

Offerta di servizi per la popolazione anziana residente
anno 1996

Percentuale di copertura su popolazione target, età > 74

Azienda USL	Anziani età > 74	% copertura su pop. età > 74 - CP e RSA	% copertura su pop. età > 74 CD	% copertura pop. età > 74 AD sociale	% copertura su pop. età > 74 ADI MMG	% copertura su pop. età > 74 assegno di cura	% copertura complessiva su pop. età > 74
Piacenza	26.653	3,20	0,06	1,39	1,73	1,53	7,91
Parma	39.878	3,61	0,40	1,25	0,40	1,99	7,66
Reggio Emilia	38.960	3,64	0,32	1,32	0,15	1,92	7,34
Modena	49.801	2,94	0,24	0,55	0,13	2,07	5,92
Bologna sud	18.169	1,91	0,10	1,26	0,26	4,23	7,75
Imola	9.400	2,86	0,11	1,06	0,11	2,79	6,93
Bologna nord	15.867	3,08	0,09	0,50	0,15	1,06	4,88
Bologna città	43.239	1,63	3,24	0,05	0,08	1,70	6,69
Ferrara	32.776	3,39	0,12	0,74	0,15	2,06	6,46
Ravenna	34.004	3,25	0,46	2,78	0,11	1,83	8,44
Forlì	16.504	3,81	0,06	0,14	0,05	2,53	6,59
Cesena	13.370	3,12	0,15	0,68	0,10	2,57	6,62
Rimini	19.261	2,28	0,00	0,67	0,11	1,96	5,02
Regione Emilia-Romagna	357.882	2,98	0,20	0,98	0,16	2,05	6,38

CP: Case Protette - RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali - CD: Centri Diurni - AD Sociale: Assistenza Domiciliare Sociale a rilievo sanitario

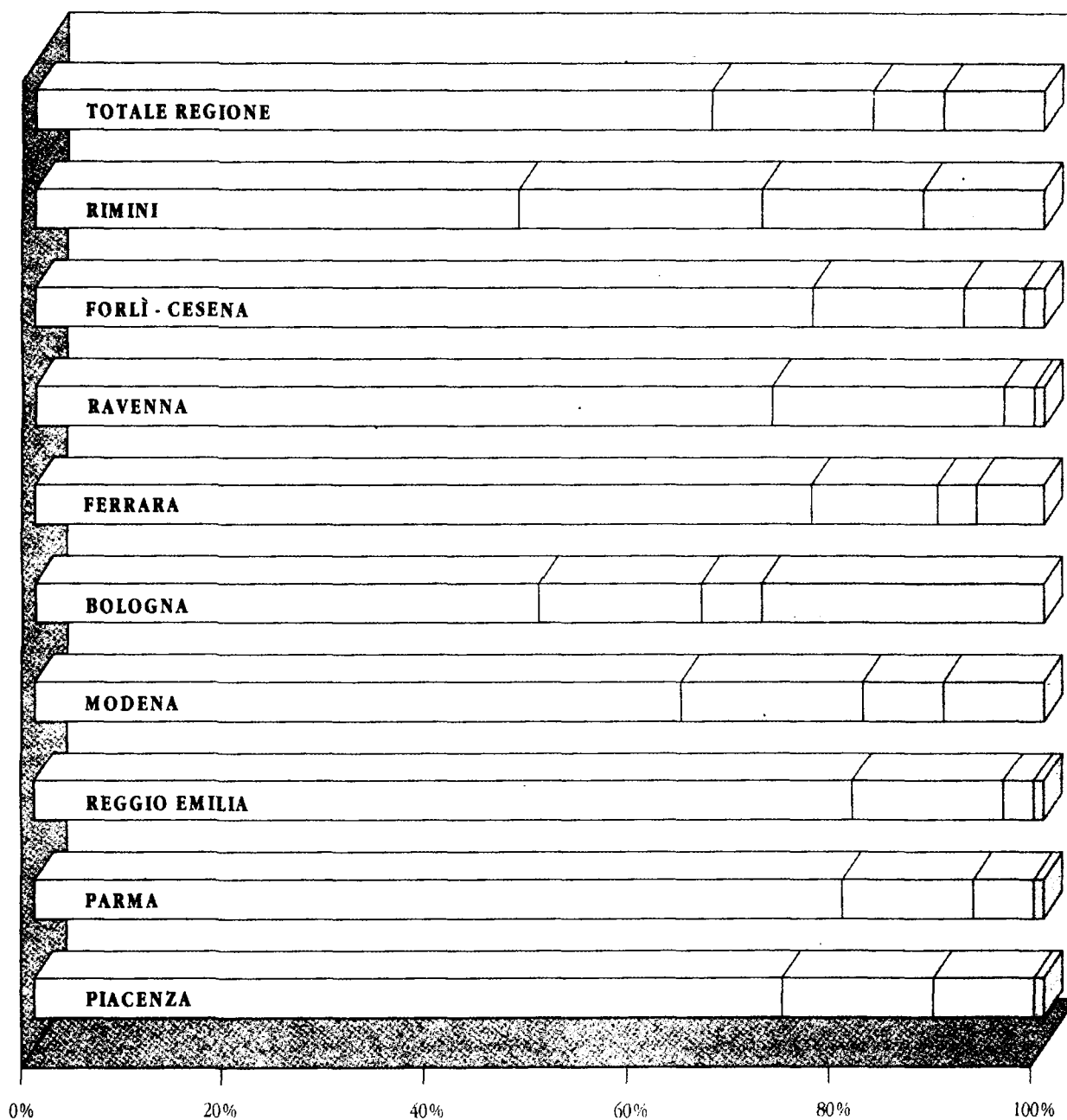
**Assegno di cura, numero contratti
anno 1996**

