

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COMUNITÀ ALLOGGIO	Collocata in appartamento, inserito in normale edificio di abitazione civile, destinata ad accogliere un numero limitato di minori, assistiti da operatori sociali, anche volontari, o di adulti, di norma autosufficienti con particolari problemi personali e sociali, che in genere si autogestiscono con l'appoggio dell'assistenza domiciliare o in caso di necessità con un limitato appoggio di operatori sociali;
RESIDENZA SERVITA	Costituita da un complesso di appartamenti minimi, ubicati in un unico edificio di normale abitazione civile posto in zone urbanizzate e fornite di adeguati servizi sociali, predisposti per persone autosufficienti, ma in condizioni di disagio sociale ed economico, provvista di servizi autonomi e/o centralizzati;
RESIDENZA PROTETTA	Diretta ad un'utenza autosufficiente o non autosufficiente purché non bisognevole di prestazioni sanitarie ospedaliere. La residenza protetta deve avere caratteristiche distributive e tipologie d'arredo tali da facilitare l'autonomia personale dei soggetti ospitati. In tale struttura devono essere assicurati il servizio mensa, le attività di relazione e le attività diurne e ricreative con propri servizi, preferibilmente aperti all'esterno, ovvero con l'utilizzazione dei servizi esistenti sul territorio;
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)	La L.R. 29/92 modificata ed integrata dalla L.R. 19/93 definisce la R.S.A. come una struttura residenziale extra ospedaliera e si differenzia dalla residenza protetta per l'erogazione di prestazioni sanitarie, di assistenza tutelare e di recupero funzionale consistenti per ciascun ospite in: a) controllo medico quotidiano; b) centoventi minuti in media al giorno di nursing infermieristico professionale e tutelare; c) trenta minuti in media al giorno di fisiokinesiterapia; d) una media di sessanta minuti al giorno di terapia occupazionale su gruppi omogenei di ospiti, al fine di stimolare funzioni cognitive e di autonomia. La R.S.A. è diretta ad anziani portatori delle sottoindicate patologie provenienti da strutture ospedaliere, dal domicilio, da residenze protette e/o strutture sociali di accoglienza collettiva, richiedenti prestazioni di cura e riabilitazione, nonché bisognosi di «osservazione clinica» in attesa di appropriato programma di assistenza socio-sanitaria domiciliare o in residenza protetta: a) esiti non stabilizzati di patologie neurologiche, muscolari e osteoarticolari, in soggetti provenienti da strutture ospedaliere, che possono trarre beneficio da trattamenti sanitari riabilitativi, prima della dimissione al proprio domicilio o in residenze protette; b) turbe psico-organiche gravi dell'età senile, necessitanti di trattamenti sanitari riabilitativo-riattivanti continuativi, non erogabili nelle residenze protette (in misura non superiore al dieci per cento del totale degli ospiti); c) patologie cronico-invalidanti, soggette a riacutizzazione, che possono trarre beneficio da un trattamento protratto non fornibile a domicilio o in residenze protette; d) patologie terminali il cui bisogno di assistenza medico infermieristica esclude l'assistenza ospedaliera, ma richiede prestazioni medico infermieristiche riabilitative non fornibili a livello delle residenze protette.

Relativamente alle modalità per l'accesso nelle strutture per anziani si precisa che la segnalazione deve essere rivolta al Centro di Assistenza Domiciliare del Comune di residenza o presso la sede dell'Unità Assistenza Anziani dell'Unità Sanitaria Locale.

Gli accertamenti domiciliari o ospedalieri o in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) sono effettuati dall'Unità di Valutazione Geriatrica con obiettivo di cura (a termine o no, a domicilio o in residenza).

Il ricovero nella Residenza Protetta può essere a trattativa privata o comunale. La proposta deve essere inoltrata all'Unità Assistenza agli Anziani dell'Unità Sanitaria Locale competente per territorio che emette l'autorizzazione.

Per il ricovero nella Residenza Sanitaria Assistenziale la procedura è identica al ricovero nella Residenza Protetta tranne nel caso che la R.S.A. sia a gestione diretta, in questo caso l'Unità Sanitaria Locale procede direttamente all'inserimento senza fase autorizzativa.

La lista di attesa è gestita per le Residenze Sanitarie Assistenziali, sia gestione diretta che accreditate, dall'Unità Assistenza agli anziani.

Tutta l'offerta dei servizi di rete è pubblica e privata intendendo per privato prevalentemente organismi di utilità sociale (non profit). Sono comunque presenti anche enti totalmente privati (profit) che devono comunque assoggettarsi alla normativa regionale prevista per l'accesso alle strutture, per la rispondenza agli standard strutturali ed organizzativi e di autorizzazione al funzionamento.

Gli standard strutturali ed organizzativi delle strutture suindicate sono fissati nella deliberazione del Consiglio regionale n. 15 del 6-2-1996.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 839 del 1-3-95 integrata con le modificazioni di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1007 del 31-3-1995 la quota sanitaria giornaliera per la Residenza Sanitaria Assistenziale per i primi 60 giorni è a totale carico del S.S.N. e dopo il sessantesimo giorno è determinata in L. 101.000 (Provvedimento CIPE 5-12-91), la quota sociale giornaliera non deve essere superiore a L. 60.000. Possono essere altresì ricoverati nella R.S.A. gli anziani non autosufficienti, assistiti a domicilio, a seguito di particolari motivi familiari che ne impediscano temporaneamente l'assistenza (ricoveri di sollievo) per i quali la quota sanitaria giornaliera viene ridotta a L. 65.000, ferma restando la quota sociale dianzi precisata.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 3592 del 25-10-96 la quota sanitaria giornaliera per gli anziani ricoverati nelle Residenze Protette è stata fissata in L. 36.000 comprensiva dell'assistenza infermieristica, medica, riabilitativa e farmaceutica con una maggiorazione del 10% per le spese amministrative che concorrono all'assistenza sanitaria.

