

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1997

Maschi

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione					
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-
20-29	996	196	1	706.541	582.752	160
30-39	9.863	2.684	34	821.363	644.477	1.471.859
40-49	42.898	12.792	2.024	1.127.611	710.891	2.269.759
50-54	149.487	81.668	10.792	1.977.967	1.257.167	2.973.237
55-59	376.263	228.419	25.998	2.032.173	1.246.504	3.133.958
60-64	664.441	251.564	35.227	1.638.486	1.068.081	3.093.004
65-69	871.611	291.420	86.290	1.361.491	827.095	1.412.918
70-79	1.225.463	436.783	98.630	1.214.078	722.290	1.260.513
oltre 80	552.993	200.797	44.725	1.099.643	687.067	1.061.187
senza ind	1.620	1.281	244	1.369.390	1.145.395	105.809
Totale	3.895.635	1.420.634	303.965	1.409.528	915.423	1.713.676

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1997

Femmine

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione					
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-
20-29	414	60	1	584.657	489.811	85
30-39	5.392	1.207	26	666.511	554.828	1.483.675
40-49	28.405	8.806	481	805.319	600.601	2.348.202
50-54	61.980	37.276	1.290	1.288.679	813.355	2.854.589
55-59	390.355	90.087	4.373	950.764	749.369	2.826.083
60-64	638.111	293.766	4.338	848.945	677.276	2.135.464
65-69	665.896	332.724	197.895	834.171	655.211	405.114
70-79	1.073.448	559.851	265.421	810.039	637.748	408.215
oltre 80	654.338	418.377	140.714	832.030	623.136	421.622
senza ind	1.570	783	858	1.055.786	787.912	151.157
Totale	3.522.909	1.742.937	615.397	849.781	653.579	448.886

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1997

Maschi+Femmine

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-
20-29	1.410	256	2	177.631	560.969	123
30-39	15.255	3.891	60	254.934	616.668	1.476.979
40-49	71.303	21.598	2.505	358.607	665.923	2.284.821
50-54	211.467	118.944	12.082	446.625	1.118.080	2.960.569
55-59	766.618	318.536	30.371	531.679	1.105.906	3.089.628
60-64	1.302.552	545.330	39.565	451.678	857.557	3.020.909
65-69	1.537.507	627.144	284.185	395.945	735.904	711.124
70-79	2.298.911	906.634	364.051	408.381	670.085	639.123
oltre 80	1.207.331	619.174	185.439	477.573	643.869	575.875
senza ind.	6.190	2.064	1.102	786.022	1.009.781	141.117
Totale	7.418.544	3.163.571	919.362	437.975	771.163	866.523

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1997

Maschi

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	1.283	422	24	750.333	681.818	1.103.637
15-19	1.828	573	53	707.894	612.288	1.205.079
20-29	1.805	495	53	757.176	607.891	1.326.348
30-39	3.087	631	33	723.050	594.354	1.458.833
40-49	11.308	2.999	181	744.463	601.482	1.341.492
50-54	10.547	3.365	162	696.938	566.766	1.374.908
55-59	17.117	6.200	232	632.640	526.177	1.432.392
60-64	24.106	9.578	239	581.412	495.410	1.327.849
65-69	34.138	15.101	253	546.370	439.053	1.301.122
70-79	77.852	41.236	407	511.150	401.938	1.305.376
oltre 80	85.160	67.121	255	500.162	374.682	1.183.645
senza ind.	14	8	-	519.828	469.875	-
Totale	268.245	147.729	1.892	549.930	415.075	1.314.418

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1997

Femmine

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	1.174	391	22	739.246	676.051	1.182.439
15-19	1.861	599	45	716.021	630.328	1.099.059
20-29	3.309	978	81	751.284	634.981	1.277.337
30-39	15.339	5.281	407	837.629	695.919	1.344.603
40-49	60.084	23.070	2.575	870.371	676.909	1.464.112
50-54	67.336	25.895	2.879	848.146	640.226	1.522.105
55-59	131.398	46.097	5.236	820.375	603.303	1.514.469
60-64	218.997	65.070	7.962	800.011	510.501	1.504.166
65-69	344.076	89.184	11.663	793.388	455.024	1.491.511
70-79	840.612	218.168	26.446	763.132	402.913	1.454.730
oltre 80	784.758	229.302	24.875	737.590	354.446	1.369.368
senza ind.	5.629	42	5	867.340	471.165	1.189.262
Totale	2.474.573	704.377	82.196	771.096	437.342	1.444.360

