n. 69/73.

Non è noto il numero degli anziani ricoverati in Case di riposo o in centri di degenza, la cui retta è pagata dalle amministrazioni comunali. Prossimamente esso sarà rilevato. Gli sviluppi futuri sono difficilmente valutabili in quanto dipendono dall'andamento delle pensioni, dallo sviluppo dei costi nelle Case di riposo e nei centri di degenza e dalla definizione dei criteri, in base ai quali i congiunti vengono chiamati a partecipare al pagamento della retta. Ai fini di un sovvenzionamento delle rette nelle Case di riposo, la Giunta provinciale è disposta ad aumentare il contributo provinciale per l'assistenza dei propri anziani non autosufficienti.

Provincia Autonoma di Trento

PAGINA BIANCA

1. NORME PRINCIPALI NEL SETTORE ANZIANI

Il settore dell'assistenza agli anziani nella Provincia Autonoma di Trento è regolamentato principalmente dalla L.P. 19 agosto 1973, n. 28 "Provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani e delle amministrazioni ospedaliere nonché per l'esecuzione di programmi annuali di opere pubbliche".

Tale legge detta norme per favorire il superamento delle difficoltà derivanti dalla vecchiaia, attraverso la realizzazione ed il mantenimento di case di riposo, centri di assistenza o di soggiorno per le persone anziane o comunque inabili e in stato di bisogno. La legge dichiara nelle disposizioni generali che per tali scopi devono essere preferite forme di assistenza aperta di tipo domiciliare. Proprio in relazione all'assistenza aperta la L.P. 19 agosto 1973, n. 28 è stata modificata dall'art. 8 della L.P. 25 settembre 1978 n. 40 "Provvedimenti per la ristrutturazione dei servizi socio-sanitari a livello comprensoriale". In detto articolo si prevede che siano i comprensori a gestire l'assistenza domiciliare, considerata quale modalità operativa fondamentale dei servizi socio-sanitari di base. Ad essa ai sensi dell'art. 8 L.P. 25 settembre 1978 n. 40, possono accedere in senso ampio tutti coloro (singoli o gruppi familiari) che necessitano di sostegno, temporaneo o continuativo, in relazione al verificarsi di cause che determinino lo stato di bisogno.

Per quanto concerne la partecipazione degli utenti agli oneri relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare, il comma 4 dell'art. 8 L.P. 25 settembre, n. 40 rimanda ai regolamenti comprensoriali la fissazione dei limiti e della modalità.

Degno di nota è anche un altro recente provvedimento legislativo. Nei mesi scorsi è stata infatti promulgata la L.P. 18 giugno 1990 n. 16 "Interventi di edilizia abitativa a favore di persone anziane e modificazioni alle leggi provinciali in materia di edilizia abitativa e alla legge provinciale 14 settembre 1979 n. 8, concernente "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Provincia Autonoma di Trento".

Si tratta di un provvedimento di rilievo nel settore dell'assistenza che prosegue la politica edilizia a favore degli anziani già avviata con la sopracitata L.P. 19 agosto 1973, n. 28. Le sue finalità si prefiggono di agevolare il mantenimento o il reinserimento delle persone anziane nel proprio nucleo familiare.

I soggetti beneficiari sono le persone con più di 65 anni o comunque affette da disabilità dovute all'invecchiamento. Possono fare richiesta degli interventi previsti dalla legge anche coloro che comprendono o intendono includere nel proprio nucleo familiare le persone anzidette.

Gli interventi, nella fattispecie, consistono nella realizzazione di opere di risanamento e di ristrutturazione di strutture abitative" su:

- a) alloggi di proprietà dei Comuni;
- b) su alloggi di proprietà dei privati o comunque sui quali sia costituito un diritto reale di godimento a favore di privati.

Per quanto concerne l'attuazione, la legge stabilisce che vi provvedano i comuni per gli interventi sub a) e i comprensori per gli interventi sub b).

2. CONCLUSIONE DELLA RELAZIONE DEL DIPARTIMENTO SANITA' E ASSISTENZA.

Le strategie di intervento nell'area dei servizi per anziani

In attesa della rielaborazione dello specifico progetto intersettoriale, le linee politiche concernenti la più generale area dei servizi rivolti agli anziani che la Provincia intende sviluppare nei prossimi anni sono rintracciabili nell'aggiornamento del Programma di Sviluppo Provinciale per gli anni 1990 - 1992.

