

REGIONE BASILICATA

L'intervento assistenziale a favore degli anziani, che nella Regione Basilicata costituiscono circa il 15% della popolazione totale, ha conosciuto un notevole impulso in questi ultimi anni.

In particolare sta assumendo una rilevante consistenza con il trasferimento delle funzioni socio-assistenziale ai Comuni, ai sensi del D.L.vo 502/92. Infatti, sebbene si stia ancora oggi vivendo una fase di riassetto del sistema dei servizi, avviata dalla Legge Regionale n. 25/97 «Riordino del sistema socio-assistenziale», i Comuni, posti al centro delle politiche sociali, stanno assumendo una funzione attiva e propositiva nell'ambito della programmazione degli interventi e nella loro realizzazione.

Al cospetto di questo nuovo scenario che si sta delineando e quindi di fronte ad una maggiore capacità di ricezione dei problemi e dei bisogni della comunità, si sta espandendo l'offerta dei servizi, in particolare quelli rivolti agli anziani e che riguardano interventi di tipo domiciliare e di tipo ricreativo-culturale che si realizzano, in genere nei centri sociali gestiti direttamente da anziani.

I dati che si presentano scaturiscono da una prima stima effettuata sulla base delle informazioni fornite dai Comuni negli anni 1995-1996 e 1997.

Se dovessimo valutare il grado di attenzione e di sensibilità nei confronti della popolazione anziana sulla base dell'investimento delle risorse economiche, potremmo senz'altro affermare che la Regione Basilicata ha mostrato un grande interesse verso questa fascia d'utenza.

Infatti se si considera la spesa sostenuta negli ultimi anni a favore degli anziani si può osservare che essa costituisce il 74% della spesa totale sostenuta per gli interventi socio-assistenziali.

In particolar modo, come si rileva dalla tabella 1) più del 50% dell'utenza è costituita da anziani. Si deve considerare, per una migliore interpretazione dei dati, che tale percentuale non include gli anziani fruitori di assistenza economica e soprattutto coloro che usufruiscono dell'Assistenza Domiciliare, servizio attivato in gran parte dai Comuni e che comporta il maggior onere di spesa pari al 40% (vedi tab. 2).

Relativamente ai singoli interventi possiamo rilevare che la percentuale più alta dell'utenza è quella relativa agli interventi di vacanza (40%) che comportano una spesa pari al 9% della spesa totale.

Bisogna evidenziare che circa il 40% della spesa sostenuta per interventi di assistenza domiciliare va in un certo senso a segnalare l'orientamento delle politiche sociali nell'ambito della nostra regione in questi ultimi anni ed in particolar modo dell'impianto teorico concettuale che è alla base dei servizi e che è stato sancito dalla recente Legge Regionale «Riordino del Sistema Socio-Assistenziale» del 19.5.1997 n. 25.

Quest'ultima, infatti, si pone l'obiettivo, fra l'altro, di attivare processi di crescita sociale attraverso il superamento dell'aspetto assistenzialistico e custodialistico a cui sottende una logica di passivizzazione degli utenti e di favorire processi di crescita nelle persone attivando risorse proprie dell'individuo e facilitando l'individuazione di percorsi per il superamento del bisogno e l'elaborazione dei progetti di vita autonoma.

In questa ottica vengono privilegiati gli «interventi che favoriscono il mantenimento, l'inserimento e il reinserimento della persona nel contesto familiare, sociale» (art. 3) nonché le azioni di prevenzione, informazione e promozione sociale tese a «favorire a determinare condizioni di opportunità per l'effettiva realizzazione della persona» (art. 18, 10 e 20).

Anche gli interventi di affido in servizi residenziali (art. 32) destinati a soggetti soli non assistibili a domicilio, devono assicurare condizioni adeguate ai bisogni delle persone e garantire l'inserimento sociale.

Infatti, va rilevato che la spesa sostenuta per affidamenti presso le Case di riposo (pari al 25,5%), si riferisce limitatamente ai casi di prosecuzione di interventi già avviati ed esclusivamente alle situazioni di incapacità di autonoma gestione della propria esistenza e di carenza totale di cure familiari.

A tal proposito va fatto rilevare che le case di riposo (22 in tutta la Regione) sono le uniche strutture che accolgono, al momento anziani non autosufficienti, pur con grosse difficoltà economiche e gestionali.

In alcuni casi le Aziende Sanitarie corrispondono una integrazione retta per attività a rilievo sanitario, sulla base di quanto disposto dall'art. 55 della D.C.R. n. 443/87.

Occorre, inoltre riferire che è in fase di redazione un rapporto sulle strutture residenziali della Regione per gli anziani sulla loro collocazione sul territorio, sulla organizzazione funzionale e gestionale nonché sulle caratteristiche strutturali.

Tanto, al fine di acquisire gli elementi di conoscenza necessari per la definizione degli standards nell'ambito del prossimo Piano Socio Assistenziale previsto dalla citata Legge Regionale 25/97.

In questi ultimi anni, inoltre, è stata avviata in tutte le Aziende Sanitarie l'Assistenza Domiciliare Integrata di cui al Progetto Obiettivo «Tutela della Salute degli anziani».

Tale esperienza è stata particolarmente rilevante nelle A.S.L. di Potenza e di Matera che hanno assistito nell'ultimo anno circa 714 anziani non ancora autosufficienti ultra-settantacinquenni.

In tutte le Aziende sono state costituite le Unità di Valutazione Geriatrica e si sta cercando di superare la fase di sperimentazione per creare un servizio stabile e continuativo. Soprattutto è emerso il bisogno di superare la grossa difficoltà ad integrare le prestazioni socio-assistenziali di competenza dei Comuni con quelle sanitarie e di impostare un lavoro a rete, teso al raggiungimento e alla condivisione di obiettivi e percorsi operativi comuni.

Tabella 1

Servizi	Utenza %
Assistenza economica	22
Affidi etero familiari	4
Affidi ist. educ. ass. minori	9
Affidi case di riposo	11
Servizi di vacanza anziani	40
Servizi di vacanza minori	14
Totale	100
Totale utenza anziani 51% (esclusa l'Assistenza Domiciliare)	

Tabella 2

Servizi	Spesa %
Assistenza economica	7,8
Affidi etero familiari	3
Affidi ist. educ. ass. minori	13
Affidi case di riposo	25,5
Servizi di vacanza anziani	9
Servizi di vacanza anziani	2
Assistenza Domiciliare	39,7
Totale	100
Interventi a favore degli anziani 74,5%	

REGIONE CALABRIA

Gli interventi di assistenza agli anziani, come negli anni decorsi, sono finalizzati alla concessione di contributi ai Comuni per il funzionamento di Centri di Aggregazione Sociale e di Servizi di Assistenza Domiciliare gestiti direttamente dai Comuni medesimi o da terzi in convenzione.