REGIONE LOMBARDIA

Nel marzo 1995 il Consiglio Regionale ha approvato, in anticipazione del secondo Piano socio-assistenziale - P.S.A. - (il primo piano, approvato a fine 1987, è scaduto, e il secondo è in fase di elaborazione), il progetto obiettivo anziani (P.O.A.) per il triennio 1995/1997 (delibera consiliare n. V/1439 dell'8 marzo 1995).

Il P.O.A. si propone principalmente di attivare un modello a rete, che preveda il prioritario potenziamento dei servizi e delle prestazioni diurne e domiciliari, e una stretta interrelazione tra interventi sanitari, socio-assistenziali, e socio-assistenziali di rilievo sanitario.

Esso costituisce dunque principalmente uno strumento di indirizzo alle Aziende sanitarie, agli enti locali; ai soggetti gestori ai soggetti sociali, affinché questi assumano politiche comuni a favore dell'anziano, aventi come fine il mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

Con circolare n. 36 del 2 agosto 1995 (circolare 7/95 del Settore Famiglia e politiche sociali), sono state fornite indicazioni attuative del suddetto progetto obiettivo anziani, con riferimento in particolare agli aspetti seguenti:

- 1) la ridefinizione della rete delle residenze sanitario-assistenziali (RSA), tenuto conto anche delle modifiche introdotte rispetto alla capacità ricettiva, il cui livello minimo è stato ridotto da 60 a 40 posti letto;
- 2) la rideterminazione del fabbisogno zonale teorico di residenze per anziani, definito nella misura del 3,5% della popolazione ultrasessantacinquenne;
- 3) l'avvio della realizzazione, in fase sperimentale della nuova unità d'offerta denominata Centro Diurno Integrato (CDI);
- 4) una razionalizzazione delle procedure relative alla autorizzazione al funzionamento delle strutture socio-assistenziali, per consentire il miglior raggiungimento dei requisiti previsti dal P.S.A.;
- 5) la riapertura dei termini per la presentazione di eventuali richieste di depubblicizzazione da parte delle II.P.P.A.B.;
- 6) talune precisazioni in tema di formazione del personale socio-assistenziale.

Nella stessa circolare si è fatto altresì riserva di far seguire successiva, ulteriore circolare per tradurre in termini operativi le rimanenti indicazioni del P.O.A. circa la necessità dell'adozione di un regime convenzionale tra R.S.A. e Aziende Sanitarie, e della costituzione in tutto il territorio lombardo delle Unità di valutazione geriatrica (UVG).

Successivamente alla circolare in questione, la Giunta regionale ha approvato, in attuazione del progetto obiettivo anziani, altri atti significativi, tra i quali:

In tema di finanziamenti in conto capitale:

per interventi strutturali

• la D.G.R. 23021 del 20 dicembre 1996: «Assegnazioni contributi FRISL 1996/97, iniziativa *Anziani/Handicappati* (art. 10, comma 4, L.R. 14.12.91, n. 33)», con la quale sono state stanziare complessivamente L.195.792.000.000.

Si precisa che la parola «FRISL» è acronimo di «Fondo ricostituzione infrastrutture sociali della Lombardia» finalizzato appunto a sorreggere le iniziative di investimento nel campo sociale;

- la D.G.R. 22624 del 20 dicembre 1996: «Assegnazione di contributi (fondi del Settore) per l'adeguamento allo standard programmatico delle strutture socio-assistenziali per minori, handicappati e *anziani*» con la quale sono state stanziati complessivamente L.33.070.986.033;

- la D.G.R. n. 30269 del 25 luglio 1997 «Assegnazione di contributi per l'adeguamento allo standard programmatico delle strutture socio-assistenziali per minori, handicappati e *anziani* - 2° provvedimento» per complessive L. 17.715.000.000.

Per il 1997 si prevede di stanziare con appositi atti, le seguenti somme:

- L. 2.285.000.000 per ulteriori interventi strutturali di adeguamento delle strutture agli standard;
- L. 100.000.000.000 per gli interventi nelle strutture per *anziani* e handicappati, ai sensi della citata L.R. 33/91 - FRISL 1997/98.

Per il 1998 si prevede di stanziare la somma di:

- L. 25.000.000.000 per interventi di realizzazione di mini alloggi protetti per *anziani*, sempre ai sensi della L.R. 33/91 - FRISL 97/98.

per attrezzature e arredi vari

- le D.G.R. VI/6767 del 22.12.95; D.G.R. VI/17072 dell'1.8.96; D.G.R. VI/21654 del 6.12.96, con le quali sono state stanziati complessivamente L.17.671.026.500.
- Per il 1997 si prevede di poter assegnare allo scopo la somma di 3.500.000.000.

In tema di finanziamenti di parte corrente:

- la D.G.R. 22627 del 20 dicembre 1996, che stanziava la somma di L. 39.925.000.000 per interventi in attuazione del P.O.A., con particolare riferimento al finanziamento:
 - dei centri diurni integrati;
 - del potenziamento delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie a domicilio;
 - di progetti per la creazione di un «sistema a rete degli interventi per *anziani*» (potenziamento delle prestazioni sanitarie rese al domicilio dell'utente ed integrazione con le prestazioni socio-assistenziali di competenza comunale; attivazione di prestazioni domiciliari socio-assistenziali nei Comuni di piccole dimensioni; istituzione dei ricoveri temporanei di sollievo e di pronto intervento; attivazione o implementazione delle unità di valutazione geriatrica (UVG); gestione zonale dei ricoveri).