Partendo dal principio che l'elemento che influisce maggiormente sulla qualità della vita delle persone è costituito dalla continuità dei rapporti sociali, unitamente alla conservazione di un adeguato livello di autonomia psico-fisica ed economica, si ritiene necessario favorire al massimo la permanenza degli anziani nel proprio nucleo familiare e ambiente di vita ed altresì sviluppare azioni strategiche tese alla prevenzione dell'insorgenza delle situazioni di non autosufficienza.

A tale fine, la P.A.T. adotta una politica generale degli interventi che persegue i seguenti obiettivi:

- la promozione del ruolo dell'anziano nel contesto sociale;
- lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari;
- il miglioramento delle condizioni abitative;
- la tendenziale eliminazione dei ricoveri impropri sia negli ospedali che nelle strutture residenziali per anziani;
- l'ulteriore qualificazione delle strutture residenziali per anziani.

Le azioni da sviluppare devono essere comprese nell'ambito di una strategia globale ed integrata di intervento, con lo scopo di affrontare la complessità e la molteplicità dei bisogni mediante un approccio ad un tempo coordinato e personalizzato.

Di seguito vengono individuate le principali iniziative da intraprendere, rivolte ad un vasta gamma di servizi e di interventi socio-assistenziali e sanitari ed anche più in generale relativi ad altre aree delle politiche sociali, in parte esistenti ed in parte da attivare o da perfezionare:

- a) accanto agli interventi già previsti dalla normativa provinciale, si deve valutare l'opportunità di istituire

- un ulteriore sostegno economico alle famiglie che intendono mantenere nella propria abitazione i parenti anziani non autosufficienti, nonché la fornitura in prestito di attrezzature idonee alla loro assistenza e l'eventuale promozione di forme di assicurazione che coprano i rischi di non-autosufficienza;
- b) va potenziata la disponibilità di mini alloggi anche mediante forme di incentivazione al recupero ed alla ristrutturazione;
- c) è necessario promuovere la realizzazione di attività socialmente utili, nella cui effettuazione gli anziani possano essere coinvolti, e lo sviluppo delle diverse forme di associazionismo tra le persone anziane;
- d) una delle azioni più incisive deve consistere nell'unificazione delle modalità di accesso a tutti i tipi di servizi sociali e sanitari rivolti agli anziani e nell'attivazione di una funzione di collegamento continuativo e sistematico. A tale scopo verranno istituite apposite strutture operative territoriali alle quali affidare l'analisi e la valutazione delle domande e la verifica dell'evoluzione delle situazioni individuali;
- e) sul fronte della prevenzione, vanno attivate specifiche iniziative di informazione, formazione e consulenza, individuali e collettive, mirate a favorire il positivo svolgersi del processo di invecchiamento;
- f) l'assistenza domiciliare deve essere potenziata e sviluppata, offrendo un servizio integrato centrato principalmente sul sostegno psico-sociale, l'ausilio alla persona nell'espletamento delle attività quotidiane, la riabilitazione funzionale e l'assistenza sanitaria di base e specialistica. Sono inoltre da prevedere il trasporto per favorire l'accesso ai servizi e, in casi particolare, l'erogazione del servizio nelle ore notturne e nei giorni festivi;
- g) è necessario dare maggiore impulso alla realizzazione di centri di servizi per anziani che siano in grado di offrire una gamma molto estesa di prestazioni socio-assistenziali ed alcuni interventi infermieristici e di riabilitazione. L'attività svolta nei centri di servizi deve essere organizzata con la finalità di favorire l'incontro e l'attivazione delle persone anziane;
- h) si dovrà verificare l'efficacia del servizio di tele-soccorso e di tele-controllo in corso di sperimentazione allo scopo di decidere l'opportunità di ampliarne la diffusione sul territorio provinciale;

