

- analizzare i criteri e le modalità, anche attraverso predisposizione di protocolli, convenzioni ecc. per collaborare con personale appartenente alle organizzazioni del volontariato e a quelle operanti senza scopo di lucro (no-profit).

Gli obiettivi di salute per gli anziani riguardano la promozione e la tutela della loro autonomia funzionale, nei livelli che le varie condizioni consentono di esprimere.

Per gli anziani che vivono a domicilio il miglioramento della qualità della loro vita si ottiene:

a) attraverso le varie forme di aiuto a seconda della situazione di necessità che l'anziano presenta (assistenza economica, cura alla persona e all'abitazione, sostegno alla vita quotidiana assistenza sanitaria ed infermieristica, teleassistenza, ecc.);

b) attraverso il coinvolgimento, l'integrazione e il sostegno (economico, professionale) alla famiglia e ai familiari che assistono le persone anziane in stato di necessità;

c) attraverso l'integrazione dei diversi interventi di aiuto di auto-aiuto erogati da associazioni, enti con finalità socialmente utili, presenti sul territorio;

d) attraverso le varie forme di prevenzione dell'istituzionalizzazione e degli effetti che essa produce, anche se temporanea, come servizi semiresidenziali diurni e notturni interventi di sostegno e di promozione verso l'aggregazione, ecc...;

e) attraverso la promozione e il sostegno di interventi destinati a sviluppare una cultura locale di riconoscimento e di accoglienza dell'invecchiamento e di integrazione e di solidarietà per le situazioni di non-autonomia, sia tra generazioni, che tra gli stessi anziani.

Per tutelare e promuovere la qualità della vita degli anziani istituzionalizzati è necessario promuovere:

a) il rispetto dell'approccio globale alla condizione anziana, che riconosca in ogni situazione la multidimensionalità dell'autonomia funzionale dell'anziano stesso;

b) il coinvolgimento della famiglia per prevenire e correggere gli effetti di una separazione anche se temporanea;

c) l'integrazione con il territorio, attraverso forme di collaborazione e attraverso un coordinamento finalizzato con tutti i servizi che esso esprime;

d) il coordinamento con associazioni, volontariato ecc. che impedisca divisioni e frammentarismo, per uno sviluppo corretto della cultura della solidarietà e una crescita autentica della comunità.

Per questo tipo di obiettivi è fondamentale far riferimento alle reali condizioni nelle quali gli anziani e le loro famiglie vivono e alle diverse realtà territoriali.

È quindi fondamentale che i singoli «progetti» esplicitino:

a) *per gli anziani che vivono a domicilio:*

1) il livello dell'integrazione tra i diversi interventi socio-assistenziali e sanitari;

2) il tipo e l'entità di aiuto (economico, di sostegno psicologico, di sollievo, infermieristico, ecc.) che viene offerto e garantito alla famiglia che si prende carico dell'assistenza all'anziano;

3) la promozione degli anziani stessi nella logica dell'anziano-risorsa per sé e per gli altri;

4) la promozione culturale per un reale riconoscimento dei processi di invecchiamento e per uno sviluppo della solidarietà a livello locale.

b) *Per gli anziani che vivono nelle Residenze:*

1) livello di integrazione tra gli interventi socio-assistenziali e sanitari in rapporto alle diverse tipologie di Residenze e quindi alla loro destinazione;

2) la riduzione delle accoglienze di anziani con un residuo di autonomia sufficiente per vivere a domicilio.

5.2 *Il Piano Sanitario*

La realizzazione di azioni indirizzate all'integrazione socio-sanitaria e la predisposizione degli strumenti idonei a realizzarle costituiscono anche le linee di indirizzo fondamentali del progetto obiettivo «La tutela della salute degli anziani» inserito nella proposta di Piano Sanitario regionale. Il progetto prevede che, laddove si configurano servizi che erogano prestazioni integrate socio-sanitarie (centri socio-sanitari a ciclo continuo, servizi di assistenza domiciliare integrata e residenze assistenziali sanitarie), gli Enti Locali e le Aziende USL promuovano la conclusione di accordi di programma tra soggetti interessati, ai sensi della L. 142/90, con la specificazione delle strutture, risorse e prestazioni assicurate, anche attraverso l'apporto del volontariato e del privato sociale, all'interno di ciascun servizio. Alle intese tra Azienda USL ed Enti Locali è demandata quindi l'elaborazione annuale di un progetto anziani, come atto operativo d'intesa coerente con il piano sanitario, per la gestione integrata degli interventi.

In questa ottica, gli obiettivi specifici che si intendono perseguire sono i seguenti:

Istituzione delle unità di Valutazione Geriatrica Specialistica (U.V.G.)