Per il '97 si prevedono i seguenti interventi:

- rifinanziamento dei CDI;
- ulteriore potenziamento delle prestazioni socio-assistenziali domiciliari;
- finanziamento, per la prima volta, delle prestazioni dell'animatore all'interno di RSA.

La spesa complessivamente prevista, per i suddetti interventi, è di Lire 30.000.000.000.

- le delibere (D.G.R. n. 16416 e 16417 del 19.7.96, e n. VI/22638 e 22639 del 20.12.96) che hanno definito l'entità dei contributi per l'anno 1996, a valere sul fondo sanitario, destinati alle attività sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario rese nelle RSA e nelle residenze e centri per handicappati.

I contributi medesimi sono stati aumentati dopo anni e le somme complessivamente stanziare per tale anno, 1996 - tenuto conto anche dei nuovi posti letto entrati nel sistema - ammontano a L. 597.617.200.000, rispetto ai L. 523.573.220.100 dell'anno precedente;

- le delibere (D.G.R. 22638 del 20.12.96 e 23593 del 30.12.96) di rideterminazione delle assegnazioni per il 1996 a favore degli *istituti di riabilitazione* (IDR), multizonali e zonali.

Tale assegnazioni, sono state adeguate, dopo anni, incrementandoli mediamente di circa il 5%.

L'ammontare complessivo delle somme stanziare in proposito per il 1996 risulta pari a L. 548.298.926.200, a fronte di L. 509.315.141.600 per il 1995.

Il processo di adeguamento dell'entità dei contributi per le attività sanitarie e di rilievo sanitario nelle strutture per anziani è proseguito nel 1997, nel quale sono già stati assunti i seguenti atti:

- la DGR 30714 dell'8 agosto 1997: «accreditamento provvisorio delle residenze sanitarie assistenziali per anziani. Finanziamento a carico del fondo sanitario».

Con tale delibera, tra l'altro, sono stati appunto ulteriormente incrementati mediamente del 15% le quote giornaliere sul fondo sanitario per gli ospiti delle strutture.

L'entità delle quote per ogni singolo utente ammonta così attualmente a:

per i non autosufficienti parziali

da un minimo di L. 7.500 ad un massimo di L. 30.000 giornaliere, in relazione agli standard gestionali posseduti;

per i non autosufficienti totali

da un minimo di L. 34.500 ad un massimo di L. 57.500 giornaliere;

per i nuclei Alzheimer

sono fissati per L. 78.000 giornaliere.

La spesa regionale annua complessiva per il 1997, per gli ospiti delle RSA, è di L. 646.438.360.000.

L'obiettivo è quello di giungere, nel giro di pochi anni, a coprire totalmente le spese per le attività sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario nelle RSA.

- la DGR 29538 del 1.7.97 «Accreditamento provvisorio dei presidi sanitari di riabilitazione extra ospedaliera già convenzionati ex art. 26 L. 833/78», con la quale si è stabilito di incrementare ulteriormente, rispetto al 1996, del 5% la remunerazione dei trattamenti domiciliari, residenziali e semi residenziali, e del 3% di quelli ambulatoriali.

La spesa complessiva per l'anno in corso è di L. 572.660.712.900.

- È d'uopo citare infine anche la D.G.R. n. 26316 del 21.3.97 sui «criteri per la determinazione dei costi nelle strutture diurne e residenziali per anziani e handicappati in attuazione delle linee guida del Ministero della Sanità n. 1 del 31.3.94».

Con tale atto si è avviato un processo finalizzato all'obiettivo della maggiore trasparenza nel rapporto soggetti gestori-utenti, che porti anche alla definizione di rette congrue.

È infine da segnalare la prossima emanazione di indicazioni operative per il funzionamento generalizzato sul territorio lombardo delle Unità di valutazione Geriatrica.

In questo periodo, peraltro, lo sforzo di tutta la scrivente direzione è proteso alla realizzazione di una serie di adempimenti di competenza conseguenti alla entrata in vigore, in attuazione del D.lgs 502/92, della citata L.R. 31/97 «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali».

Tra questi:

- la revisione della legge-regionale quadro dei servizi socio-assistenziali (L.R. 1/96);

- il già citato secondo Piano Socio-assistenziale;
- il regolamento di funzionamento del Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate dell'Azienda Sanitaria.

Questi adempimenti comporteranno una revisione del progetto obiettivo anziani, anche in conseguenza della disposizione che prevede per le RSA e gli IDR il sistema dell'accreditamento che sostituisce quello del «convenzionamento» previsto dal medesimo POA.

Prima di procedere in via definitiva all'accreditamento di tali strutture, si è proceduto, con le delibere più sopra citate, ad accreditare «provvisoriamente» le strutture già convenzionate.

REGIONE MARCHE

Gli anziani ultra-sessantacinquenni presenti nella Regione Marche sono circa 267.000 e rappresentano il 18,5% della popolazione totale. Tale rapporto è leggermente superiore a quello nazionale, che si aggira intorno al 17% e perciò si può affermare che la popolazione marchigiana presenta un indice di invecchiamento che deve essere tenuto in debita considerazione.