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1997

Maschi+Femmine

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	2.457	813	46	745.035	679.045	1.141.325
15-19	3.689	1.172	98	711.994	636.175	1.156.397
20-29	5.114	1.473	134	753.364	625.878	1.296.722
30-39	18.426	5.912	440	818.433	685.079	1.353.170
40-49	71.392	26.069	2.756	850.428	668.232	1.456.059
50-54	77.883	29.260	3.041	827.669	631.778	1.514.264
55-59	148.515	52.297	5.468	798.738	594.160	1.510.986
60-64	243.103	74.648	8.201	778.334	508.565	1.499.028
65-69	378.214	104.585	11.916	771.092	452.718	1.487.468
70-79	918.464	259.404	26.853	741.773	402.758	1.452.466
oltre 80	869.918	296.423	25.130	714.347	358.950	1.367.484
senza ind.	5.643	50	5	866.478	470.958	1.189.262
Totale	2.742.818	852.106	84.088	749.466	433.586	1.441.439

Pensioni sociali vigenti al 1° gennaio

Anno 1997

Maschi+Femmine

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Anno					
	1996	1995	1994	1996	1995	1994
Fino a 14	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-
20-29	-	-	-	-	-	-
30-39	-	-	-	-	-	-
40-49	-	-	-	-	-	-
50-54	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-
65-69	240.577	249.001	246.883	381.088	368.259	353.208
70-79	306.375	298.963	292.524	392.794	378.558	364.982
oltre 80	150.645	165.772	173.460	430.488	413.886	398.165
senza ind.	376	511	606	390.919	375.868	362.420
Totale	697.973	714.247	713.473	396.894	393.163	380.673

PAGINA BIANCA

4

COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

Il Progetto Finalizzato Invecchiamento ha curato fin dall'inizio una ricca rete di scambi internazionali, altamente produttivi e qualificati. *Questo successo nella collaborazione è stato formalmente riconosciuto in occasione del meeting per il rinnovo del Science and Technology Agreement tra Stati Uniti ed Italia, tenutosi a Washington nel Novembre 1997.* Nel settore sanitario, l'area di ricerca sull'Invecchiamento è stata considerata particolarmente produttiva e si è auspicata la continuazione della collaborazione, soprattutto nel settore epidemiologico e di valutazione dei servizi sanitari. Gli obiettivi di questi rapporti possono essere riassunti come segue:

Comparabilità della valutazione e dell'accesso ai servizi sociali e sanitari. L'attività più strutturata in questo ambito è rappresentata dal network dell'InterRAI, che è una non-profit corporation composta da ricercatori medici, economisti, sociologi (Ph.D), infermieri interessati all'invecchiamento ed alle problematiche assistenziali collegate. Sono rappresentati i seguenti paesi: Italia, Stati Uniti, Canada, Giappone, Danimarca, Svezia, Norvegia, Olanda, Repubblica Ceca, Germania, Inghilterra, Francia, Svizzera, Spagna per un totale di 32 full members + 8 associate fellows. Scopo di InterRAI è costruire e promuovere strumenti onnicomprensivi di valutazione multidimensionale per i diversi set assistenziali. Tali strumenti sono definiti di seconda generazione poiché permettono una guida, dopo la valutazione, alla definizione del piano di assistenza specifico per chi è stato valutato. L'impegno di InterRAI è soprattutto volto ad una standardizzazione del processo valutativo, ad oggi disperso in molteplici scale di valutazione per le diverse aree problematiche dell'anziano fragile. È evidente che utilizzare uno stesso strumento valutativo in diversi servizi di assistenza nello stesso paese ed in altre nazioni permette un'analisi ad oggi impossibile della tipologia degli assistiti, della qualità dell'assistenza, degli outcomes raggiunti. Analisi che si arricchisce della comparazione con quanto fatto da altri poiché stesso strumento significa stessa lingua. InterRAI ha prodotto RAI (Resident Assessment Instrument) per le nursing homes, RAI-HC per l'home care, RAI-AC per l'ospedale per acuti. In via di ultimazione RAI-PS per setting psichiatrici e RAI-PA per setting postacuti.

Da questi strumenti si è iniziato a costruire una serie di banche dati, UMAAP e SAGE sono i primi esempi, che intendono nell'immediato futuro fornire risposte ai problemi assistenziali dell'anziano fragile

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è da tempo promotrice di un essenziale lavoro di codifica delle cause di morte, ma molto resta da fare nella comparabilità delle tecniche diagnostiche e di misurazione dei fattori di rischio. Lo Studio ILSA del PF Invecchiamento usa tecniche di screening e di diagnosi clinica che sono state validate nei centri partecipanti e che sono sovrapponibili a quelle usate in altri studi internazionali. In particolare, per la patologia internistica le maggiori comparazioni sono le seguenti:

cardiovascolare: il Cardiovascular Health Study, uno studio longitudinale coordinato dal National Heart, Lung, and Blood Institute dell'NIH, l'ARIC Study, coordinato a Chapel Hill, dalla North Carolina University, U.S.A.

endocrinopatie e malattie metaboliche: il National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), in corso sul territorio nazionale degli Stati Uniti.