Considerata l'attuale situazione di assoluta carenza, si prevede l'istituzione di almeno una Unità di Valutazione Geriatrica territoriale per ogni Azienda USL con personale minimo costituito da un medico specialista in geriatria, da un infermiere professionale e da un assistente sociale che dovrà operare in stretto collegamento e coordinamento con le Unità Operative Geriatriche Ospedaliere, reparti di medicina e chirurgia, gli ambulatori geriatrici di distretto.

Le U.V.G. dovranno adottare uno strumento di valutazione multidimensionale per i bisogni dell'anziano, unico per i servizi dell'intera regione. Inoltre le U.V.G. dovranno assicurare i flussi informativi relativi alle condizioni socio-economiche, allo stato di salute, alla prevalenza quali-quantitativa di disabilità, all'accesso ai servizi assistenziali e all'attività di questi.

Attivazione di Ambulatori-geriatrici

In ogni distretto sanitario dovrà essere attivato un ambulatorio geriatrico, a supporto del medico di base e dei servizi e presidi sanitari e assistenziali, per l'attuazione di programmi socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana, in collegamento con l'U.V.G., e per l'attività di consulenza ai programmi di prevenzione e di formazione.

Avvio dell'Assistenza Domiciliare integrata

L'avvio del servizio deve coinvolgere il medico di medicina generale. L'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali dovrà essere assicurata attraverso la stipula di protocolli d'intesa tra i diversi soggetti erogatori.

Riorganizzazione dell'assistenza geriatrica ospedaliera

Tale assistenza dovrà essere erogata attraverso le Unità Operative di Geriatria. Appare comunque necessario che in ogni Azienda USL venga garantita la funzione geriatrica, a livello ospedaliero, attraverso articolazioni delle unità operative di medicina generale quali moduli in grado di fornire prestazioni di attività di day-hospital e/o ambulatoriali affidati a personale dotato di professionalità specifica per il settore geriatrico.

Attivazione di una rete di Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.)

L'assenza di residenze sanitarie assistenziali rende necessaria la pianificazione di una quota di posti letto in R.S.A. da definirsi sulla base di un sistema informativo specifico e sui dati di riorganizzazione della rete degli ospedali e dei centri di riabilitazione e da realizzarsi attraverso la riconversione di strutture esistenti (anche socio-assistenziali) o la programmazione di nuove strutture.

Strumentali alla realizzazione degli obiettivi su indicati sono gli interventi di formazione degli operatori dei servizi e dei presidi della rete di assistenza geriatrica e la valorizzazione della rete del privato sociale e del supporto informale.

PAGINA BIANCA

REGIONE SICILIA

Dati di sintesi riferiti ai servizi resi nel '96 dai Comuni dell'Isola in favore della popolazione anziana. Si tratta di dati emersi nel corso di una ricerca realizzata da questo Gruppo di lavoro che ha visto l'adesione di 359 Comuni su 390.

Per l'esercizio '97, invece, non si dispone di alcun dato specifico.

Servizi in favore degli anziani										
	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	Totale
Assistenza domiciliare	2.787	1.775	3.728	1.754	7.387	5.354	2.527	3.072	1.560	29.944
Assistenza abitativa	0	15	0	0	5	3	0	0	0	23
Attività ricreative culturali	3.946	2.300	11.387	1.020	5.293	4.283	5.587	2.379	1.127	37.322
Soggiorni	1.539	897	4.847	825	3.570	3.584	1.211	2.695	1.939	21.107
Integrazione lavorativa	1.134	380	1.536	465	2.287	1.919	835	542	783	9.881
Trasporto	5.069	4.624	10.213	2.951	3.909	6.349	6.053	5.423	3.152	47.743
Progetti prevenzione disagio	0	0	60	0	0	145	0	0	0	205
Ass. econ. continuativa	0	0	2	0	1	1	4	0	0	8
Ass. econ. temporanea	25	0	0	0	0	0	1	5	3	34
Ass. econ. straordinaria	40	0	20	18	41	17	1	9	14	160
Ass. econ. (dato complessivo)	10	0	1.611	25	113	84	30	0	1	1.874
Centro diurno/d'incontro	120	0	3.531	2.270	930	810	1.552	3.307	180	12.700
Ricovero	150	90	395	121	173	395	145	54	271	1.794
Telesoccorso	62	0	14	0	53	26	10	0	50	215
Altro	3	0	0	0	80	240	0	0	0	323
Totale	14.885	10.081	37.344	9.449	23.842	23.210	17.956	17.486	9.080	163.333

Si fa presente inoltre che, a seguito dell'approvazione della L.R. n. 7 del 25 marzo 1996, i fondi di bilancio previsti dalle leggi regionali in favore degli anziani (nn. 87/81 e 14/86) confluiscono in un fondo unico per i servizi socio-assistenziali. Pertanto i servizi per i quali le leggi di settore prevedevano specifico finanziamento (assistenza domiciliare, integrazione lavorativa, attività ricreative e soggiorni, trasporto), sono stati realizzati, già dal '96, attingendo a questo fondo unico, previa adozione da parte del Consiglio Comunale di specifico atto deliberativo di programmazione e riparto dello stesso.