- i) verranno attivate unità valutative geriatriche, allo scopo di coordinare il complesso delle attività ospedaliere geriatriche, nonché le attività di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e territoriali di servizio, in stretto collegamento con gli operatori del settore socio-assistenziale;
- l) dovranno essere sviluppate le attività di day-hospital allo scopo di prevenire i ricoveri e favorire la de-ospedalizzazione, sperimentando inoltre interventi di ospedalizzazione a domicilio;
- m) dovrà essere maggiormente qualificata e potenziata l'intera organizzazione dei servizi sanitari sul territorio attraverso il perseguimento di un adeguato livello di prestazioni infermieristiche e fisioterapiche, nonché di prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- n) per quanto riguarda le strutture residenziali per anziani, si intende:
 - aumentare la dotazione complessiva di posti, in particolare per non autosufficienti, nelle zone carenti e imprimere un ulteriore sviluppo all'opera di ristrutturazione delle immobili esistenti e di adeguamento delle strutture;
 - migliorare i servizi esistenti e diversificarli (servizio diurno, per periodi limitati e stagionale);
 - rivedere i criteri organizzativi, la tipologia delle prestazioni, gli standards di attività e le modalità di finanziamento dell'assistenza sanitaria rivolta agli ospiti allo scopo di renderla maggiormente rispondente alle esigenze degli stessi.

PAGINA BIANCA

Regione Sicilia

PAGINA BIANCA

REGIONE SICILIA

Con riferimento alla richiesta avanzata con il fono n. 654/4R del 18.3.91, in ordine alla attuazione della normativa regionale vigente nel settore della assistenza agli anziani e sullo stato dei relativi servizi, ai fini della predisposizione della relazione del Governo al Parlamento, si rassegna quanto appresso:

La svolta determinante nella politica socio-assistenziale della Regione siciliana in materia di interventi in favore degli anziani viene segnata dalla legge regionale 6 maggio 1981, n. 87, che ha il merito di avere recepito gli orientamenti e le tendenze più innovative della politica sociale del momento, quali istituzioni di servizi socio-assistenziali diretti a prevenire e rimuovere forme di isolamento e di emarginazione dell'anziano, privilegiando i "servizi aperti" (centri diurni, di accoglienza) e l'"assistenza domiciliare". Tali servizi sono fruibili gratuitamente dagli anziani sprovvisti di mezzi economici e, previa compartecipazione al costo, da quelli in possesso di qualche reddito.

La stessa legge ha previsto, ove possibile, la utilizzazione dell'anziano per l'espletamento di attività lavorativa in servizi di pubblica utilità finalizzata alla socializzazione ed al reinserimento dell'anziano stesso.

La citata L.R. n. 87/1981, conclusivamente, ha introdotto una vasta gamma di servizi in favore degli anziani, quali: centri di incontro, assistenza domiciliare, servizio di trasporto, soggiorni climatici, marini, montani e termali, case-albergo, case-protette e comunità-alloggio.

E' seguita la L.R. 25 marzo 1986, n. 14 che ha regolamentato compiutamente l'inserimento dell'anziano in attività lavorative (cura del verde pubblico, vigilanza presso le scuole, biblioteche e parchi pubblici) e ha consentito la fruizione dei particolari servizi anche agli anziani con reddito superiore alla fascia esente, nella convinzione di contribuire concretamente al reinserimento dell'anziano nel tessuto sociale.

Infine la L.R. agosto 1990, n. 27, nell'assicurare maggiori finanziamenti per l'espletamento dei vari servizi ed interventi in favore degli anziani, ha consentito un ampliamento qualitativo e quantitativo dei servizi stessi ed

un aumento complessivo della utenza.

Da precisare che le leggi innanzi citate individuano nel "comune" l'ente gestore dei servizi, che può espletare o direttamente o mediante convenzione appositamente stipulate con associazioni o cooperative di servizi, in possesso di determinati requisiti, preventivamente accertati all'atto della iscrizione in apposito albo regionale, prevista dall'art. 26 della L.R. 9 maggio 1986, n. 22.

L'Assessorato regionale degli Enti Locali, nel vasto campo dei servizi socio-assistenziali in favore degli anziani, oltre alla attività erogativa in favore dei comuni richiedenti, svolge, ovviamente, un ruolo di coordinamento, di supporto e di verifica sulle attività di settore espletate dagli Enti Locali, intervenendo, ove necessario, al fine di assicurare perfetta rispondenza ai fini perseguiti dal legislatore.