Per quanto riguarda la patologia neurologica, diversi studi internazionali, soprattutto nell'ambito della *Comunità Europea*, sono pure direttamente comparabili in termini di tecniche diagnostiche usate, quali:

EURODEM Risk factors, per la raccolta di dati di incidenza della demenza ed esposizione a fattori di rischio in Italia, Francia, Olanda, Inghilterra, per i quali è già stata creata una banca-dati comune nel Centro Coordinatore presso l'Erasmus University di Rotterdam.

EUROPARKINSON, per l'elaborazione di dati di incidenza e di esposizione a possibili fattori di rischio del morbo di Parkinson, in Italia, Olanda, Spagna, Francia

EUROSTROKE, per la valutazione dell'uso delle risorse, i costi ed i risultati di diverse strategie di trattamento dell'ictus in Italia, Gran Bretagna, Francia, Germania e Portogallo.

Comparabilità dei tassi di prevalenza ed incidenza delle patologie in esame e delle caratteristiche della popolazione che «invecchia in salute» in diversi paesi, culture e razze

Finora, la comparazione delle variazioni geografiche dei tassi di patologie croniche (cardiovascolari, neoplastiche, demenze) e dei loro potenziali fattori di rischio sono state utili nel formulare nuove ipotesi eziologiche. Tuttavia, questi studi sono stati spesso carenti nel fornire informazioni sulla popolazione anziana e non hanno esaminato criticamente gli errori potenziali nella misura della prevalenza e dell'incidenza dovuti alle differenze diagnostiche e di accesso ai servizi assistenziali. Una premessa fondamentale a questo approccio è la standardizzazione della definizione di «normale invecchiamento» ed il conseguente accertamento che differenze nella comparsa e nell'andamento di patologie in età anziana siano dovute a differenze ambientali, di stile di vita o razziali delle popolazioni in esame.

L'importanza degli studi longitudinali è documentata dal loro elevato numero attualmente in corso in Europa e negli Stati Uniti, come dimostrato dalla Tabella seguente. È rilevante ricordare che la gran parte di questi studi è finanziata da budget governativi e prevede una durata di almeno 10 anni.

Tab. 1. - Studi longitudinali attualmente in corso

STUDIO	Sede	Anno inizio studio
<i>EUROPA</i>		
Lundby Study	Svezia	1947
Finnish Stroke Study	Finlandia	1977
Melton Mowbray Study	Gran Bretagna	1981
Odense Study	Danimarca	1985
Kungsholmen Study	Svezia	1987
PAQUID Study	Francia	1987
General Practitioner Study	Gran Bretagna	1990
Rotterdam Study	Olanda	1990
Alpha Study	Gran Bretagna	1991
Pamplona Study	Spagna	1991
Austrian Stroke Prevention Study	Austria	1992
ILSA Study	Italia	1992
LASA Study	Olanda	1992
Zaragoza Study	Spagna	1992
<i>USA</i>		
Framingham Study	Framingham	1948
Baltimore Study	Baltimora	1958
NHANES	Multicentrico	1971
- National Long Term Care Survey	Multicentrico	1982
- AHEAD	Multicentrico	1993