PAGINA BIANCA

REGIONE TOSCANA

La politica della Regione Toscana nei confronti della popolazione anziana nel biennio 1996/97 si è sviluppata all'interno degli indirizzi e dei percorsi tracciati dal Piano Regionale di Assistenza sociale (PRAS) del 19 luglio 1994, aggiornato per quanto riguarda l'esercizio 1997 dalla Legge Regionale n. 24 del 26 marzo 1997.

Il progetto «anziani» del Piano Regionale conferma sostanzialmente le finalità generali e specifiche indicate nel progetto obiettivo «tutela della salute degli anziani» approvato con delibera del C.R. n. 168 del 24 marzo 1992 che precisa, tra l'altro, le seguenti priorità:

- sviluppo del servizio di assistenza domiciliare;
- valorizzazione dell'assistenza domiciliare integrata;
- razionalizzazione degli interventi di assistenza infermieristica indiretta;
- sviluppo dei centri diurni, con fissazione di obiettivi territoriali;
- realizzazione di nuovi progetti di R.S.A.;
- definizione di linee guida per l'attuazione in forma sperimentale di interventi di dimissioni programmate e di valutazione geriatrica.

Nel corso del 1995 è diventato operativo il protocollo di intesa Regione Toscana - organizzazioni sindacali e coordinamento regionale dei Comitati Centri sociali anziani della Toscana, sottoscritto il 24 ottobre 1994 che rendeva espliciti i seguenti obiettivi:

- l'attuazione della L.R. 49/93 «interventi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare alla popolazione anziana non autosufficiente» attraverso la stipula degli accordi di programma tra Comuni e USL per la concessione del servizio e/o del contributo finanziario (assegno di assistenza);
- istituzione della Consulta degli anziani al fine di seguire i dati dell'invecchiamento, di verificare gli standards di qualità dei servizi, di individuare le problematiche socio-sanitarie della popolazione anziana. Essa è composta dalle organizzazioni sindacali regionali dei pensionati e dal coordinamento regionale dei comitati dei centri anziani;
- convenzione per l'assistenza farmaceutica domiciliare a persone non autosufficienti.

Nell'anno 1996 è inoltre entrata in funzione la L.R. 108 del 21 dicembre 1995 «Norme a favore della popolazione anziana non autosufficiente» nella quale si prevede in modo esplicito, regolandone la effettuazione, la possibilità di erogare l'assistenza domiciliare integrata, oltre che nella forma diretta, anche attraverso gli «asseggni di assistenza» a soggetti che «assicurino nell'ambito domiciliare, il mantenimento e la cura dell'anziano non auto-sufficiente, nonché sottoscrivano il piano terapeutico assistenziale previsto dagli atti d'indirizzo regionali».

Il Consiglio Regionale ha infine approvato nella seduta del 15 luglio 1997 la Legge relativa alla «Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati».

La Regione Toscana è quindi pronta a rendere compiuto con tale legge il proprio orientamento per la creazione di un sistema socio-assistenziale finalizzato alla realizza-

zione di una rete di protezione sociale volta a garantire lo sviluppo umano e il benessere della comunità.

Nel settore specifico dell'assistenza agli anziani, ed in particolare per i non autosufficienti, la Regione Toscana individua interventi e strumenti differenziati, seppure collegati in rete:

- a) interventi di sostegno economico;
- b) prestazioni di assistenza domiciliare;
- c) interventi socio-terapeutici;
- d) servizi semi-residenziali;
- e) servizi residenziali.

La nuova legge regionale richiama gli Enti locali alla promozione e valorizzazione delle attività organizzate da singoli gruppi e soggetti informali, finalizzate alla diffusione della solidarietà sociale, della mutualità e degli scambi di servizi.

Vengono, allo scopo, previsti «patti territoriali» per la costituzione delle reti di solidarietà sociale, coinvolgendo Enti locali, sindacati, organizzazioni del privato sociale e del movimento cooperativo, al fine di destinare risorse comunque presenti nella comunità civile, allo sviluppo di progetti di assistenza che ricerchino le risposte più differenziate, articolate e qualitativamente efficaci.

La partecipazione dei soggetti «informali» è prevista anche in riferimento alla elaborazione e formazione degli strumenti della programmazione regionale, ed in particolare per la definizione dei piani zonal di assistenza sociale volti ad individuare e selezionare i progetti di assistenza e le priorità di intervento, sulle quali distribuire e concentrare le risorse.

Per il raggiungimento degli obiettivi posti dal PRAS e dalla delibera 168/92 sono state avviate le seguenti azioni:

- 1) sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- 2) progetti-obiettivo «anziani» di settore;
- 3) osservatorio della non autosufficienza;
- 4) servizi residenziali e semiresidenziali;
- 5) progetti innovativi e sperimentali;
- 6) attività di interesse sociale.

1. Sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata

Con l'applicazione integrale della L.R. 108 e la sottoscrizione in ogni zona socio-sanitaria degli accordi di programma Comuni - Aziende USL, nel corso del 1996 si è registrata la massima espansione del servizio, che è arrivato a coprire l'1,80% della popolazione ultra-sessantacinquenne con 10.500 assistiti, dei quali n. 6.121 hanno goduto dell'A.D.I. (Assistenza domiciliare integrata) con un totale di 4.841 assegni di assistenza concessi.

Ogni zona socio-sanitaria ha istituito nel suo seno la U.V.G. (Unità di valutazione geriatrica) e ha utilizzato la commissione, di norma distrettuale, di valutazione della non autosufficienza in modo da assicurare il percorso assistenziale delineato dalle disposizioni regionali:

– individuazione della condizione di non autosufficienza attraverso la visita alla persona anziana e la compilazione della scheda multidisciplinare di valutazione approvata con delibera del C.R. n. 214 del 2 luglio 1991;

- elaborazione del progetto terapeutico-assistenziale individuale di assistenza;
- raggiungimento dei massimi livelli di integrazione dei servizi socio-sanitari e territoriali per collegare «in rete» le varie risposte necessarie a soddisfare i bisogni previsti nel progetto assistenziale;
- collegamento funzionale tra i dipartimenti Servizi Sociali e Attività Sanitarie dell'Azienda USL e il Servizio Sociale dei Comuni.

2. Progetti obiettivo anziani

Sulla base delle indicazioni del PRAS le risorse regionali hanno integrato i fondi di Comuni e Aziende per sostenere progetti significativi nei seguenti settori di intervento:

a) Assistenza domiciliare

Completamento progetti iniziati negli esercizi 1993 e 1994 prima delle approvazioni delle LL.RR. n. 49/93 e n. 108/95.

b) Centri di assistenza diurna

In strutture autonome di Comuni e Aziende USL o presso R.S.A. a residenze assistite. Nel corso dei due anni è stato possibile avviare n. 28 Centri Diurni distribuiti in tutto il territorio regionale, garantendo l'adeguamento di strutture e arredi e l'avvio della gestione.

c) Miglioramento condizioni abitative

Nella logica del mantenimento della persona anziana nel proprio alloggio sono stati incentivati gli interventi di miglioramento delle condizioni abitative, chiedendo ai Comuni di predisporre regolamenti in materia per superare difficoltà burocratiche e amministrative e la concessione dei contributi.

d) Telesoccorso

È un servizio di emergenza socio-sanitaria istituito con L.R. 35/90. Risponde al bisogno di pronto intervento ed ha anche funzione di verifica e controllo delle condizioni degli anziani particolarmente a rischio.

Il servizio è promosso ed attivato in collaborazione con il volontariato ed è stato allargato pressoché a tutte le zone socio-sanitarie con le risorse del fondo sociale.

Nel corso del biennio 1996/97 sono stati finanziati n. 19 interventi di telesoccorso attrezzando in tal senso le zone socio-sanitarie, o le aree distrettuali, corrispondenti.

e) Sperimentazione

Sono stati finanziati nel biennio n. 11 progetti di sperimentazione finalizzati essenzialmente a sviluppare il rapporto solidale tra le generazioni ed a trasformare le persone anziane autosufficienti da «utenti» a «risorse» favorendo momenti di autogestione, e occasioni per il miglioramento complessivo dei servizi per le persone anziane.

3. Osservatorio non autosufficienza

Con l'applicazione organica e diffusa della L.R. 108, è stato possibile, nel corso del 1996, intrecciare i dati quantitativi del servizio di A.D.I. con i risultati dell'attività di valu-

tazione della non autosufficienza da parte delle U.V.G. e delle Commissioni di valutazione, e con le risposte assistenziali attivate nelle varie zone.

Come risulta dalla scheda «B» allegata, nel corso del 1996 sono state compiute 15.549 valutazioni con 10.597 certificazioni e sono stati avviati 5.193 piani terapeutici assistenziali per anziani non autosufficienti, così differenziati:

- n. 2.314 ricoveri in R.S.A., di cui 488 temporanei;
- n. 1.045 interventi di A.D.I. e n. 1.207 di assistenza domiciliare diretta;
- n. 227 ricoveri in Centri Diurni;
- n. 400 interventi di altra natura.

4. Servizi residenziali e semiresidenziali

A) *Strutture residenziali*

Dal censimento 1996, di cui alleghiamo la relazione riassuntiva e i prospetti regionali risultano operanti n. 331 strutture, di cui n. 171 sono R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistite), n. 64 a gestione Comune o Azienda USL, n. 27 a gestione IPAB, n. 85 private, con 7.164 posti residenziali per non autosufficienti e 6.454 quote capitarie-sanitarie.