Le risposte ai bisogni che possono derivare dalla presenza di tanti anziani sono molteplici e perciò non si esauriscono solo nell'ambito assistenziale sanitario ma comprendono anche i settori dei servizi sociali, della cultura, del tempo libero, ecc.

È però difficile, almeno al momento, avere un quadro delle attività promosse per ogni singolo settore.

Per il futuro occorrerà perciò considerare la raccolta di ulteriori elementi significativi per una concreta valutazione.

Di sicuro rilievo è tuttavia l'assistenza che le Aziende USL ed i Comuni assicurano per far fronte a situazioni di bisogno sanitario e sociale attraverso l'Assistenza domiciliare integrata (ADI).

Per tale settore di intervento la Regione Marche ha adottato tre provvedimenti fondamentali che si presume hanno contribuito e potranno contribuire a migliorare le condizioni di salute ed a prevenire situazioni di bisogno assistenziale.

Infatti con la D.G.R. n. 7026/91 e con le deliberazioni amministrative n. 278 dell'8 marzo 1995 e n. 105/96 sono stati posti alcuni obiettivi:

- 1) mantenere possibilmente l'anziano nel proprio domicilio, in modo da salvaguardare i rapporti familiari e le più ampie relazioni sociali per garantire il suo status ed i suoi ruoli;

- 2) assicurare l'assistenza domiciliare integrata sia presso l'abitazione dell'assistito sia presso le strutture residenziali (Casa di Riposo, Casa albergo, Casa protetta, ecc.);

- 3) migliorare la qualità dei servizi in atto attraverso lo sviluppo della conoscenza e della cultura medica geriatrica;

- 4) privilegiare e potenziare l'impegno preventivo, curativo e riabilitativo al fine di contrastare e contenere i processi invalidanti e limitativi della autosufficienza sia fisica che psicologica e sociale;

- 5) programmare una corretta ed idonea politica di interventi specialmente a favore degli anziani cronici non autosufficienti, previa attivazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari alternative al ricovero ospedaliero.

Con due successivi provvedimenti (Delib. Amm.va n. 105/96 e D.G.R. n. 2273/97) mentre vengono confermate le linee di intervento generali, si opera una estensione dell'ADI a favore di tutti i soggetti adulti che ne abbiano oggettivamente bisogno.

Per effetto di tali atti, viene comunque ribadita un'azione assistenziale prioritaria specialmente a favore degli anziani, in quanto soggetti affetti da patologie croniche a medio e a lungo decorso, da patologie acute trattabili a domicilio, spesso in condizione di non autosufficiente fisica e sociale.

Viene conseguentemente prevista ed assicurata agli anziani un'assistenza integrata tra componenti sanitarie e tra queste ultime e quella socio-assistenziale.

Altri obiettivi posti dalla Regione sono:

- a) accesso rapido e semplificato al servizio;
- b) erogazione personalizzata sulla base dei bisogni dell'assistito e secondo un piano di intervento assistenziale personalizzato.

Tali obiettivi sono accompagnati da finanziamenti specifici che annualmente vengono assegnati alle Aziende USL con vincolo di destinazione. Per l'anno 1996 tale finanziamento è stato calcolato in L. 40.000.000.000 complessive pari a L. 27.758 pro-capite, tenuto conto di tutta la popolazione e non solo quella con oltre 65 anni.

Al momento non si hanno a disposizione dati omogenei circa il reale utilizzo di tale somma a l'utenza seguita. In prosieguo di tempo dovranno poter disporre dei dati di cui alle allegate schede.

In tal modo sarà possibile accertare:

- i progetti ADI attivati;
- le prestazioni erogate;
- il personale utilizzato;
- i tassi di assistenza.



REGIONE MOLISE

Anche per il biennio 1996/97 la Regione Molise ha continuato ad assicurare gli interventi in favore delle persone anziane, previsti nella legge 2 maggio 1990, n. 21, dal relativo Atto di indirizzo e coordinamento e da alcuni provvedimenti della Giunta regionale.

Scopo principale della normativa innanzi citata è quello di arrivare alla realizzazione di un sistema integrato di sicurezza sociale, che privilegi, soprattutto, gli interventi in grado di garantire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale.

Le erogazioni finanziarie disposte in attuazione della surrichiamata normativa regionale in favore dei Comuni, preposti alla gestione degli interventi, hanno consentito di raggiungere risultati estremamente soddisfacenti: la stragrande maggioranza degli Enti locali (106 Comuni su 136 nel 1996) ha assicurato le prestazioni di assistenza domiciliare.

Anche gli altri interventi previsti nella già citata L.R. n. 21/90 (assistenza economica, assistenza abitativa e alla vita di relazione, soggiorni per cure termali, creazione di Centri d'incontro) hanno trovato soddisfacente attuazione su gran parte del territorio regionale, coinvolgendo un numero crescente di anziani.

Occorre, peraltro, evidenziare come, pur in presenza di un quadro sostanzialmente positivo, un ostacolo oggettivo al potenziamento e al miglioramento dei servizi, è rappresentato per l'anno in corso, dalla consistente riduzione dei fondi disponibili nel bilancio regionale, a seguito del sensibile taglio operato nei trasferimenti statali a favore delle Regioni. Si è infatti passati da uno stanziamento complessivo di L. 5.500.000.000, per il 1996, a soli 2.500.000.000, nel 1997.

La Giunta ed il Consiglio regionale sono, comunque, impegnati nel porre in essere tutte le procedure che consentano il recupero di risorse aggiuntive che, atte a garantire, quantomeno, la prosecuzione da parte degli Enti gestori, delle iniziative già in atto.