Tale tipo di intervento è finalizzato alla creazione di forme di assistenza alternative all'istituzionalizzazione, che spesso causa momenti di solitudine.

In termini economici l'intervento necessita di risorse finanziarie pari a L. 5 miliardi circa.

I servizi di cui trattasi costituiscono uno dei presupposti — nell'ambito del territorio — per l'esplicarsi di una politica sociale tendente a favorire la permanenza dell'utente nell'abituale ambiente di vita prevenendo momenti di difficoltà e di emarginazione.

Pertanto, l'assoluta inadeguatezza del fondo socio-assistenziale regionale non consente un intervento finanziario che possa consentire l'incremento dei servizi e delle prestazioni già esistenti e crearne altri nelle zone carenti.

La situazione è maggiormente aggravata dalla circostanza che i Comuni della Regione, per le ben note difficoltà finanziarie, non concorrono, con risorse proprie, alle spese che tali servizi richiedono.

Questa Regione ha anche avviato l'integrazione socio-sanitaria che consente agli anziani non curabili al proprio domicilio di ottenere prestazioni di natura medica ed infermieristica 24 ore su 24 presso strutture pubbliche e/o convenzionate con la Regione Calabria ai sensi del D.P.C.M. 8 agosto 1985.

I posti letto in misura di circa 500 sono distribuiti su tutto il territorio regionale.

Le politiche regionali sono orientate a potenziare tali forme di assistenza in considerazione sia dell'allungamento dell'età e sia della diminuita disponibilità delle famiglie ad accudire gli anziani affetti da patologie ad andamento cronico.

Per il mantenimento di anziani in strutture residenziali, la Regione eroga finanziamenti, sotto forma di pagamento di rette, per un importo annuo di L. 14 miliardi circa.

I servizi di assistenza domiciliare di che trattasi sono erogati in Calabria dai Comuni direttamente o tramite Associazioni o Cooperative che provvedono alle prestazioni di tipo sociale ed assistenziale per n. 1.750 anziani.

Gli interventi a domicilio vengono effettuati, con cadenza quasi giornaliera, per quanto riguarda la cura della persona e dell'ambiente di vita, e con due interventi a settimana per l'accompagnamento o per il mantenimento di rapporti amicali e di vicinato nonché per le normali prestazioni sanitarie ed infermieristiche.

L'assistenza domiciliare integrata

La Regione Calabria ha inteso avviare una sperimentazione su scala regionale nel campo dell'assistenza sanitaria domiciliare ed ospedalizzazione a domicilio da affiancare ai tradizionali servizi di supporto e protezione sociale che sappiano rispondere alle crescenti richieste di prestazioni sanitarie.

L'A.D.I. è caratterizzata da una presa in carico globale del paziente ed ha un contenuto sanitario importante.

Si rivolge a pazienti con patologie croniche-degenerative stabilizzate e con difficoltà di movimento.

L'Ospedalizzazione Domiciliare (S.D.) ha una intensità sanitaria maggiore dell'A.D.I., prevalentemente di tipo specialistico.

Serve per il trattamento delle fasi post-acute e delle riacutizzazioni.

I servizi sono rivolti a:

- pazienti con patologie croniche: polipatologie dell'anziano, alzheimer, sclerosi multipla, oncologici terminali, nefropatici, nutrizione artificiale.
- pazienti con patologie che richiedano una riabilitazione intensiva: cardiopatici, broncopatici, neurologici, post-frattura.
- pazienti in dimissioni protette in seguito ad interventi chirurgici, crisi diabetiche o broncopolmoniti.

La durata della sperimentazione è di tre anni e si svolge nell'ambito delle A.S.L. di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, ma con tendenza ad espandersi in altre A.S.L. con un numero di casi presi in carico di poco superiore alle trecento unità.

Sul piano operativo le figure professionali coinvolte sono un medico dirigente responsabile della organizzazione, medico domiciliare, medico specialista, infermiere professionale, fisioterapista, ausiliario socio-assistenziale (A.S.A.) e/o operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA).

Servizi residenziali

Le tipologie di presidi residenziali socio assistenziali e socio sanitari previste nell'attuale normativa regionale sono sinteticamente:

Tipologie	Prestazioni previste
1 Casa di Riposo	Alberghiere socializzanti
2 Casa Albergo	Alberghiere socializzanti
3 Albergo per anziani	Alberghiere socializzanti
4 Case Protette	Alberghiere-sociali-sanitarie e riabilitative

Le strutture risultano dotate di autorizzazione regionale al funzionamento e, pertanto, sono conformi agli standards previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente.

La maggiore parte di esse risulta anche iscritta in un apposito albo previsto dalla legge.

Il patrimonio strutturale esistente consta di 45 Case di Riposo o Case Albergo, 16 Case Protette, per un totale di 61 presidi tra socio-assistenziali e socio-sanitari.

I posti letto a disposizione sono 1.700, mentre quelli occupati ammontano ad un totale di 1.555, di cui n. 519 per uomini e n. 1.036 per donne in età senile.

Non si ritiene superfluo precisare che il numero di anziani ricoverati nelle strutture residenziali della Regione Calabria è di gran lunga inferiore alla media nazionale essendo ancora fortissimi i legami parentali.

Tale dato evidenzia che in Calabria la cultura dell'unità della famiglia è molto sentita ed integra per cui consente che l'anziano possa vivere nel proprio ambiente di vita senza ricorrere alla istituzionalizzazione di per se stessa emarginante.

Il fondo disponibile sul capitolo pari a L. 7.500.000.000# è stato suddiviso secondo il criterio previsto all'art. 19 della L.R. 21/89 come di seguito:

Provincia	N. Comuni	Serv. Ass. dom.	Att. Centri	Contributo
Avellino	33	31	19	1.595.283.000
Benevento	24	17	18	860.088.000
Caserta	19	12	9	398.074.000
Napoli	31	26	12	2.729.922.000
Salerno	34	26	19	1.916.633.000
Totale				7.500.000.000

Nel 1997 il fondo disponibile è rimasto invariato mentre i Comuni ammessi sono stati n. 198, anche quest'ultimo piano di riparto è stato già approvato dalla Giunta, ma deve essere approvato dal Consiglio Regionale.