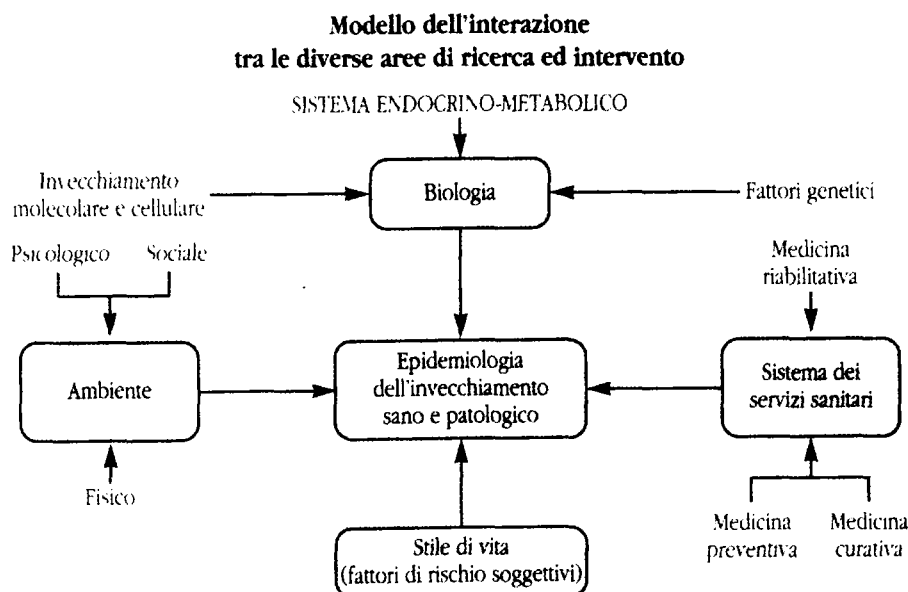
Conclusioni

Gli anziani non sono sempre e comunque soggetti deboli, bisognosi di aiuto, soggetti a cui bisogna solo dare. Gli anziani sono in primo luogo soggetti sociali, con esperienze di vita differenziate, che possono avere malattie croniche e sentirsi bene in salute, vivere soli pur mantenendo relazioni sociali, possono desiderare un ruolo attivo nella società. Ma la società nel suo insieme non è ancora pronta a rapportarsi in modo normale ad una società che invecchia. Da anziano non si svolge più la vita di un giovane o di un adulto, ma una vita diversa. Occorre recuperare il senso di normalità di una società che è oggi diversa da quella del passato e in cui anche i problemi di assistenza e di bisogno devono trovare spazio attraverso una riorganizzazione della società stessa in funzione delle diverse esigenze che provengono da un soggetto sociale che oggi sta assumendo un peso maggiore che in passato.

Il limite dell'età anziana si sta sempre più spostando in avanti: come si è visto, i veri problemi insorgono dopo i 75 anni, quando il processo di decadimento biologico raggiunge le punte più alte ed emergono con una certa gravità i problemi relativi all'autosufficienza.

I dati presentati in questa relazione suggeriscono l'urgenza di interventi mirati a prevenire e ridurre il disagio, a dare soluzione ai problemi della non autosufficienza attualmente risolti quasi completamente in ambito familiare, ad assumere un'ottica più matura nei confronti di una società che si sta trasformando, ma anche a dare spazio ed a valorizzare le enormi risorse e potenzialità rappresentate dalla maggioranza dell'attuale popolazione anziana.

L'invecchiamento non è solo un fenomeno biologico, ma diversi fattori comportamentali ed ambientali modulano la velocità del fenomeno stesso. Dati epidemiologici dimostrano, per esempio, uno straordinario rapporto tra scolarità e malattie neurodegenerative, ipertensione, scompenso cardiaco, ed altre. La letteratura scientifica ha dimostrato che eventi psicologicamente stressanti (pensionamento, lutti, istituzionalizzazioni, etc.) hanno un impatto indubbio sullo stato di salute e sul declino psico-fisico della persona anziana. È, infine, ormai ampiamente dimostrato che una «vecchiaia di successo», cioè in buona salute, dipende in larga misura dagli stili di vita e, quindi, dalla cultura, dal livello di istruzione, dalle condizioni economiche e dal contesto sociale.



Gli interventi in atto ed in pianificazione nel settore sanitario e sociale nell'ambito geriatrico e gerontologico devono potersi basare su un *sistema flessibile nella gestione della spesa pubblica e delle risorse umane e materiali*, per adeguarsi alla domanda che deriva dal progressivo e rapido invecchiamento della popolazione. La valutazione del problema 'anziani' e la pianificazione degli interventi devono basarsi su una strategia internazionale, che fornisca un quadro di riferimento generale per l'impostazione dei provvedimenti basato sul dibattito e confronto tra diversi paesi. La dimostrazione che la sensibilità e l'interesse per tale strategia esista nella comunità politica internazionale è sostenuta da posizioni e documenti ufficiali. Ricordiamo, per esempio, *il rapporto finale del summit dei G7, che delinea molto chiaramente la problematica comune ai paesi industrializzati e che auspica collaborazioni nell'ambito della ricerca biomedica e sociale* per esaminare ed affrontare le implicazioni dell'invecchiamento della popolazione nel settore delle pensioni e dell'assistenza sociale e sanitaria. Rilevante, inoltre, sottolineare che *il V Programma Quadro dell'Unione Europea prevede una key action sull'Invecchiamento della popolazione, che rafforzerà le collaborazioni già esistenti tra i paesi europei, soprattutto nel settore epidemiologico*.

Ora spetta ai singoli paesi utilizzare gli strumenti disponibili e promuovere o mantenere le iniziative di ricerca più significative per ogni paese, al fine di mantenere o creare standard di assistenza geriatrica dignitosi.

A livello nazionale è auspicabile, inoltre, una più attenta coordinazione tra interventi a favore della popolazione anziana e dati epidemiologici, forniti dai Centri e dagli Istituti che attuano un *monitoraggio continuo delle condizioni fisiche, cognitive, sociali ed economiche della popolazione*. Questo monitoraggio è possibile solo attraverso *studi longitudinali su campioni rappresentativi della popolazione italiana*, che tengano in conto le differenze territoriali, sia demografiche che di disponibilità di servizi sociali e sanitari, descritte in precedenza.