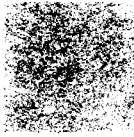
Come dato positivo va ricordato che nel corrente anno alcune Aziende Sanitarie molisane (Campobasso, Isernia e Agnone) hanno provveduto all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, che mira ad assicurare ai soggetti anziani non autosufficienti, un insieme di prestazioni di carattere socio-sanitario erogate al domicilio degli interessati. Tali prestazioni, per le quali è prevista una disponibilità economica pari a circa 4.400.000.000, verranno adeguatamente potenziate nei prossimi mesi, anche attraverso una capillare campagna di informazione e sensibilizzazione messa in atto dalle stesse ASL e rivolta agli Enti locali e agli utenti potenziali.

Ad oggi, è rimasto ancora inattuato il disposto dell'art. 14 della legge 21/90, che prevedeva la creazione di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), che rappresentano una priorità anche nel primo Piano Sanitario Regionale (approvato nel mese di dicembre 1996), nelle quali offrire accoglienze e assistenza qualificata alle persone anziane non autosufficienti, prive anche di idoneo supporto familiare che impedisca l'erogazione a domicilio dei trattamenti sanitari e dell'assistenza necessaria. Si è attualmente in fase di individuazione delle strutture pubbliche e/o private da destinare a tale scopo e si ritiene che quanto prima anche questo fondamentale servizio potrà iniziare con indubbi vantaggi per l'utenza.

Uno degli obiettivi che orienteranno l'azione di questo Assessorato, in particolare, e della Regione Molise, in generale, nei prossimi mesi, oltre alla concreta attivazione delle RSA, sarà quello di definire la proposta di Legge Regionale di «Riordino dei servizi Sociali», unitamente al Primo Piano Sociale triennale e alla Linee guida per i diversi settori di competenza (anziani, minori, disabili, tossicodipendenti).

In questo modo sarà possibile, dopo avere per anni operato con legge o provvedimenti settoriali, disporre di una normativa organica che regoli gli aspetti istituzionali ed il modello organizzativo del sociale, che vada nella direzione di favorire una effettiva integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, salvaguardando l'autonomia tecnica e finanziaria di ognuna, ma, di fatto, rendendo obbligatoria una integrazione operativa sull'individuo, che consente un'azione completa di tutela della salute e delle «fragilità sociali».

Le «attività sociali» dovranno trovare la necessaria integrazione con altri campi fondamentali quali il diritto allo studio, la formazione professionale, il lavoro. Ciò faciliterà l'adozione di una programmazione mirata e di una pianificazione degli interventi nel medio periodo, al fine di ottenere, contestualmente, una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, resa imprescindibile dalla introduzione di diverse misure di federalismo fiscale, ed una offerta di prestazioni, servizi ed opportunità distribuita omogeneamente sul territorio, attraverso la realizzazione di una adeguata rete distrettuale.



REGIONE PIEMONTE

La situazione demografica del Piemonte si caratterizza per un livello di invecchiamento della popolazione tra i più elevati in Italia.

Nel 1996 il Piemonte era la settima regione quanto a quota di popolazione con 65 anni ed oltre, dopo Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Marche. Nei prossimi anni il numero di anziani crescerà più al Sud che al Nord, ma le regioni oggi più vecchie continueranno ad esserlo anche nei prossimi decenni. Il Piemonte è probabile che peggiori la propria posizione relativa divenendo nel 2020 la quarta regione più invecchiata d'Italia. Tale processo di invecchiamento risulta infatti difficilmente arrestabile — almeno nel breve periodo — anche considerando flussi migratori intensi.

Nel 1951 in Piemonte le persone con 65 anni e più erano circa 400.000, nel 1996 erano raddoppiate e passate a 820.000. Nel 2005 saranno 940.000 e nel 2020 circa 1.060.000. Si può notare come l'aumento più consistente sia già avvenuto.

Se è vero che il numero di persone anziane crescerà in misura ridotta rispetto al periodo precedente, tuttavia la quota delle stesse sul totale di popolazione aumenterà in misura molto più importante che in precedenza, raggiungendo livelli parecchio elevati. Nel 2005 il 22,3% della popolazione avrà 65 anni o più, nel 2020 tale valore salirà al 27%. È evidente che il carico sociale della popolazione non attiva su quella attiva è in rilevante crescita e che si pone a livello nazionale sempre più pressante il problema del finanziamento della spesa sociale.

All'interno del Piemonte esistono gradi diversi di invecchiamento della popolazione. Le aree con quote di popolazione anziana più elevate si collocano nella parte sud-orientale della regione, e coincidono con gran parte del territorio delle province di Alessandria, Asti e Vercelli. A questo settore va poi ad aggiungersi quasi tutta la corona alpina (fa eccezione il comprensorio turistico di Bardonecchia e alcuni tratti dell'Ossolese, a ridosso del confine con la Svizzera). Nei prossimi anni le persone ultrasessantenni aumenteranno più nella provincia di Torino che non nel resto della regione, producendo livelli di invecchiamento simili a quelli delle province di Asti e Vercelli. Ciò è spiegato dall'ingresso nelle età anziane di coorti di popolazione particolarmente ingrossate dai flussi migratori degli anni '60. Si ricorda che in quel periodo la popolazione dell'area metropolitana torinese si era accresciuta enormemente, passando da circa 270.000 residenti nel 1951 a 620.000 nel 1971.