Nel decorso esercizio finanziario 1990, per quanto riguarda il servizio di assistenza domiciliare, è risultato che la quasi totalità dei comuni dell'Isola -circa 350 su 390- ha attivato detto servizio, che ha determinato una erogazione finanziaria a carico dell'Assessorato dell'intero stanziamento previsto in bilancio, pari a L. 60 miliardi.

Il servizio di "integrazione lavorativa degli anziani", attivato da circa 300 comuni, ha comportato una erogazione di quasi L. 8 miliardi.

Circa 250 comuni hanno organizzato "soggiorni climatici" e "attività ricreative" in favore degli anziani, il cui finanziamento ha comportato una erogazione di oltre L. 8 miliardi.

Il servizio di "trasporto gratuito", mediante concessione di carte di circolazione, finanziato all'esercizio 1990 dalla Presidenza della Regione ed ora -in parte- a carico del bilancio dell'Assessorato regionale degli Enti Locali, prevede una spesa, per l'anno 1991 di L. 10 miliardi.

La richiamata L.R.N. 27/1990 ha istituito il servizio di "telesoccorso", destinato agli anziani che vivono soli o senza adeguato supporto familiare.

Da parte dell'Assessorato regionale degli Enti Locali si sta predisponendo apposita regolamentazione per l'attuazione, in concreto, del nuovo servizio.

Regione Sardegna

PAGINA BIANCA

REGIONE SARDEGNA

In riferimento a Vs richiesta Prot. n° 1380/12.I del 15 marzo 1991 si comunica quanto segue:

- a) fino al 1990 gli Enti locali, titolari delle funzioni socio-assistenziali hanno provveduto ad attivare servizi o interventi riferiti ai cittadini in situazione di bisogno, ivi compresi gli anziani, per un impegno finanziario di L. 78 miliardi.
I Comuni devono presentare rendicontazione delle spese sostenute per singole tipologie: anziani, minori, nonché gli impegni di assistenza economica a domanda individuale entro il 31/03/1991.
Pertanto, solo in sede consuntiva si potranno conoscere gli impegni assunti anche nei confronti degli anziani.
- b) Il primo gennaio 1991 è entrato in vigore il Piano socio-assistenziale regionale.
Tra gli obiettivi del Piano, forte risalto è dato alle strategie di approccio ai problemi della terza età, al fine di creare una cultura operativa in favore degli anziani e per definire, in termini di presenza delle istituzioni, una solidarietà sociale permanente e ricorrente.
In particolare il Psa triennale prevede il progetto obiettivo per gli anziani non autosufficienti, la trasformazione dei centri diurni per anziani in centri di aggregazione sociale riferiti a tutti i cittadini per proporre condizioni di rapporti intergenerazionali e per evitare la frammentazione di una società organizzativa per età.
I centri diurni per anziani attualmente sono, tra quelli attivati, in via di attivazione, di costruzione, superiori a 100 unità sul territorio regionale.

La normativa regionale chiede alle strutture che ospitano anziani (comunità alloggio, case protette etc..) che si rendano più vivibili gli ambienti anche sociali destinati agli anziani e ciò attraverso la L.R. 4/88, D.P.G.R. 12/89 e D.P.G.R. 145/90. Per le modifiche strutturali la norma prevede adeguamenti in un tempo massimo

di 5 anni, mentre per il personale, in genere, il termine è di tre anni.

Nel triennio 1991/93 si provvederà, tra l'altro, a costruire n° 4 case protette, con fondi regionali.

Tali strutture sono state localizzate dove è presente un'alta concentrazione di popolazione anziana in rapporto alla carenza di risorse.

Altro servizio in atto in favore degli anziani è riferito all'assistenza domiciliare, già avviata con la ex Legge Regionale 52/75 e che ha trovato una collocazione più puntuale all'interno del Piano 1991/93 su citato.

Altro obiettivo è l'avvio e la stabilizzazione dell'assistenza domiciliare, integrata socio-sanitaria.

Il Piano più volte citato stimola, in conclusione i Comuni a rafforzare i servizi esistenti ed introduce elementi di innovazione e partecipazione i cui risultati saranno comunque valutabili nel corso dei prossimi anni.