Un altro intervento sicuramente vincente è la promozione dell'*informazione ai cittadini*, attraverso i media e qualsiasi altro mezzo di divulgazione, fondamentale per creare una nuova cultura basata sulla conoscenza del fenomeno dell'invecchiamento e sui possibili mezzi di prevenzione della malattia e della disabilità in età avanzata. Solo così si riuscirà a creare la coscienza che, di fatto, l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che riguarda tutti i cittadini come individui e che ha ripercussioni inevitabili sulla vita quotidiana lavorativa e personale di tutti noi.

PARTE SECONDA
**Relazione delle Regioni
e delle Province autonome**

PAGINA BIANCA

REGIONE ABRUZZO

La precedente relazione biennale della Regione Abruzzo sulla condizione dell'anziano si concludeva con l'affermazione programmatica circa la necessità di procedere alla elaborazione del primo Piano socio-assistenziale regionale, sulla base di una lettura del territorio riferita ai bisogni da soddisfare ed alle risorse impiegabili.

A tutt'oggi il Piano, che avrà efficacia per il triennio 1998-2000, è all'attenzione dei competenti organi politici. Con tale strumento la Regione Abruzzo vuole avviare un percorso realizzativo di un sistema di interventi e di servizi equamente distribuito, in grado di dare risposte efficaci ai bisogni fondamentali delle persone e delle famiglie, garantendo livelli minimi, cioè essenziali, di assistenza sociale.

La preventiva fase di lettura del territorio, e la conseguente analisi dei risultati, si è rivelata particolarmente importante anche perché ha permesso di acquisire un quadro conoscitivo molto articolato e ricco di dati forniti direttamente dalle strutture e dai servizi operanti nel sociale, oltre che dalle amministrazioni pubbliche.

Ai comuni, in particolare, è stato anche sottoposto un questionario in cui veniva chiesto di elencare in ordine prioritario i bisogni fondamentali esistenti nel territorio di appartenenza e, significativamente, i fattori di maggior bisogno sono risultati quelli dei *giovani* (23,45% di risposte) e quelli degli *anziani* (19,44%), anche se nella condizione giovanile il dato da tutti ritenuto problematico è quello della disoccupazione, mentre non è stata attribuita la stessa urgenza ad altre difficoltà, quali, ad esempio, le dipendenze e la delinquenza.

Con riferimento specifico alla condizione dell'anziano, i risultati dell'indagine sui bisogni, basati sulle risposte al questionario fornite dal 60% dei comuni abruzzesi, evidenziano il problema della solitudine delle persone anziane, spesso aggravata da carenze nell'assistenza sociale, soprattutto in presenza di condizioni di non autosufficienza.

In ordine di importanza, espressa in termini percentuali sul totale delle segnalazioni, i fattori di bisogno segnalati dalle amministrazioni comunali nell'area anziani, sono:

Fattori di bisogno delle persone anziane

(Indagine conoscitiva)

N.	Fattori di bisogno	
1	Solitudine	37,1
2	Assistenza sociale	23,7
3	Assistenza sanitaria	16,5
4	Non autosufficienza	13,4
5	Abitazione inadeguate	6,2
6	Altro	3,1
Totale		100,0

A questi bisogni, il sistema dei servizi in favore degli anziani in Abruzzo risponde con un discreto numero di strutture intermedie (n. 56), definiti *centri sociali diurni*, generalmente affidate in gestione dai comuni a cooperative sociali ed attivate con il beneficio della L.R. 15 novembre 1989, n. 94 (modificata dalla L.R. 7 novembre 1993, n. 48) recante «Interventi promozionali alternativi al ricovero in favore delle persone anziane a rischio».

Risultano attive anche n. 10 *comunità* alloggio che ospitano circa 300 anziani, autosufficienti e non e n. 59 *istituti di ricovero* equamente distribuiti nelle quattro province con circa 3.000 posti letto, un'elevata percentuale dei quali (48,3%) è occupata da anziani autosufficienti.

Per quanto attiene alla situazione demografica, si confermano i dati già esposti nella relazione 1995, che inseriscono l'Abruzzo nel novero delle regioni ad alto grado di senilizzazione e che lasciano prevedere per l'ormai prossimo anno 2000 una quota di incidenza degli ultrasessantacinquenni superiore al 18 per cento dell'intera popolazione regionale.