Provincia	N. Comuni	Serv. Ass. dom.	Att. Centri	Contributo
Avellino	44	43	15	1.465.353.000
Benevento	37	32	24	1.274.273.000
Caserta	27	22	12	617.553.000
Napoli	37	30	16	2.058.079.000
Salerno	53	43	25	2.084.742.000
Totale				7.500.000.000

Nelle province di Avellino, Benevento e Salerno funzionano complessivamente 5 Comunità Alloggio che ricevono contributi nelle spese ai sensi della L.R. 21/89 art. 17 punto 1.

Dal confronto dei dati relativi agli anni in questione, si può rilevare un aumento dei Comuni ammessi al piano, cui ha contribuito non poco il ruolo promozionale e di supporto tecnico svolto dalla Regione. I Comuni orientano sempre più i loro interventi verso l'attivazione di servizi di tipo aperto.

Va sottolineato lo sforzo dei Comuni finalizzato a dare servizi sociali sempre più rispondenti alle effettive esigenze, nonostante non dispongano di adeguate risorse economiche, di strutture e di personale qualificato per cui spesso si avvalgono dell'opera di cooperative sociali e/o associazioni di volontariato. È stato altresì avviato l'iter relativo all'integrazione socio-sanitaria dei servizi in favore degli anziani, molti Comuni hanno stipulato protocolli di intesa con le AA.SS.LL. e per alcuni il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) ha finalmente avuto inizio.

La L.R. 4 novembre 1991 n. 17 ha previsto l'istituzione dell'Albo Regionale delle Strutture per gli anziani sia pubbliche che private operanti su tutto il territorio regionale. Alla data del 7 novembre 1997 su 234 strutture operanti per complessivi 2683 posti letto, solo 47 risultano iscritte all'Albo così distinte:

- «Case Protette» (private) n. 6;
- «Case Albergo» (private) n. 6;
- «Case di Riposo» (private) n. 32;
- «Case di Riposo» (pubbliche) n. 3.

Per quanto attiene l'erogazione di contributi pluriennali ai Comuni relativi alle strutture residenziali si è determinato l'erogazione degli stessi finalizzati esclusivamente al completamento di quelle strutture già finanziate e/o alla ristrutturazione di immobili da adibire a tale uso; risultano in fase di realizzazione n. 61 strutture dislocate in altrettanti Comuni. Per il 1997 il corrispondente capitolo di bilancio è stato dotato di risorse finanziarie pari a L. 800.000.000# il relativo piano di riparto è ancora in fase di elaborazione in quanto è tuttora in corso l'istruttoria delle istanze pervenute.

REGIONE CAMPANIA

Il fenomeno del graduale invecchiamento della popolazione della popolazione che riguarda è anche l'Italia ha determinato un sempre maggiore interesse da parte della Pubblica Amministrazione che si è concretizzato nell'emanazione di leggi regionali finalizzate alla programmazione di specifici servizi. Negli ultimi decenni si sono verificate infatti profonde trasformazioni che hanno modificato radicalmente la condizione degli anziani. L'allungamento dell'età media e la perdita dei legami parentali, determinati da famiglie per lo più unifamiliari e non più in grado di dare risposte sociali ai bisogni degli anziani ormai soli, ha aggravato la situazione non trovandosi dislocata sul territorio un'adeguata rete di servizi tali da consentire un dignitoso tenore di vita.

Questi elementi e la necessità di una riforma e di una ristrutturazione dei sistemi di Welfare nel nostro Paese hanno spinto anche la Regione Campania a farsi promotrice di Studi e ricerche sulla condizione degli anziani. Difatti la Consulta Regionale per gli Anziani ha cofinanziato il progetto della Caritas Internazionale sulla rete europea contro l'emarginazione, nell'agro Sarnese Nocerino e ha finanziato la ricerca condotta dalla Fondazione Colasanto sulla condizione degli anziani in Campania: mutamenti socio-demografici o nuove esigenze di assistenza. Entrambi i lavori sono orientati verso una logica di ricerca-intervento, la prima tenta di coinvolgere tutte le agenzie sociali-educative-sanitarie del territorio per la soluzione del più ampio fenomeno dell'isolamento e dell'emarginazione e attivare in tal senso la rete di servizi; la seconda spazia la sua ricerca su tutto il territorio, studia la realtà regionale, proponendosi di fornire un quadro di ciò che attualmente si fa per far fronte alle situazioni di disagio sociale, valuta l'esigenza di una revisione del Welfare State rispondente cioè alle nuove esigenze e bisogni, finalizzata all'eliminazione di sprechi e inefficienze più volte denunciate e lamentate dagli utenti, formula linee guida di razionalizzazione delle politiche socio-assistenziali.

Il quadro di riferimento legislativo in Campania già esposto nella relazione relativa al biennio 94/95 è stato integrato dall'approvazione della L.R. n. 5 del 21 gennaio 1997 istitutiva del servizio di Telesoccorso-Telecontrollo, dando così compimento a quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 5 della L.R. n. 21 del 21 ottobre 1989.

Passiamo ora ad analizzare la situazione dei servizi presenti in Campania sulla base dei contributi erogati ai sensi della normativa vigente.

La L.R. 21/89 nel perseguire lo scopo di rimuovere e prevenire situazioni di disagio ed emarginazione non solo di tipo economico ma anche sul piano delle relazioni sociali e psicologiche prevede la attuazione da parte dei Comuni di determinati servizi socio-assistenziali che sono distinti in due tipi: servizi di tipo aperto quali l'assistenza domiciliare, centri sociali polivalenti etc., e servizi di tipo residenziale come:

- Casa protetta • per non autosufficienti di competenza delle ASL;
- Casa Albergo • articolata in un complesso di stanze per singoli o coppie di anziani autosufficienti;
- Comunità Alloggio • che si caratterizza come una struttura a carattere familiare.