Il Consiglio Regionale Toscano sta approvando in questi giorni il piano di investimenti per l'edilizia ospedaliera ed extra ospedaliera che prevede la realizzazione di n. 8.614 posti letto complessivi in R.S.A., portando la percentuale dei posti letto sugli ultra sessantacinquenni, come risulta dalla tabella «D» allegata, sull'1,16%, con uno scarto sull'obiettivo 1991 di n. 3.248 p.l., da colmare attraverso il nuovo programma pluriennale avviato.

B) *Centri diurni*

Essi rispondono prioritariamente ai bisogni assistenziali di soggetti con limitata autonomia, assicurando prestazioni di carattere sociale, di assistenza alla persona, di assistenza infermieristica e riabilitativa.

La rilevazione compiuta per la prima volta nel 1997, di cui alleghiamo tabella «E» testimonia il grande sforzo di raggiungere l'obiettivo prefissato dalla delibera 168/92 di realizzare nel biennio almeno un centro diurno per ogni zona socio-sanitaria, riducendo i ricoveri e determinando dimissioni di anziani da residenze assistite.

La Regione Toscana è impegnata nello sviluppo dell'attività e della presenza dei Centri diurni per anziani in modo da rendere determinante la loro funzione all'interno del percorso di assistenza alle persone anziane non autosufficienti o parzialmente tali. Sono allo studio due importanti provvedimenti quali la predisposizione di un regolamento tipo per la gestione dei centri diurni e la estensione, ai centri diurni, della quota capitaria-sanitaria, già operante per le R.S.A.

5. Progetti innovativi e sperimentali: l'Alzheimer

La Regione Toscana, pur mantenendo valide ed integrali le strategie di intervento nel campo della integrazione socio-assistenziale e socio-sanitaria, anche in riferimento alle problematiche emergenti, ha avviato nel corso del biennio 1996-97 un'azione con forti connotazioni innovative e sperimentali per favorire l'assunzione di modelli effica-

ci di assistenza alle persone anziane affette da demenza senile ed in particolare dal morbo di Alzheimer.

È stato finanziato un progetto di «ricerca-intervento» finalizzata alla formazione di operatori impegnati nell'assistenza di persone affette dal morbo di Alzheimer e sono stati avviati, anche con il concorso economico di Comuni ed Aziende USL, cinque progetti sperimentali nel campo dell'assistenza domiciliare e dell'apertura di centri diurni attrezzati specificamente per tali tipologie.

I servizi regionali assicureranno il loro coordinamento garantendo modalità uniformi nel percorso progettuale e l'adozione dei medesimi criteri di rilevazione dei risultati e dei livelli di qualità.

6. Attività di interesse sociale

La Regione Toscana attribuisce funzione e carattere di prevenzione a tutte le azioni che favoriscano l'inserimento sociale delle persone anziane. Vengono quindi promosse forme di aggregazione attraverso le attività di volontariato e dell'associazionismo, di facilitazione per i trasporti, di valorizzazione delle persone anziane attraverso la loro partecipazione ad attività culturali, ricreative, educative, anche nell'ambito di rapporti intergenerazionali e lavori socialmente utili.

**Tab. «B» - L.R. 108/95 norme a favore della popolazione anziana non autosufficiente
Dati generali relativi all'esercizio 1996**

FINANZIAMENTO REGIONALE*	L. 13.547.897.943
* La cifra a fianco riportata comprende il trasferimento dei fondi dell'esercizio 1996 (L. 10.062.028.226) e residui di esercizi precedenti (L.R. 49/93) che Comuni ed Aziende USL hanno impiegato nell'anno '96	
RISORSE AGGIUNTIVE DESTINATE DAI COMUNI (n. 41)	L. 1.713.037.559
Comuni che hanno gestito L. 108 direttamente	93
Comuni che hanno delegato alle Aziende U.U.S.S.L.L.	193
FINANZIAMENTI REGIONALI GIÀ UTILIZZATI E CONCESSI	L. 13.172.444.868
FINANZIAMENTI REGIONALI ANCORA NON UTILIZZATI	L. 375.453.075
Persone anziane non autosufficienti assistite	6.121 0,82% degli > 65 2% degli > 75
Anziani assistiti con A.D.I.	1.298
Anziani beneficiari assegni di assistenza	4.823
Valutazioni effettuate dai servizi territoriali Aziende U.S.L. (U.V.G. o commissioni distrettuali) in base alle domande di accertamento della non autosufficienza	15.549
Persone anziane certificate non autosufficienti	10.597
<i>Patologie prevalenti:</i>	
Morbo Alzheimer	482
Ictus	2.894
Demenze senili	1.914
Altro	5.307
<i>Piani terapeutici assistenziali per anziani non autosufficienti avviati nel 1996</i>	
Ingressi in R.S.A. definitivi	2.350
Ingressi in R.S.A. temporanei	487
A.D.I.	2.652
Assegni assistenza	4.823
Inserimenti diurni	244
Altro	400

Abbiamo assistito nel biennio ad un significativo sviluppo delle esperienze di aggregazione sociale autogestite dagli anziani e finanziate in parte dagli Enti locali. Registriamo la presenza di 130 centri sociali, di un numero considerevole di centri «anziani», di università della terza età, di «orti sociali» e l'avvio di una nuova esperienza rappresentata dalle banche del tempo.