Il rallentamento della crescita della popolazione anziana potrebbe far credere che nei prossimi anni il problema dell'assistenza alle persone anziane possa in qualche misura attenuarsi. In realtà non sono ancora disponibili in quantità e qualità sufficiente servizi per rispondere adeguatamente alla domanda proveniente dalle famiglie e dagli anziani stessi. Sul versante delle politiche assistenziali la questione dei prossimi anni sarà pertanto attrezzare la società di quei servizi che non risultano ancora corrispondenti alle necessità dei cittadini.

Occorre inoltre considerare che la domanda di servizi — e più in generale di supporto nelle situazioni di difficoltà — non è determinata esclusivamente dalle trasformazioni della struttura per età della popolazione. Agiscono infatti anche altri elementi, quali la modificazione delle strutture familiari e dei comportamenti demografici degli individui, oltreché altri fattori di ordine socio-economico ed istituzionale (tratto da C. Migliore «Quadro socio-demografico: quali problemi» in Quaderni della Regione Piemonte n. 24, 1997).

Questa crescita della proporzione degli anziani sul complesso della popolazione ha forti ripercussioni non solo sulle condizioni di vita degli anziani, ma soprattutto sul sistema delle cure e delle prestazioni sociali e sanitarie, attivate per consentire all'anziano e alla sua famiglia i più elevati livelli di autonomia.

Le politiche socio-sanitarie regionali avviate fin dai primi anni '80 e destinate agli anziani hanno previsto la realizzazione di una rete di prestazioni e servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari organizzati sostanzialmente a livello domiciliare e residenziale.

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare consiste in prestazioni d'aiuto per il governo della casa e per il soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona e, ove necessario, per consentire l'accesso ai servizi territoriali.

Il servizio è diretto a persone e/o nuclei familiari che, per non completa autosufficienza o altri motivi, abbiano bisogno di un aiuto per continuare a vivere presso il proprio domicilio.

I Servizi di assistenza domiciliare sono erogati attualmente da tutti i servizi socio-assistenziali delle ex-U.S.S.L. ed assistono, attraverso prestazioni di sostegno sociale ed assistenziale n. 8.170 anziani, pari al 69% del complesso degli utenti serviti.

I dati mettono in evidenza la presenza di un'elevata componente di «grandi anziani», che sottolinea non solo il progressivo invecchiamento delle classi di età che utilizzano i servizi sociali, ma anche il contestuale aggravamento dello stato di salute, che spinge ad utilizzare i servizi sociali.

Il raffronto tra ex-U.S.S.L. mette in evidenza per alcune aree del Piemonte valori doppi dei soggetti presi in carico per 1.000 residenti rispetto alla media regionale, che dipendono dalle scelte organizzative e gestionali adottate con specifico riferimento all'intensità dei progetti assistenziali e alle condizioni di autonomia degli anziani interessati.

Gran parte degli interventi a domicilio vengono effettuati con cadenza settimanale o di due interventi a settimana e le prestazioni erogate investono per il 46% la cura della persona e del suo ambiente di vita e per il 36% l'accompagnamento e l'effettuazione di attività esterne guidate.

L'assistenza domiciliare integrata

Il costante e progressivo aumento delle condizioni di non autosufficienza nella popolazione anziana richiede l'attivazione, oltre ai tradizionali servizi di supporto e protezione sociale, di nuovi interventi che sappiano rispondere alle crescenti richieste di prestazioni sanitarie.

La possibilità di integrare professionalità diverse per rispondere a queste tipologie di bisogni complessi sta alla base dell'attivazione delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

La sperimentazione A.D.I., avviata a partire dall'ottobre 1994 a seguito dell'assegnazione di appositi finanziamenti a destinazione vincolata da parte dello Stato, ha visto una costante espansione del servizio sia in termini di ex-U.S.S.L. servite (da 23 a 44), sia di casi presi in carico (2.718 al maggio 1995).

L'età media degli utenti trattati oscilla attorno ai 73 anni e per quanto riguarda le patologie trattate vi è un deciso incremento delle poli-patologie (27,9% del totale).

Col passare dei mesi di attivazione del servizio aumenta il numero dei giorni di presa in carico da parte degli operatori, pari a 59 giorni e aumentano i casi con più di tre mesi di degenza media, che passano dal 13,7% al 19,7% del totale.

Nell'A.D.I. vengono affrontati problemi sanitari che non necessitano di trattamento ospedaliero, ma che il solo professionista (medico di medicina generale) non è più in grado di affrontare isolatamente, mentre un'organizzazione che colleghi operativamente professionisti diversi può mantenere al domicilio la persona malata garantendo un idoneo livello assistenziale.

Sul piano operativo le figure professionali coinvolte sono: il medico di medicina generale, l'infermiere professionale, l'assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST) e gli specialisti, il cui intervento viene richiesto sulla base delle condizioni cliniche dei pazienti.

Indispensabile contributo assistenziale è reso dalle famiglie nel permettere ad un paziente con ridotte capacità di autonomia personale di restare al proprio domicilio.

In questo modo il lavoro integrato tra operatori e famiglia consente di evitare ricoveri o degenze prolungate in ospedale o in strutture residenziali per non autosufficienti.

Le modalità di erogazione delle attività domiciliari sopra descritte richiede l'attivazione di complesse azioni di servizio sociale, che consentano un'effettiva permanenza al domicilio degli anziani.

Ciò è possibile attraverso iniziative volte a sostenere e a rinforzare il tessuto familiare e sociale presente attorno all'anziano, perché sia disponibile a collaborare al piano di lavoro individuato in sede istituzionale.