Per l'anno 1996 il piano di riparto relativo ai servizi previsti dal punto 1 dell'art. 17, già approvato dalla Giunta e dal Consiglio Regionale ha visto destinatari di contributi n. 141 Comuni.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

La popolazione con età eguale o maggiore a settantacinque anni residente al 31 dicembre 1996 nella Regione è pari a 372.400 unità (9,45%) con una previsione di 411.931 unità (10,6%) al 2000 e di 455.075 (11,6%) al 2005.

Le proiezioni al 2000 e al 2005 sono frutto dell'elaborazione del Dipartimento di Statistica e Matematica applicata all'Economia dell'Università di Pisa, ipotizzando tassi specifici di mortalità, fecondità e migratorietà costanti sulla base del movimento anagrafico relativo al 1990/91.

Popolazione con età eguale o maggiore a 75 anni

Azienda USL	31.12.96		2000		2005	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Piacenza	27.469	10,3	29.433	11,1	31.955	12,3
Parma	41.087	10,4	44.615	11,3	47.988	12,2
Reggio Emilia	39.800	9,1	43.847	10,0	48.088	10,8
Modena	52.323	8,5	58.336	9,4	65.201	10,3
Bologna sud	19.029	8,1	21.303	8,9	24.448	9,9
Bologna nord	16.358	8,8	18.264	9,7	20.521	10,8
Città Bologna	45.040	11,6	49.366	13,4	52.252	15,1
Imola	9.826	9,5	10.981	10,4	12.438	11,5
Ferrara	34.371	9,7	38.103	10,9	41.965	12,4
Ravenna	35.375	10,1	39.313	11,3	44.148	12,9
Forlì	17.244	10,1	19.121	11,3	21.251	12,8
Cesena	14.177	7,7	16.056	8,9	18.454	10,2
Rimini	20.301	7,6	23.193	8,6	26.366	9,8
Regione	372.400	9,4	411.931	10,5	455.075	11,6

La forte presenza della cosiddetta «quarta età» (ultrasettantacinquenni cioè di quella fascia di popolazione che maggiormente necessita di rete integrata di sostegno e di servizi sociali e sanitari, è caratterizzata da:

- un significativo incremento numerico: dall'1988 al 1996 la popolazione ultra-settantacinquenne è aumentata di 52.481 unità (+16,3%) e si prevede nel periodo 1996-2000 un ulteriore aumento di 39.531 unità (+10,7%);
- una progressiva femminilizzazione;
- una modifica della composizione interna della «quarta età», con marcato incremento della popolazione ultraottantenne (224.607 unità 31 dicembre 1996 pari al 5,7% della popolazione totale) e la necessità di iniziare a monitorare la popolazione ultranovantenne (26.995 unità pari a 0,6% al 31 dicembre 1996) destinata ad assumere rilevanza relativa.

Questi elementi, collegati alle profonde modificazioni delle strutture familiari (aumento degli anziani che vivono soli o con soli anziani) ed all'accentuarsi di una distribuzione territoriale squilibrata (maggiore senilizzazione delle zone montane e dei centri storici cittadini rispetto alle aree di pianura ed ai centri di media grandezza) delineano lo scenario socio-demografico di riferimento del presente programma regionale.

La realtà della Regione, che si caratterizza nel confronto con le altre realtà regionali per il marcato processo di invecchiamento della popolazione, richiede un grande sforzo di investimenti e di innovazione per adeguare la rete dei servizi sociali e sanitari alle esigenze della popolazione anziana residente.

1. QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE

La Legge Regionale n. 5/94 ha disegnato un nuovo sistema di servizi per la popolazione anziana, prevedendo in particolare per gli anziani non autosufficienti un intervento centrato sulla integrazione, istituzionale e gestionale, tra servizi sociali e servizi sanitari.

La Legge Regionale 5/94 traduce e reinterpreta nel complesso sistema regionale gli obiettivi fondamentali del Progetto Obiettivo Tutela della salute anziani del Piano Sanitario Nazionale, operando alcune chiare scelte di indirizzo per il raggiungimento di detti obiettivi.

Il presente piano pertanto si inserisce nelle linee di indirizzo nazionale in materia di tutela della salute della popolazione anziana.

Dal punto di vista istituzionale l'integrazione si realizza attraverso lo strumento dell'Accordo di programma che, su base distrettuale, vede convergere l'Azienda USL, i Comuni ed in molte realtà anche le IPAB, che gestiscono parte significativa e qualificata della rete dei servizi (in particolare residenziali) per anziani.

- il profondo mutamento in atto nel sistema sanitario ed in quello ospedaliero in particolare, con la diffusione della nuova funzione di *lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva*.

Il quadro di integrazione istituzionale ed operativa previsto dall'art. 14 della Legge Regionale 5/94 (*Accordo di programma*) è stato valorizzato dall'Assessorato regionale nella fase di elaborazione del Piano.

Nel corso del 1996 e del 1997 in tutto il territorio regionale si è estesa progressivamente la stipula di Accordi di programma.

È in programma l'avvio di una riflessione per capire i limiti dell'esperienza in atto, ma soprattutto per comprendere *se lo strumento dell'Accordo di programma è idoneo per realizzare una reale integrazione gestionale*.

In molte situazioni, infatti, lo strumento tecnico operativo dell'Accordo di programma (il Servizio Assistenza Anziani) più che strumento integrato si è appiattito sull'esistente (all'interno dei servizi o dell'Azienda USL o dei Comuni).

In tutto il territorio regionale sono operative le Unità di valutazione geriatriche territoriali. In ogni distretto i soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma (Comuni, AUSL, IPAB) concordano il numero di UVGT attivate in relazione alle specifiche esigenze della popolazione ed alla conformazione del territorio.

È in questo quadro che assumono pieno valore le più recenti novità nella rete diffuse a seguito della Legge Regionale 5/94:

- a) l'assegno di cura;
- b) il responsabile del caso;
- c) la progressiva articolazione dell'offerta dei servizi della rete.

d) la delibera GR 1° agosto 97 n. 1487 «Approvazione accordi attuativi regionali ex DPR 484/96 contenente l'accordo regionale relativo al Capo VI del DPR 484/96 (accordo nazionale medici di medicina generale)».

A) Assegno di cura

Dal 1995 è stato sperimentato un nuovo strumento di intervento a sostegno delle famiglie che assistono anziani non autosufficienti.

A partire dal gennaio 1996 detto strumento ha assunto un ruolo più chiaro all'interno della rete dei servizi.