La dinamica demografica abruzzese si presenta molto differenziata, per effetto anche del movimento migratorio, e registra forti squilibri fra le aree costiere e quelle interne, dove il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione manifestava già al censimento del 1981 sintomi preoccupanti per i riflessi sulla forza-lavoro e sull'onerosità dei servizi di assistenza. L'indice di vecchiaia, che è un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, calcolato come rapporto tra la popolazione in età da 65 anni in poi e quella in età inferiore a 14 anni, risulta pari a 106,2% nell'intera regione, mentre nel territorio delle Comunità Montane esso ammonta a 152,9%, con punte del 285,3% nella Comunità Montana Sirentina (AQ) e del 224,6% nella Comunità Montana Alto Vastese (CH).

Alla luce dei dati emersi dalla rilevazione effettuata, e tenendo conto dei bisogni evidenziati dalle amministrazioni locali, il Piano sociale individua per l'area anziani in primo luogo l'opzione strategica di un intervento finalizzato a sviluppare il sostegno e l'aiuto all'anziano ed alla sua famiglia con servizi domiciliari e diurni, a fronte dell'alto numero di persone anziane autosufficienti ricoverate in istituto.

Gli obiettivi più specifici che — sempre nell'area anziani — il Piano si propone di raggiungere sono:

Obiettivo 1 *Attivare le unità di valutazione geriatrica nei singoli ambiti territoriali, con la collaborazione tra personale sociale dell'ambito e personale sanitario del distretto.*

Obiettivo 2 *Avviare i servizi di assistenza domiciliare integrata in ogni ambito territoriale, anche questo servizio con l'apporto delle figure sanitarie dell'azienda sanitaria locale.*

Obiettivo 3 *Sperimentare «Centri socio-riabilitativi diurni» a favore delle persone anziane che necessitano di aiuto intensivo, a livello assistenziale e riabilitativo. Tali centri possono essere di ambito o servire una utenza di più ambiti territoriali confinanti.*

Obiettivo 4 *Sperimentare piccole strutture comunitarie (4-6 posti letto) che si configurino come «strutture di convivenza facilitata» per persone anziane autosufficienti che impropriamente vivono negli istituti.*

Obiettivo 5 *Riconvertire, parzialmente, i posti letto per autosufficienti in posti per non autosufficienti.*

Obiettivo 6 *Riconvertire parti delle strutture esistenti da istituto in centri socio-riabilitativi diurni.*

In attesa del Piano sociale regionale, nel corso del biennio 1996-1997 sono stati attuati interventi di rilievo, finalizzati a dare risposta ai bisogni evidenziati con la già citata indagine conoscitiva sulla condizione dell'anziano.

Con Decreto del Presidente della Giunta regionale è stata insediata nel gennaio 1996 la Consulta regionale per i problemi della terza età, alla quale la L.R. n. 82 del 1988 assegna il compito di affrontare i problemi della condizione, degli anziani attraverso un'attività di ricerca, di studio e di documentazione, oltre che di coordinamento di tutte le Consulte comunali e provinciali.

La Consulta regionale, composta di consiglieri regionali, di esperti, di rappresentanti degli enti locali, dei sindacati dei pensionati e degli operatori del settore, svolge una continua e qualificata azione in favore degli anziani. Ha provveduto in particolare ad effettuare studi sulle iniziative nazionali e internazionali per gli anziani; ad esaminare criticamente le proposte di legge e di altri atti normativi nella specifica materia; ad assicurare continui contatti con l'Assessorato regionale alle Politiche sociali e con la competente Commissione del Consiglio Regionale; a formulare proposte e ad elaborare documenti sulla realtà socio-assistenziale in favore degli anziani.

Di particolare rilevanza è la *legge regionale n. 49 del 17 luglio 1996*, con la quale è stata integrata la prima legge organica adottata dalla regione Abruzzo in favore degli anziani (la n. 75 del 1982: «Interventi socio-assistenziali in favore degli anziani»). La nuova legge introduce due importanti innovazioni nella normativa vigente in materia:

- l'istituto dell'accoglienza in famiglia degli anziani soli o in stato di abbandono, per il quale i comuni possono assegnare alle famiglie che hanno anziani in accoglienza una somma mensile di importo pari a quello della pensione sociale INPS, nel rispetto dei criteri di accesso al beneficio stabiliti dalla Giunta regionale;

- la possibilità per comuni e comunità montane di concedere in comodato gratuito ad associazioni di anziani per fini socialmente utili, strutture immobiliari non altrimenti utilizzate.

Quest'ultima innovazione, oltre a favorire il recupero di beni di uso pubblico nell'interesse della collettività, ha il pregio di rendere l'anziano protagonista dell'iniziativa e di dargli l'opportunità concreta di valorizzare il patrimonio di esperienza, conoscenza e cultura di cui dispone. È una nuova forma di solidarietà che può contribuire a risolvere il problema della solitudine e della emarginazione delle persone anziane, esaltandone il ruolo di risorsa attiva per l'intera società civile.