Al fine di arricchire e sollecitare il carattere educativo e formativo di esperienze diffuse nel settore dell'assistenza sociale alle persone anziane, è stato finanziato un progetto di «Educazione alla salute» su «Fattori culturali e qualità della vita nella terza età» che permetterà di promuovere azioni educative tese a stimolarne e valorizzarne le potenzialità e gli interessi culturali.

Tab. «C» - Relazione inerente la situazione delle strutture di ospitalità per anziani al 31-12-1996

Dall'esame dei dati ⁽¹⁾ del censimento 1996 si può constatare che su 331 strutture censite, (19 in più rispetto al 1995), delle quali 96 a gestione Comune/USL, 37 I.P.A.B. e 198 Private, ve ne sono:

- n. 273 la cui ricettività risponde alle indicazioni contenute nella Risoluzione C.R. del 15 marzo 1988 e nel D.P.C.M. del 22 dicembre 1989 (0-60 posti residenziali) così suddivise: 83 strutture a gestione Comune/USL, 22 a gestione I.P.A.B. e 168 a gestione privata.

- n. 28 strutture con ricettività compresa nei limiti di posti previsti dalla L.R. 28/80 (60-80 posti residenziali) di cui: 7 a gestione Comune/USL, 10 a gestione I.P.A.B. e 11 a gestione privata.

- n. 16 strutture per le quali diventa necessario valutare la possibilità di essere ricomprese nell'ipotesi della deroga di cui al D.P.C.M. del 22 dicembre 1989, giustificata dall'alta densità abitativa ed urbana (80-120 posti residenziali) di cui: 1 a gestione Comune/USL, 3 a gestione I.P.A.B. e 12 a gestione privata.

- n. 14 strutture la cui ricettività supera ogni previsione normativa (5 strutture a gestione Comune/USL, 3 a gestione I.P.A.B. e 6 a gestione privata) e pertanto nei loro confronti si impone un programma di adeguamento agli standards di legge, sempre che dimostrino la potenzialità di migliorare la loro situazione.

Le variazioni avvenute nel corso dell'anno sono le seguenti:

- apertura n. 20 strutture di cui n. 16 a gestione privata (Az. USL 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10) e n. 4 a gestione USL (Az. USL 1, 5, 9, 10).

- riconversione n. 5 strutture di cui: 2 (Az. USL 1 e 5) da IPAB a Comune, 1 (Az. USL 8) da USL a Comune, 1 (Az. USL 5) da IPAB a USL e 1 (Az. USL 9) da Comune/USL a Comune.

Le rette praticate dalle strutture censite oscillano tra un importo massimo di L. 177.855 (in una struttura) ed un importo minimo di L. 10.000 (in 1 struttura) tenuto conto che l'importo indicato dalla deliberazione di C.R. n. 5/91, per quanto riguarda i non autosufficienti, risulta di L. 103.000 per le strutture di 40 p.r. e di L. 104.500 per le strutture di 60 p.r. (importi che all'atto delle convenzioni i Comuni e le Aziende USL hanno adeguato agli indici del costo della vita).

La quota capitaria, per prestazioni a persone non autosufficienti, è stata corrisposta a 175 strutture di ospitalità per anziani (ex art. 6 L.R. 20/80), comprese quelle a gestione USL.

Le 331 strutture censite ospitano 13.661 anziani (il 5% su anno 1995) dei quali 7.550 sono indicati come non autosufficienti (+6,8% su anno 1995) e 6.111 come autosufficienti (+0,9% su anno 1995).

È da tenere presente che per alcune strutture sono in corso le procedure relative alla autorizzazione (ai sensi art. 25 L.R. 42/92)

Prospetto riassuntivo importo rette praticate dalle strutture di ospitalità per anziani nell'anno 1996

Fascia n.1	L. 10.000 - 29.999	4,5% (- 0,5% su 1995)
Fascia n.2	L. 30.000 - 39.999	3 % (- 2 % su 1995)
Fascia n.3	L. 40.000 - 59.999	19 % (- 2 % su 1995)
Fascia n.4	L. 60.000 - 69.999	6 % (+ 1 % su 1995)
Fascia n.5	L. 70.000 - 79.999	5 % (0 % su 1995)
Fascia n.6	L. 80.000 - 104.999	12 % (- 3 % su 1995)
Fascia n.7	L. 105.000 - 139.999	37 % (+ 3 % su 1995)
Fascia n.8	L. 140.000 - 154.999	9 % (+ 2 % su 1995)
Fascia n.9	L. 155.000 - 177.855	6 % (+ 3 % su 1995)

⁽¹⁾ Fonte dei dati: Schede di rilevazione compilate per ciascuna struttura a cura delle Aziende UU.SS.LL.