L'UVGT, dopo aver valutato il bisogno dell'anziano, elabora un piano individuale di assistenza ed avvia l'anziano alla rete dei servizi.

Tra le possibilità, qualora esista un familiare o qualcuno disponibile ad assicurare la parte di assistenza non professionale del programma di assistenza, quella di erogare un assegno mensile quale riconoscimento e sostegno del ruolo di assistenza informale.

È bene precisare che detto assegno, che ha carattere assistenziale, è condizionato all'assunzione di precisi impegni («contratto») ed alla verifica degli stessi da parte del responsabile del caso.

Nel corso del 1996 hanno usufruito dell'assegno di cura circa 7.300 anziani (pari al 2% della popolazione = 75 anni).

B) Il Responsabile del Caso

Questa nuova figura rappresenta lo strumento principale per presidiare la continuità assistenziale, garantendo all'anziano ed alla sua famiglia un punto di riferimento chiaro.

C) La Progressiva articolazione dell'offerta dei Servizi della Rete

Nel corso del 1996 e soprattutto del 1997 sono numerose le RSA attivate. Al 30/6/97 risultano attivate in Regione 30 strutture o nuclei di RSA per anziani per un totale di 825 posti, alcuni dei quali derivanti da strutture costruite o ristrutturare con fondi ex art. 20 L. 67/88 1° triennio, alcuni dei quali derivanti da ex ospedali dismessi e riconvertiti in RSA con fondi regionali, alcuni derivanti da strutture già esistenti (pubbliche o private) che hanno modificato gli standard gestionali da casa protetta a RSA.

Con fondi ex art. 24 Legge Regionale 5/94 (circa 7 miliardi tra il 1994 ed il 1996) sono già stati riconvertiti o sono in fase di riconversione 7 ex presidi ospedalieri.

La Legge Regionale prevede che il 10% dei posti sia destinato a ricoveri temporanei (per il primo mese a totale carico del Fondo sanitario) per dimissioni ospedaliere, per anziani assistiti in famiglia, per casi sociali.

Nella prima fase di sperimentazione circa 85 sono i posti destinati a ricoveri temporanei.

In alcune realtà è stato consentito dalla Regione di aumentare fino al 30% la dotazione di posti destinati ai ricoveri temporanei.

Un altro elemento di qualificazione dell'offerta è rappresentato dal profondo mutamento in atto nel sistema sanitario ed in quello ospedaliero in particolare, con la diffusione della nuova funzione di *lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva*.

Con deliberazione della Giunta regionale n. 1455 del 28 luglio 1997 è stata approvata la Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera.

È prevista l'attivazione in due anni di circa 3.000 posti letto destinati alla lungodegenza post-acuzie ed alla riabilitazione estensiva.

Le linee guida regionali rappresentano un significativo contributo per specificare funzioni e modelli operativi, immettendo profondi elementi innovativi nella gestione di questa nuova funzione ospedaliera.

È indubbio che anche la rete dei servizi socio-sanitari integrati (Centri diurni, ma soprattutto case protette e RSA) dovrà in parte ridefinire il proprio ruolo e le relazioni con il sistema a seguito della diffusione della nuova funzione ospedaliera di lungodegenza post-acuzie ed alla riabilitazione estensiva.

D) La delibera Giunta Regionale 1° agosto 1997 n. 1487 approvazione accordi attuativi regionali ex D.P.R. 484/96 contenente l'accordo regionale relativo al capo VI del D.P.R. 484/96 (accordo nazionale medici di medicina generale)

Con questo atto si è data attuazione agli strumenti nuovi previsti dal contratto nazionale dei medici di medicina generale prevedendo una qualificazione dell'uso delle risorse privilegiando gli interventi di ADI rispetto a quelli di ADP ed incentivando la collaborazione dei medici di base con le UVGT.

Lo sforzo che le Amministrazioni comunali, le Ipab e le Aziende USL hanno svolto nel corso del 1996 e del 1997 per l'attivazione di nuovi servizi è stato significativo.

Nelle tabelle allegate è riportata l'offerta di servizi della rete.

Va precisato che i dati si riferiscono solo ai servizi integrati nella rete, che usufruiscono della integrazione del Fondo sanitario regionale.

Nel territorio regionale esistono molte altre strutture autorizzate (ma non convenzionate con le AUSL) sia come case di riposo/case albergo, case protette, centri diurni e comunità alloggio).

Inoltre non sono riportati i dati relativi all'assistenza domiciliare tutelare garantita dai comuni, servizio esistente in circa 300 dei 341 comuni della Regione.

Gli utenti dei servizi di assistenza domiciliare dei comuni sono circa 10.500, una parte dei quali non autosufficienti (circa 6.500) ed una parte dei quali autosufficienti.

A parte degli utenti non autosufficienti viene garantita l'integrazione prevista dalle norme regionali (10.000 orarie) quando i piani assistenziali sono di media-alta intensità.

In molte realtà si stanno diffondendo modelli integrati di intervento che assicurano l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie realizzando l'ADI prevista dalla Legge Regionale 5/94, che non è da confondersi con il modello di intervento prevista dal contratto nazionale dei medici di base.

Considerando anche quest'ultima forma di intervento e limitandoci a valutare il grado di copertura della rete dei servizi per anziani non autosufficienti è possibile affermare che l'attuale offerta di servizi integrati è in grado di assistere complessivamente circa il 6,5% del totale della popolazione ultrasettantacinquenne (vedi allegata tabella).

In questo nuovo quadro si realizza una articolazione dei servizi a diversa intensità assistenziale che deve accrescere, attraverso una progressiva più chiara definizione dei targets di riferimento, dei modelli operativi e dei percorsi di accesso tra servizi residenziali della rete (case protette e RSA) e reparti di lungodegenza, la capacità del sistema di adeguare l'offerta alla effettiva domanda.

2. LO STATO DI ATTUAZIONE DEL PIANO RSA ANZIANI 1° TRIENNIO ART. 20

La realizzazione del Piano 1° triennio ha subito forti ritardi, conseguenza principalmente delle procedure fino al 1993 accentrato a livello ministeriale.

L'effettivo inizio a livello regionale è da riferirsi alla metà del 1994.

Nell'arco di due anni (entro il mese di luglio 1996) tutti gli interventi finanziabili con le risorse assegnate alla Regione sono stati ammessi a finanziamento con delibera Cipe.