In questa direzione l'Assessorato all'Assistenza ha promosso a partire dai primi anni '90 progetti di assistenza domiciliare, che attraverso forme di collaborazione tra servizi pubblici e di privato sociale tendessero ad assicurare una copertura assistenziale nel corso delle 24 ore.

Tale possibilità viene garantita dall'utilizzo degli strumenti del telecollegamento e della teleassistenza e dalla presenza e dalla disponibilità attiva del vicinato e del volontariato.

I servizi residenziali

La Regione ha individuato, già a partire dai primi anni '90, una rete di presidi caratterizzati da ampia flessibilità strutturale e destinati ad una gamma molteplice di bisogni, siano essi solamente alberghieri o richiedenti una maggiore protezione sociale e sanitaria.

Le tipologie di presidi residenziali socio-assistenziali previste dall'attuale normativa regionale sono sinteticamente riassunte nella seguente tabella.

Tipologia	Prestazioni previste	Personale
Residenza assistenziale alberghiera	Alberghiere Socializzanti	Amministrativo Alberghiero
Residenza assistenziale	Alberghiere Socializzanti Protezione sociale	Amministrativo Alberghiero Sociale
Residenza assistenziale flessibile	Alberghiere Socializzanti Protezione sociale Sanitarie di cura e riabilitazione di basso livello	Amministrativo Alberghiero Sociale Sanitario Riabilitativo Infermieristico
Residenza sanitaria assistenziale	Alberghiere Socializzanti Protezione sociale Sanitarie di cura e riabilitazione di medio livello	Amministrativo Alberghiero Sociale Sanitario Riabilitativo Infermieristico

L'approvazione di standards strutturali e gestionali per ciascun tipo di presidio ha avviato sul territorio regionale un complesso processo di riconversione delle strutture pre-esistenti spesso solo destinate ad accogliere anziani autosufficienti.

Tale processo di riconversione del patrimonio edilizio socio-assistenziale è stato sostenuto con una crescita dei finanziamenti destinati alla realizzazione di Residenze assistenziali flessibili, che nel panorama della residenzialità assistita si collocano accanto alle R.S.A.

D'altra parte le strutture di vecchia edificazione risultano, solo in rare situazioni, idonee alle esigenze igienico-strutturali attuali ed in linea con gli standards previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente.

Pertanto per un recupero e una riconversione graduale del patrimonio strutturale esistente, nonché per interventi di nuova edificazione, nel triennio 1992-1994 sono stati stanziati ed impegnati da parte dell'Assessorato all'Assistenza 38 miliardi, previsti da apposita legge regionale (L.R. 22/90) per la realizzazione di oltre 3.000 posti-letto.

Per il 1995 il Fondo Investimenti Piemonte ha stanziato altri 15 miliardi, già assegnati per la sistemazione di altri 1.000 posti-letto sul territorio piemontese, a cui occorre aggiungere i finanziamenti dell'art. 20 della L. 67/88, per la realizzazione di altri 3.500 posti-letto in R.S.A.

Il trasferimento della gestione di questi fondi all'Assessorato all'Assistenza ha consentito un notevole snellimento degli iter burocratici per l'avvio dell'attività dei cantieri edili.

Ciononostante il raffronto tra il numero dei posti-letto per non autosufficienti presenti nelle USL piemontesi, ancorché non ancora totalmente adeguati ai requisiti previsti dalla normativa vigente, e le indicazioni di tipo programmatico del Piano sanitario nazionale evidenzia ancora una situazione di generale carenza.

Nel complesso infatti la Regione difetta, per quanto riguarda le indicazioni contenute nei livelli uniformi di assistenza sanitaria, del 28% di posti-letto.

Questa situazione ha portato alla predisposizione e alla successiva approvazione da parte del Consiglio Regionale della L.R. 73/96, che rende disponibili finanziamenti a soggetti pubblici e privati, tramite l'assegnazione di contributi in annualità costanti pari al 6% dell'importo del progetto.

Si tratta di una novità dal momento che la Regione ha finora assegnato contributi in conto capitale, che presupponevano disponibilità consistenti da parte degli enti; inoltre le modalità di assegnazione dei contributi non favorivano il sostegno a grandi interventi di ristrutturazione. In questo modo i lavori di ristrutturazione delle più grandi realtà residenziali del Piemonte venivano suddivisi in lotti funzionali, contribuiti in più annualità, mantenendo i cantieri aperti per lungo tempo.

Con la L.R. 73/96 vengono assegnati contributi in conto interessi sul valore complessivo del progetto, assegnati in rate annuali costanti sull'importo del mutuo contratto per la realizzazione dell'intervento fin dal momento dell'assegnazione da parte regionale.

Con i tre miliardi disponibili per il 1997 sarà così possibile l'avvio di interventi per più di 50 miliardi di importo progettuale, ai quali corrisponderanno presumibilmente altri 600-700 nuovi posti-letto. È un risultato consistente, che fa ben sperare, soprattutto se lo stanziamento disponibile raggiungesse nell'arco del triennio 1997-1999 i 10 miliardi; il nuovo secolo vedrebbe in corso i cantieri relativi a 4.000 posti-letto, come previsto dal programma della legislatura.

Gli sforzi per il miglioramento dei requisiti strutturali dei presidi destinati agli anziani sono stati accompagnati da un ulteriore impegno per la qualificazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali erogate in regime residenziale.

La dotazione di posti-letto per anziani, al 31 dicembre 1994, presenta un valore medio regionale di 41,4 posti-letto ogni 1.000 anziani, con un range regionale di variazione significativo: da 17 di Torino ad 80,4 dell'U.S.L. di Alba.