In questo quadro di promozione del contributo attivo e creativo che gli anziani possono dare alla società, si inserisce anche la *legge regionale 11 settembre 1996, n. 86*, con la quale la Regione si prefigge di favorire l'istituzione e il funzionamento delle Università popolari e della terza età, che — nel numero di otto — già vantano una buona presenza in Abruzzo. È il dovuto riconoscimento dell'importanza che hanno le attività di educazione permanente svolte dalle Università della terza età per la promozione culturale delle persone anziane, le quali, se dotate di adeguati livelli educativi e formativi, possono essere più autonome e più utili alla comunità. In effetti, come osserva l'ISTAT, la qualità di vita delle persone anziane «sarà sempre più legata a fattori di natura socio-culturale e sempre meno condizionata da problemi di salute: l'elemento biologico perderà infatti progressivamente la sua centralità nel determinare gli standard di vita e i comportamenti di questa parte della popolazione italiana» (ISTAT: Rapporto sull'Italia, 1996).

È da citare anche la legge regionale 17 dicembre 1996, n. 135, istitutiva del *Fondo sociale regionale* per il finanziamento di servizi socio-assistenziali erogati dai comuni, approvata con l'obiettivo di evitare la dispersione dei fondi destinati agli enti locali, con il superamento del precedente sistema di assegnazione «a pioggia» dei fondi e privilegiando la programmazione degli interventi.

Nella nuova legge si dispone l'accantonamento di una quota del Fondo sociale da destinare al finanziamento dei servizi già previsti dalla L.R. 94/1989 prima richiamata, diretti ad offrire alle persone anziane maggiori opportunità di permanenza nel proprio ambiente, attraverso:

- a) l'assistenza domiciliare gratuita e/o a pagamento parziale o totale di Servizi comprendenti prestazioni per la cura e per l'igiene della persona, prestazioni di assistenza sociale e di sostegno psicologico volti a superare l'eventuale emarginazione sociale;

- b) l'istituzione di Centri sociali diurni intesi come luoghi di incontro sociale, culturale, ricreativo e del tempo libero, sedi di erogazione di servizi di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica, sedi di servizi alla persona (mensa, lavanderia, stireria, pulizia), base operativa per i servizi di assistenza domiciliare, centri di consulenza.

Con riguardo all'aspetto più strettamente socio-sanitario della condizione delle persone anziane, assumono particolare importanza le iniziative attuate in materia di Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e di Assistenza domiciliare integrata (ADI).

Alla domanda di Residenze sanitarie assistenziali, stimata nel +5% degli ultrasessantacinquenni residenti, la Regione Abruzzo risponde con la predisposizione nel breve periodo di 1.468 posti letto, realizzati e da realizzare con i fondi di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, 1° e 2° triennio, e — in parte — con interventi diretti da parte delle Aziende USL.

In sintesi, i posti letto nelle RSA pubbliche sono così suddivisi tra le quattro province:

Province	Popolazione al 31 dicembre 1995	Posti letto
Chieti	388.276	510
L'Aquila	303.879	240
Pescara	292.202	396
Teramo	283.234	322
Totale		1.468

Il dettaglio dei dati sulle RSA pubbliche attivate e programmate alla data del 1° settembre 1997 è contenuto nella Tabella allegata sotto la lettera «A».

La Giunta Regionale, con delibera n. 1175 del 12 aprile 1996 in attuazione di quanto disposto dal Piano sanitario regionale in materia di RSA ha chiarito che le Residenze sanitarie assistenziali sono «strutture extraospedaliere gestite da soggetti pubblici o privati, finalizzate a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti e di soggetti disabili non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero». Con la stessa delibera sono stati anche stabiliti i requisiti di carattere strutturale e funzionale che le RSA devono possedere, la disciplina delle procedure di rilascio dell'autorizzazione al funzionamento e le procedure di accreditamento, nonché le disposizioni in materia di vigilanza e controllo.

Sempre in materia di RSA, con la successiva delibera n. 312 in data 12 febbraio 1997 la Giunta Regionale ha fissato l'importo delle tariffe per i relativi ricoveri sulla base di una simulazione dei costi sostenuti da una RSA di 60 ospiti, prevedendo una partecipazione alla spesa nella misura del 40% della quota non sanitaria da parte degli utenti, ad eccezione di quelli con reddito inferiore ai 20 milioni annui, per i quali l'aliquota è fissata nella misura del 20 per cento. La rimanente parte della spesa non sanitaria è posta a carico del Comune.

Per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare, integrata, la Giunta Regionale ha provveduto a deliberare, con atto n. 310 del 12 febbraio 1997, le norme di attuazione del Piano sanitario regionale relative alla specifica materia, istituendo — contestualmente — il Gruppo tecnico di vigilanza e controllo per la tutela della salute dell'anziano.