Nel corso del 1996 e del 1997 si è proceduto nella realizzazione delle opere.

Nell'ambito del Piano RSA ex art. 20 L. 67/88 1° triennio il Cipe ha approvato il finanziamento per 57 strutture per anziani per un totale di circa 2.700 posti residenziali.

Gli enti attuatori sono Ipab per 21 interventi, Comuni per 26 interventi ed Aziende USL per 10 interventi.

In relazione all'articolazione dei soggetti attuatori degli interventi, la Regione con Legge Regionale 3 settembre 1992, n. 35 «Norme di salvaguardia per le strutture utilizzate come residenze sanitarie assistenziali realizzate con fondi statali» ha previsto l'obbligo di apporre vincolo ventennale di destinazione socio-sanitaria, qualora le strutture realizzate con fondi statali ex art. 20 L. 67/88 non siano già soggette a vincolo di destinazione sanitaria.

Nel corso degli anni il Piano del 1° triennio è stato adeguato alle mutate esigenze, in relazione anche alle effettive capacità realizzative dei soggetti attuatori.

Gli interventi sono così caratterizzati tipologicamente:

- 5 completamento di nuove costruzioni in corso;
- 23 ristrutturazioni;
- 8 riconversioni di ex ospedali;
- 21 nuove costruzione.

La spesa prevista è di circa 260 miliardi finanziata per circa 184 miliardi con i mutui ex art. 20, per circa 10 miliardi con fondi propri della Regione (5%), e per circa 66 miliardi con autofinanziamento assicurato dai soggetti attuatori.

Alla data attuale lo stato di realizzazione del piano è il seguente:

- | | |
|--|-----|
| - interventi già completati | 7; |
| - interventi con stato avanzamento = > 75% | 7; |
| - interventi con stato avanzamento < 75% e > 50% | 7; |
| - interventi con stato avanzamento < 50% e > 25% | 11; |
| - interventi con stato avanzamento < 25% | 25. |

Il completamento dei lavori, è previsto, salvo eventuali sospensioni dei lavori e proroghe non quantificabili:

- per 24 interventi entro la fine del 1991;
- per 20 interventi entro la fine del 1998;
- per 5 interventi entro la fine del 1999;
- per 1 interventi entro il 2000.

3) SCELTE QUALIFICANTI DEL PIANO 2° E 3° TRIENNIO

Nel periodo giugno-settembre 1997 è stato elaborato il Piano 2° e 3° triennio che si pone l'obiettivo di concorrere al completamento della rete dei servizi previsti dalla Legge Regionale 5/94, valorizzando tutti i punti della rete e tutte le iniziative ed i soggetti esistenti nel territorio.

Le opzioni qualificanti sono rappresentate da:

a) valorizzazione di tutte le risposte residenziali previste dalla Legge Regionale 5/94. Nel Piano pertanto sono state inserite sia Case protette che RSA, rimandando alle decisioni concordate in sede locale la connotazione delle singole strutture o di parti delle stesse. Questa scelta introduce un elemento di flessibilità che valorizza le scelte e l'organizzazione di ogni singolo territorio;

b) valorizzazione delle risorse e dei soggetti esistenti in ogni realtà. Il Piano 2° e 3° triennio è soltanto uno degli strumenti per avvicinare l'offerta alla domanda. È opportuno e necessario attivare tutte le strutture già esistenti e quelle già finanziate ed in corso di realizzazione, pubbliche o private. Soltanto attraverso un rinnovato rapporto tra pubblico e privato potrà, anche in questo settore, essere migliorata ed ampliata l'offerta dei servizi;

c) valorizzazione degli enti attuatori e loro attivazione e compartecipazione anche al finanziamento di ogni singolo progetto. Complessivamente l'autofinanziamento assicurato dagli enti attuatori è intorno al 35%;

d) riconoscimento della pluralità dei soggetti pubblici che operano nel settore dell'assistenza agli anziani ed inserimento nel Piano, come nel 1° triennio, di Comuni, Ipub ed Aziende USL quali soggetti attuatori degli interventi.

Il Piano 2° e 3° triennio prevede 46 interventi per anziani così articolati:

- 2 completamenti di nuove costruzioni in corso;
- 6 riconversioni di ex ospedali;
- 7 ampliamenti servizi già esistenti;
- 11 nuove costruzioni;
- 20 ristrutturazioni.

Gli enti attuatori sono Ipad per 16 interventi, Comuni (o Consorzi ed Unioni di Comuni) per 23 interventi ed Aziende USL per 7 interventi.

Gli interventi si qualificano in gran parte come aumento dell'offerta (1.101 posti residenziali e 195 posti in centri diurni), ma anche come qualificazione e messa a norma dell'offerta esistente (circa 435 posti residenziali).

In 3 interventi la qualificazione dell'offerta esistente viene realizzata mediante nuova costruzione.

Il costo complessivo del programma è di 177.521 milioni finanziati mediante mutui ex art. 20 per 109.331 milioni (61,5%), mediante risorse regionali per 5.755 milioni (3,2%) e per 62.435 milioni (35,1% autofinanziate dagli enti attuatori).

Con l'aumento dell'offerta garantita dal Piano in quasi tutti i territori provinciali si raggiunge l'indice di programmazione regionale (vedi tabella allegata).

N.	Anno di attivazione previsto					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Interventi	15	21	6	2	1	1
Posti residenziali	364	730	222	100	60	60

4) PROBLEMI APERTI

Le tematiche di maggior rilievo da affrontare nei prossimi mesi riguardano:

a) la messa a punto di un nuovo Sistema di finanziamento della rete centrato da un lato sugli effettivi bisogni assistenziali e dall'altro sulla qualità delle risposte;

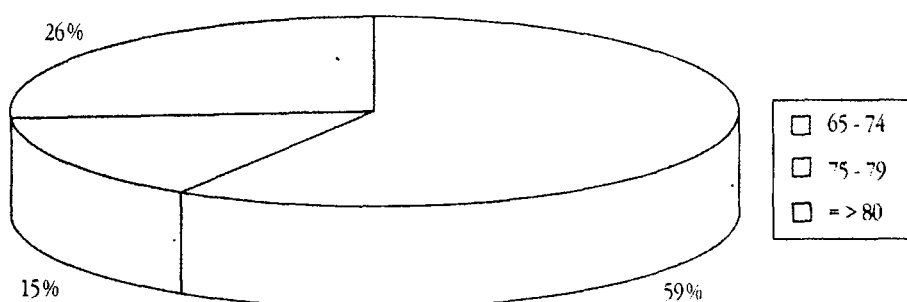
b) il finanziamento degli oneri oggi gravanti sul Fondo sanitario, in fase caratterizzata dal contenimento delle spese sanitarie e dall'espansione dei servizi per anziani (con conseguente necessità aumentare la spesa a carico del Fondo sanitario). Questo problema si connette strettamente a quello della contribuzione degli utenti al costo dei servizi, realtà che ormai già sono giunte a livelli altissimi con rette a carico degli anziani e dei loro familiari (al netto del contributo del Fondo sanitario) di circa 3 milioni al mese.

Anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare con riconoscimento oneri a rilievo sanitario del GR 876/93 (L. 10.000/h)

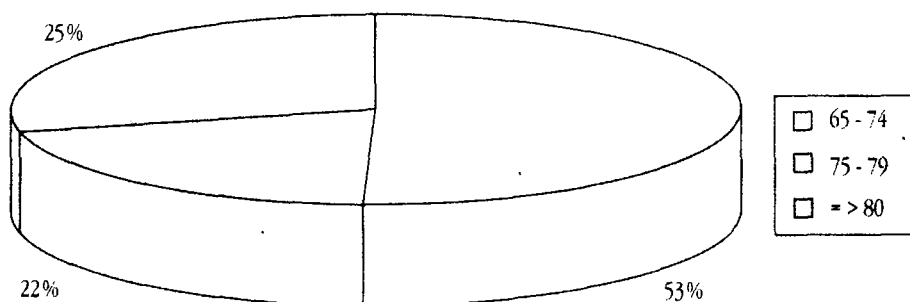
Comparazione dati al 31 dicembre 1996 con dati 1° Semestre 1997

	Dati al 31-12-96		Dati al 30-6-97		Note
	N. utenti	Somme impiegate in milioni	N. utenti	Somme impiegate in milioni	
Piacenza	280	670	318	(*) 346	(*) Dato di massima È stata definita una quota media per anziano
Parma	465	1.482	516	(*) 727	
Reggio Emilia	614	1.088	632	(*) 622	
Modena	755	549	327	(*) 414	
Bologna sud	87	236	87	(**) 115	(**) dati riferiti al 1° Quadr. '97 somme impegnate dati non rilevati
Bologna nord	131	376	96	(**) 136	
Bologna città	305	435		(**)	
Imola	58	143	88	(**) 138	
Ferrara	248	597	195	(**) 264	(***) dato di massima
Ravenna	324	992	345	(**) 541	
Forlì	14	27	15	(***) 20	
Cesena	107	283	119	(***) 156	
Rimini	208	518	190	(***) 237	
Totale region.	3.596	7.396	2.928	3.716	

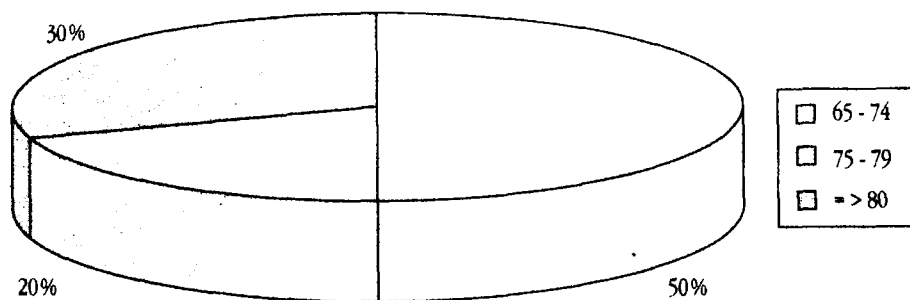
Composizione interna della popolazione anziana
= > 65 anni - anno 1995