Tab. «D» - Regione Toscana - Programma di realizzazione di R.S.A.
Distribuzione posti residenziali esistenti, in corso di realizzazione e programmati per aziende U.S.L.

R S A										
Azienda U.S.L.	Popolazione residente > 65 anni	P.L. obiettivo 1,60%	Pubblico		Convenzionati		P.L. pubblico e privato convenzionati a regime	Scarto		
			P.L. esistenti adeguati pubblici	P.L. in corso di realizzazione	P.L. programmati	P.L. esistenti				
Anno 1995	(D.C.R.T. 222/90)	1° triennio	numero	%	numero	%				
1 - Massa Carrara	42.395	678	65	0	120	146	331	0,78	347	0,82
2 - Lucca	46.525	744	253	120	104	83	560	1,20	184	0,40
3 - Pistoia	53.053	849	160	170	120	191	641	1,21	208	0,39
4 - Prato	38.600	618	101	46	40	235	422	1,09	196	0,51
5 - Pisa	66.362	1.062	405	40	182	215	842	1,27	220	0,33
6 - Livorno	72.967	1.167	80	238	92	11	421	0,58	746	1,02
7 - Siena	60.178	987	540	152	92	181	965	1,60	22	0,04
8 - Arezzo	66.936	1.071	209	199	102	41	551	0,82	520	0,78
9 - Grosseto	48.045	769	217	60	60	114	451	0,94	318	0,66
10 - Firenze	171.621	2.746	235	683	140	1.614	2.672	1,56	74	0,04
11 - Empoli	41.999	672	119	165	45	115	444	1,06	228	0,54
12 - Versilia	31.193	499	16	40	28	230	314	1,01	185	0,59
Totale	739.874	11.862	2.400	1.913	1.125	3.176	8.614	1,16	3.248	0,44

Tab. E.

Zona	N. censiti			N. censiti		
	A. 1991			A. 1991		
	1991	1992	1993	1991	1992	1993
Lunigiana	-	-	-			
Area di Massa e Carrara	2	6	21	Carrara - Fossdinovo		
Versilia	-	-	-			
Garfagnana	-	-	-			
Media Valle del Serchio	-	-	-			
Piana di Lucca	2	15	16	Porcari - Altopascio		
Val di Nievole	1	4	16	Monsummano		
Area Pistoiese	2	5	22	Pistoia (2)		
Area Pratese	5	5	31	Prato (2) - Cornana - Camigliano (2)		
Zona Fiorentina	7	77	85	Palazzo - Ongi - Modigliani - Gignoro - Demidoff - Antares - Airone		
Zona Sud-Est	-	-	-			
Zona Nord-Ovest	2	3	6	Sigra (2)		
Mugello	2	6	7	Dicomano - Scarperia		
Area Pisana	-	-	-			
Area Livornese	1	23	-	Livorno		
Bassa Val di Cecina	1	-	8	Rosignano		
Alta Val di Cecina	2	4	11	Volterra - Castelnuovo V. Cecina		
Val d'Era	1	10	-	Pontedera		
Valdarno Inferiore	1	-	13	Castelfranco di Sotto		
Empolese	4	47	16	Certaldo - Montelupo - Montatione - Castelfiorentino		
Alta Val d'Elsa	-	-	-			
Valdarno Superiore Sud	1	4	-	Terranuova		
Valdarno Superiore Nord	-	-	-			
Casentino	-	-	-			
Val Tiberina	3	13	35	Anghiari - Pieve S. Stefano - San Sepolcro		
Arecina	7	38	22	Subbiano - Arezzo (4) - Monte San Savino		
Val di Chiana Arecina	-	-	-			
Val di Cornia	1	-	16			
Arcipelago Toscano	-	-	-			
Colline Metallifere	-	-	-			
Area Grossetana	2	4	20	Grosseto (2)		
Colline d'Albegna	1	16	-	Porto S. Stefano		
Area Senese	6	32	26	Asciano - Casteln. Be. Sovicille - Vescov. Murto - Siena (2) - Montalcino		
Val di Chiana	-	-	-			
Amiata Senese	1	-	1	Piancastagnaio		
Amiata Grossetana	1	6	-	Castell'Azzara		

* 2 = autosufficienti; n.2. = non autosufficienti.

REGIONE UMBRIA

La Regione dell'Umbria, nel corso del biennio 1996-1997, ha predisposto una Linea Guida di Assistenza agli anziani quale indirizzo di politica assistenziale, vincolante per le Aziende U.S.L. Regionali e di orientamento ai Comuni dell'Umbria, da realizzare nei rispettivi territori di riferimento.