Con tale provvedimento sono stati anche definiti gli interventi sia di natura sanitaria che socio-assistenziale oggetto dell'ADI, unitamente alle modalità di organizzazione del servizio. Gli utenti, inoltre, sono stati individuati nei pazienti da selezionare sulla base di criteri obiettivi di eleggibilità che devono prevedere:

a) l'esistenza o il verificarsi di un bisogno assistenziale sanitario (un nuovo evento patologico o la comparsa di una complicanza o di un aggravamento di una malattia cronica preesistente);

b) la presenza di una riduzione evidente della autosufficienza nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana;

c) la necessità eventuale di un bisogno assistenziale sociale.

Per quanto attiene, infine, all'aspetto finanziario, l'Esecutivo regionale, con il provvedimento di assegnazione alle Aziende USL delle quote del Fondo sanitario 1997, ha destinato la somma complessiva di £. 3.000.000.000 per il finanziamento del progetto finalizzato dell'ADI, con una quota di £. 500.000.000 per ciascuna delle sei Aziende USL abruzzesi.

In conclusione, con le iniziative in atto e con quelle programmate, la Regione Abruzzo intende superare la logica di tipo assistenzialistico che ha finora retto gli interventi in favore degli anziani, per giungere ad un'idea di «sociale» organicamente inteso, basato su un sistema integrato di responsabilità e servizi per la tutela delle persone e delle famiglie. L'entrata in vigore del Piano sociale regionale costituirà il primo passo verso la costruzione di tale sistema, con la predisposizione delle condizioni necessarie per assicurare il riequilibrio dei servizi sul territorio ed il loro miglioramento qualitativo, come risposta ai bisogni e ai diritti fondamentali delle persone anziane.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ALLEGATO A

R.S.A. Pubbliche attivate e programmate nella regione Abruzzo al 1° novembre 1997

Località	USL	N.P.L.	Note
USL TERAMO			
Castelli	TERAMO	40	finanziato 1° triennio art. 20
Teramo (Casalena)	TERAMO	136	60 PL 1° triennio art. 20 76 PL finanziamento dalla USL e in parte con l'art. 20
Altri	TERAMO	60	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Giulianova	TERAMO	46	finanziato 1° triennio art. 20
S. Omero	TERAMO	40	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Totale P.L.	TERAMO	322	
USL L'AQUILA			
Montereale	L'AQUILA	60	finanziato 1° triennio art. 20
Totale P.L.	L'AQUILA	60	
USL PESCARA			
Città S. Angelo	PESCARA	40	20 PL attività con progetto obiettivo fondi USL 20 PL da attivare con progetto obiettivo fondi USL
Cepagatti	PESCARA	40	finanziato 1° triennio art. 20
Pescara	PESCARA	60	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Pescara	PESCARA	40	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Penne (Disabili)	PESCARA	60	finanziato 1° triennio art. 20
Penne	PESCARA	60	realizzato dalla USL e finanziato per le attrezzature 2° triennio art. 20
Tocco a Casauria	PESCARA	96	40 PL finanziato 1° triennio art. 20 20 PL attivati con fondi USL 40 PL da attivare con fondi USL
Totale P.L.	PESCARA	396	
USL AVEZZANO SULMONA			
Avezzano (Disabili)	AVEZ. SULM.	60	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Ateleta	AVEZ. SULM.	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Pratola Peligna	AVEZ. SULM.	20	finanziamento previsto al 1° e 2° triennio art. 20
Sulmona	AVEZ. SULM.	60	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Pescasseroli	AVEZ. SULM.	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Totale P.L.	AVEZ. SULM.	180	
USL CHIETI			
Ripa Teatina (C.H.)	CHIETI	80	20 PL finanziamento 1° triennio art. 20 e fondi regionali 60 PL previsti nel 2° triennio art. 20
Villa degli Ulivi (C.H.)	CHIETI	100	40 PL finanziamento 1° triennio art. 20 60 PL previsti nel 2° triennio art. 20
Ortona	CHIETI	20	finanziamento previsto al 1° e 2° triennio art. 20
Guardagrele	CHIETI	60	intervento USL
Totale P.L.	CHIETI	180	
USL LANCIANO/VASTO			
Villa S. Maria	LANC./VASTO	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Castiglione M.M.	LANC./VASTO	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Vasto	LANC./VASTO	40	finanziamento 1° triennio art. 20
Casoli	LANC./VASTO	20	finanziamento 1° triennio art. 20
Roccaspinalveti	LANC./VASTO	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Lanciano	LANC./VASTO	70	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Scerni	LANC./VASTO	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Carunchio	LANC./VASTO	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Atessa	LANC./VASTO	20	finanziamento previsto 2° triennio art. 20
Totale P.L.	LANC./VASTO	250	

Regione Abruzzo

Totale P.L. 1.468