Composizione interna della popolazione anziana
= > 65 anni - anno 2000

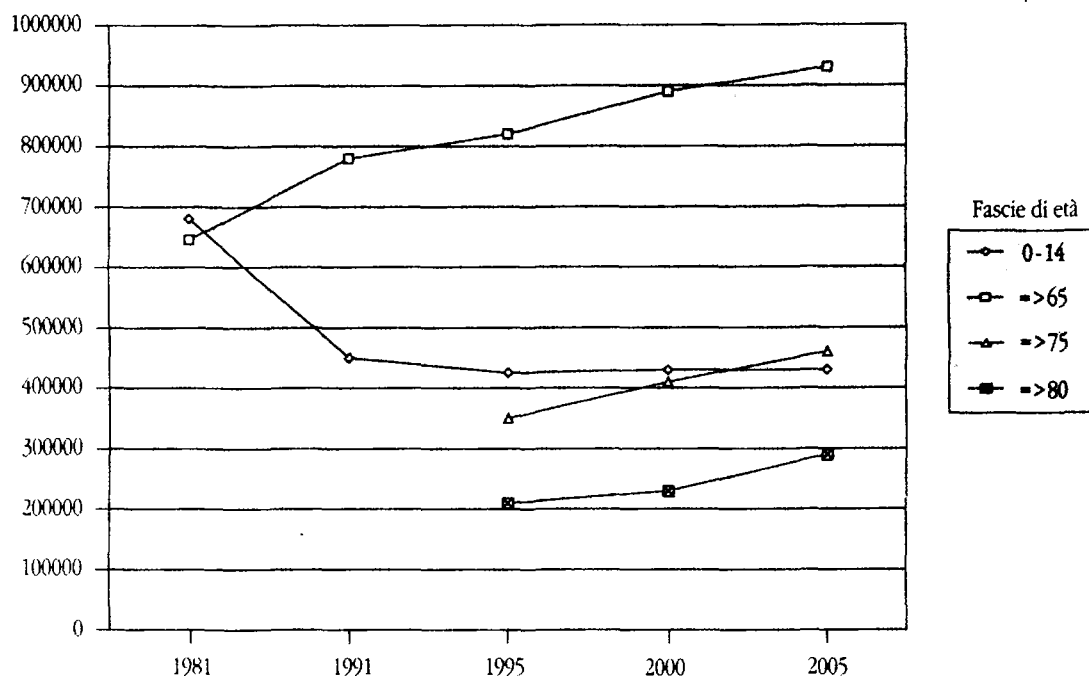


Composizione interna della popolazione anziana
= > 65 anni - anno 2005



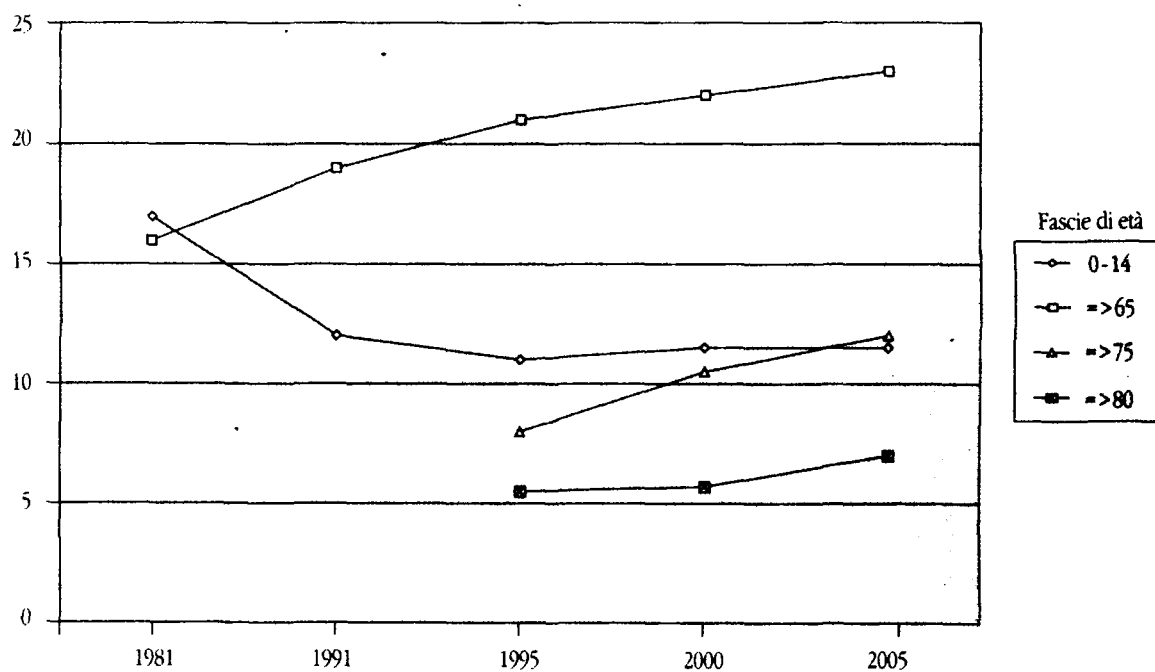
**Popolazione anziana della Regione Emilia Romagna
e rapporto con la popolazione infantile**

Valori assoluti



**Popolazione anziana della Regione Emilia Romagna
e rapporto con la popolazione infantile**

Valori percentuali



Percentuale totale posti convenzionati per azienda USL al 30 giugno 1997

Azienda USL	Popolazione => 75	Posti convenzionati Case Protette	% Posti convenzionati C.P. su popolazione => 75	Posti convenzionati RSA	% Posti convenzionati RSA su popolazione => 75	% Posti convenzionati C.P. + RSA su popolazione => 75	Posti convenzionati Centri Diurni	% C.D. su popolazione => 75	Anziani non autosufficienti in Assist. domiciliare con riconoscimento oneri a rilievo sanitario	% Anziani non autosufficienti in Assist. domiciliare con riconoscimento oneri a rilievo sanitario	Totale Anziani che hanno usufruito di Assegno di cura	% Anziani con Assegno di cura
Piacenza	27.469	879	3,20	0	0,00	3,20	27	0,10	318	1,16	299	1,09
Parma	41.087	1.372	3,34	66	0,16	3,50	221	0,54	516	1,26	571	1,39
Reggio E.	39.800	1.331	3,34	120	0,30	3,65	269	0,68	632	1,59	612	1,54
Modena	52.323	1.403	2,68	85	0,16	2,84	161	0,31	327	0,62	844	1,61
Bologna sud	19.029	347	1,82	0	0,00	1,82	12	0,06	87	0,46	573	3,01
Imola	9.826	269	2,74	70	0,71	3,45	32	0,33	88	0,90	191	1,94
Bologna nord	16.358	489	2,99	116	0,71	3,70	34	0,21	96	0,59	128	0,78
Bologna città(*)	45.040	664	1,47	45	0,10	1,57	73	0,16	0	0,00	689	1,53
Ferrara	34.371	1.075	3,13	127	0,37	3,50	98	0,29	195	0,57	401	1,17
Ravenna	35.375	1.027	2,90	124	0,35	3,25	194	0,55	345	0,98	516	1,46
Forlì	17.244	623	3,61	20	0,12	3,73	10	0,06	15	0,09	244	1,41
Cesena	14.177	416	2,93	24	0,17	3,10	22	0,16	119	0,84	249	1,76
Rimini	20.301	412	2,03	28	0,14	2,17	0	0,00	237	1,17	286	1,41
Totale	372.400	10.307	2,77	825	0,22	2,99	1.153	0,31	2.975	0,80	5.603	1,50

(*) Bologna città

Anziani non autosufficienti in Assistenza domiciliare con riconoscimento di oneri a rilievo sanitario: dato non rilevato

Riepilogo Posti Convenzionati per Aziende USL aggiornati al 30 giugno 1997

Azienda USL	RSA		Case protette		Centri diurni		Comunità alloggio	
	Totale posti	Totale strutture	Totale posti	Totale strutture	Totale posti	Totale strutture	Totale posti	Totale strutture
Piacenza	0	0	879	12	27	2	40	3
Parma	66	2	1.372	26	221	14	0	0
Reggio Emilia	120	5	1.331	29	269	22	0	0
Modena	85	4	1.403	28	161	15	72	12
Bologna sud	0	0	347	9	12	1	0	0
Imola	70	1	269	4	32	2	0	0
Bologna nord	116	3	489	11	34	5	4	1
Bologna città	45	1	664	8	73	6	0	0
Ferrara	127	5	1.075	22	98	8	12	1
Ravenna	124	6	1.027	23	194	16	54	5
Forlì	20	1	623	13	10	1	0	0
Cesena	24	1	416	12	22	2	5	1
Rimini	28	1	412	8	0	0	0	0
Totale	823	30	10.307	205	1.153	94	187	23