In questo universo si possono contare 309 strutture che, pur presentando una forte variazione circa i modelli strutturali e gestionali posseduti, ospitano prevalentemente anziani non autosufficienti.

Mettendo in relazione i posti-letto esistenti in strutture residenziali con i dati sulla provenienza dei ricoveri si evidenzia una situazione fortemente squilibrata, ove zone come Settimo, Ivrea, Santhià ed Omegna attraggono anziani provenienti da zone ove la rete di risposte è ancora fortemente insufficiente (Torino, Collegno, Rivoli, Carmagnola e Moncalieri).

Sul piano quantitativo gli anziani complessivamente ricoverati in strutture residenziali sono 24.715, di cui 9.163 sono considerati non autosufficienti.

Di questi soggetti non autosufficienti solo una quantità molto modesta riceve dal servizio sanitario prestazioni adeguate e rimborsi, anche parziali, per le cure prestate all'interno delle strutture residenziali e coperte nella gran maggioranza con le rette di ricovero.

Le rette di ricovero sono estremamente differenziate a seconda della tipologia del presidio e delle condizioni di non autosufficienza degli ospiti con un range che va dalle 60.000 alle 150.000 al giorno in caso di non autosufficienti ricoverati in R.S.A.

Tra le strutture per anziani prevalgono le strutture pubbliche, che costituiscono il 49,5% dei presidi ed il 55% dei posti-letto. Tra queste prevalgono le IPAB, seguite dalle strutture comunali e quelle delle U.S.L., la cui dimensione media è particolarmente elevata (56,2 posti-letto per struttura).

Le strutture private rappresentano il 50,5% dell'offerta, di cui il 28% sono associazioni senza scopo di lucro.

L'esigenza di una maggiore qualificazione dell'assistenza offerta dai servizi residenziali ha spinto la Regione all'intensificazione delle attività di prima formazione e di riqualificazione del personale addetto all'assistenza alla persona.

In particolare per quanto riguarda la formazione del personale addetto all'assistenza alla persona (Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari) perno dell'assistenza domiciliare e residenziale la Regione ha realizzato interventi formativi di prima formazione e di riqualificazione, che nel triennio 1993-96 hanno interessato 3707 ADEST in 152 corsi.

A questi si devono aggiungere 80 corsi non ancora conclusi alla fine del 1996, che stanno formando 460 ADEST in prima formazione e 1530 in riqualificazione.

Attraverso corsi specifici di aggiornamento dei livelli dirigenziali delle strutture residenziali è stato così possibile migliorare le conoscenze e le capacità operative relative alla gestione delle strutture come unità organizzative complesse e rinforzare gli atteggiamenti manageriali, con particolare riferimento alle aree della pianificazione delle attività, della gestione delle risorse umane e all'ottimizzazione dell'uso del tempo.

I problemi aperti

1) Resta insufficiente il coordinamento tra attività domiciliari, sociali e sanitarie, accompagnate da una costante incertezza circa gli enti responsabili della gestione dei servizi, aziende sanitarie e Comuni.

2) Sono ancora limitate le attività in regime diurno per fornire il necessario supporto alle famiglie che si prendono cura degli anziani e per ridurre la richiesta di ricovero.

3) La rete dei servizi residenziali è ancora insufficiente non solo per il numero e la tipologia dei posti disponibili (nella sola area di Torino mancano più di 3.000 posti-letto), ma anche per la qualità delle prestazioni fornite.

4) Sono limitate le risposte qualificate per la cura e l'assistenza degli anziani affetti da demenza senile ed in particolare per i soggetti affetti da morbo di Alzheimer (diagnosi precoce, cure appropriate, riabilitazione neuro-motoria, nuclei residenziali protetti).

In questa situazione la Regione Piemonte ha in corso di approvazione da parte del Consiglio Regionale il piano sanitario per il triennio 1997-99 ed il piano socio-assistenziale per il triennio 1997-99, che contengono al loro interno specifici progetti-obiettivo per la tutela sanitaria e socio-assistenziale degli anziani, basati sui seguenti elementi qualificanti:

1) approfondimento delle conoscenze circa le condizioni di vita degli anziani e delle loro famiglie, con particolare attenzione alle situazioni di quelli non autosufficienti e alle modalità del loro vivere in famiglia.

2) realizzazione di una rete di servizi e prestazioni sociali e sanitarie fortemente integrate, anche in presenza di enti gestori diversi (aziende sanitarie e Comuni).

3) sostegno economico alle famiglie, che si fanno carico dell'assistenza al domicilio di anziani non autosufficienti. -

4) potenziamento della rete dei servizi domiciliari, attraverso un'estensione dei destinatari dei servizi di A.D.I., un incremento delle attività di ospedalizzazione domiciliare ed una modifica del sistema di accesso alle prestazioni domiciliari da parte dei cittadini.

5) proseguimento della riqualificazione del personale in servizio ed addetto all'assistenza alla persona (O.T.A. e A.D.E.S.T.).

6) attivazione di una rete di centri diurni (uno in ogni ASL), passando dall'attuale fase sperimentale alla concretizzazione di questa modalità di risposta per l'assistenza agli anziani non autosufficienti ed il sostegno alle famiglie, che se ne fanno carico.

7) incremento degli attuali 4.500 posti-letto convenzionati in 8.000 entro il 1999, soddisfacendo in questo modo le esigenze degli anziani non autosufficienti in lista di attesa presso le residenze convenzionate.