La costruzione di tale atto programmatico è stata realizzata attraverso le seguenti fasi:

- 1) Ricognizione sulla condizione della popolazione anziana umbra con riferimento a
 - andamento demografico (struttura e distribuzione territoriale);
 - contesto familiare;
 - utilizzo dei Presidi ospedalieri.
- 2) Ricognizione sugli anziani ospiti delle strutture residenziali, pubbliche e private, in ordine al grado di non autosufficienza (strumento di valutazione utilizzato B.I.N.A.).
- 3) Individuazione delle tipologie di servizio per la residenzialità socio sanitaria e socio assistenziale con relativi standard.
- 4) Definizione del percorso assistenziale con indicazione dei modelli organizzativi e gestionali.

In allegato si riporta una sintesi del percorso effettuato corredato di alcuni dati a supporto dell'atto programmazione Regionale.

Distribuzione territoriale della popolazione anziana

La distribuzione degli ultrasessantacinquenni sul territorio regionale considerando le cinque Aziende USL, vede al primo posto la USL 4 con un indice di invecchiamento pari al 26%, a fronte di una media Regionale del 21,7%.

Per quanto riguarda il dato disaggregato per sesso l'indice di invecchiamento registra, sul piano regionale, uno scarto di +5,3 punti fra popolazione anziana di sesso maschile e di sesso femminile, a favore di quest'ultima.

Considerando l'indice di invecchiamento relativo alla fascia di età ≥ 75 anni, emerge una media regionale del 9%.

Relativamente all'indice di femminilizzazione della popolazione al di sopra dei 65 anni, si riscontra un valore regionale pari al 137%.

Il dato riguardante l'incremento medio annuo della popolazione ≥ 80 anni (velocità di invecchiamento) particolarmente interessante per ciò che concerne gli aspetti relativi all'assorbimento delle risorse, risulta essere per la nostra regione intorno al 5% circa, a fronte di un dato nazionale, fornito dal CNR, del 4%.

In sintesi:

La popolazione regionale è una popolazione anziana che tende ad invecchiare rapidamente distribuendosi in modo non omogeneo sul territorio, determinando in alcune aree particolari concentrazioni. Si conferma inoltre il dato atteso di una maggiore sopravvivenza della popolazione femminile.

Contesto familiare di riferimento

In Umbria ci sono 310.815 famiglie di cui 25.901 sono rappresentate da nuclei unipersonali di anziani con più di 75 anni pari all'8,3%.

Le donne anziane > 75 anni, (da sole) costituiscono il 78,7% di questi nuclei, con un rapporto maschi femmine di 1 a 4.

Analizzando la posizione degli anziani > 75 anni in famiglia con due o più componenti risulta che il 27% (19.439) degli ultra settantacinquenni vive con un'altra persona di età > 65 anni, mentre il 38% (27.790) vive in famiglia con almeno una persona compresa tra i 18-64 anni.

In sintesi le persone anziane > 75 anni, in Umbria, almeno per i 2/3 vivono in un contesto familiare a più componenti.

La ospedalizzazione degli anziani

Il tasso di ricovero degli ultra sessantacinquenni, sulla popolazione anziana ultra 65enne, è pari al 39% a fronte di un tasso di ricovero della popolazione con meno di 65 anni del 16%. Da ciò deriva che dai 65 anni in su i ricoveri salgono oltre il doppio, con una punta nella fascia di età 80-84 anni pari al 43,8%.

Ad un ulteriore livello di analisi dei ricoveri ospedalieri si ha che gli ospedali di piccole dimensioni ricoverano prevalentemente anziani ultra sessantacinquenni.

La residenzialità diretta agli anziani

In Umbria sono presenti 74 strutture, di cui 39 nella provincia di Perugia e 35 in quella di Terni. Il 75% degli ospiti sono di sesso femminile ed il restante 25% di sesso maschile. L'età media dei residenti è di circa 84 anni con una netta prevalenza degli ultra ottantenni. I non autosufficienti, con media ed elevata gravità secondo la valutazione B.I.N.A (> 210 <= 630 e > 630), rappresentano, rispettivamente, il 66% e l'11% dei residenti.

Tipologie di servizio

In Umbria sono stati individuati due comparti di servizi Residenziali. Uno comprensivo delle *strutture di carattere socio assistenziale a rilievo sanitario*, facenti capo al Settore Sanità, riconducibili alle seguenti tipologie: Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Residenza Protetta (RP), Centro Diurno, l'altro delle *strutture di carattere socio assistenziale*, facenti capo al Settore Sociale, riconducibili alle seguenti tipologie: Comunità alloggio, Casa famiglia.

Modelli organizzativi e gestionali

- 1) Attivazione della Unità Valutativa Geriatrica in ogni Azienda Sanitaria Locale.
- 2) Individuazione, nel Distretto, del punto di accesso alla rete dei servizi.
- 3) Attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.
- 4) Realizzazione dell'integrazione socio sanitaria mediante accordi di programma tra Comuni interessati ed ASL, riferiti ad ambiti territoriali concordati.