Dati aggiornati al 31 dicembre 1996

Aziende - USL	Contratti tipo A attivi all'1/1/96	Contratti tipo A sottoscritti dall'1/1/96	Contratti tipo A cessati dall'1/1/96	Contratti tipo A attivi al 31/12/96	Contratti tipo B attivi all'1/1/96	Contratti tipo B sottoscritti dall'1/1/96	Contratti tipo B cessati dall'1/1/96	Contratti tipo B attivi al 31/12/96	TOTALE CONTRATTI				Totale famiglie destinate di assegno di cura dall'1/1/ al 31/12/96
									Attivi all'1/1/96	sottoscritti dall'1/1/96	cessati dall'1/1/96	attivi al 31/12/96	
Piacenza	109	39	62	86	168	91	81	178	277	130	143	264	407
Parma	323	320	147	496	55	97	20	132	378	417	167	628	795
Reggio Emilia	290	140	104	326	121	196	60	257	411	336	164	583	747
Modena	504	251	259	496	186	90	88	188	690	341	347	684	1.031
Bologna sud	258	408	222	444	0	102	3	99	258	510	225	543	768
Bologna nord	72	54	62	64	32	10	15	27	104	64	77	91	168
Bologna città	274	263	102	435	82	114	33	163	356	377	135	598	733
Imola	194	68	91	171	0	0	0	0	194	68	91	171	262
Ferrara	321	178	144	355	169	8	168	9	490	186	312	364	676
Ravenna	301	189	176	314	55	78	19	114	356	267	195	428	623
Forlì	37	13	19	31	382	5	184	203	419	18	203	234	437
Cesena	105	210	122	193	5	23	2	26	110	233	124	219	343
Rimini	236	141	135	242	0	0	0	0	236	141	135	242	377
Totale regione	3.024	2.274	1.645	3.653	1.255	814	673	1.396	4.279	3.088	2.318	5.049	7.367

Previsione al 2000 raggiungimento indice programmatico regionale del 4% per posti residenziali
anziani non autosufficienti

Valori percentuali



- ☐ Posti residenziali della rete dei servizi già funzionanti al 30 giugno 1997
- ☐ Posti in costruzione o già esistenti, sia pubblici che privati, per i quali è prevedibile l'utilizzo nella rete entro il 2000
- ☐ Aumento dei posti conseguenti alle realizzazioni previste nel piano II° e III° Triennio
- ☐ Ulteriore fabbisogno da coprire

PAGINA BIANCA

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Nel biennio 1996/97, l'impegno nei riguardi del fenomeno «anziani» è stato principalmente rivolto alla predisposizione di un disegno di legge di riforma complessiva del sistema delle tutele a favore della specifica fascia di popolazione. Allo stato, tale provvedimento, recentemente approvato dalla Giunta regionale, attende di essere avviato all'iter consiliare.

Nel frattempo, sono stati comunque emanati dei provvedimenti legislativi, volti alla definitiva disciplina di forme d'intervento già attive sul territorio.

Tra queste iniziative vanno ricordate la Legge Regionale 26 luglio 1996, n. 26 «Disciplina del servizio di telesoccorso-telecontrollo» (che conta attualmente circa 1.000 utenze) e la Legge Regionale 18 aprile 1997, n. 19 «Disciplina delle residenze polifunzionali», e il relativo Regolamento di attuazione.

Una menzione particolare, per la ricaduta di effetto sulle successive iniziative legislative di settore, meritano la Legge Regionale 19 dicembre 1996, n. 49 e la Legge Regionale 9 settembre 1997, n. 32, le quali hanno definito il modello istituzionale e gli strumenti organizzativi preordinati alla trattazione di tutte le materie ad alta integrazione socio sanitaria.

Nel 1995 la Regione ha dato avvio al Sistema informativo socio assistenziale regionale attivando nel 1996 i flussi informativi relativi ad alcune unità di servizio e più in particolare il Servizio di assistenza domiciliare, effettuando nel contempo una analisi di qualità del servizio stesso.

Sul versante sanitario, nel periodo, hanno preso avvio le RSA, già istituite con Legge 27 febbraio 1995, n. 13 «Riordino della rete ospedaliera» caratterizzate, in questa Regione, come strutture a degenza medio-breve a forte valenza riabilitativa. In relazione a tale connotazione, è stato adottato apposito atto giuntale, con il quale, nel fissare la retta giornaliera a carico dell'utenza (Lire 50.000), è stata deliberata la totale gratuità per i primi trenta giorni di degenza.

Popolazione residente in Friuli-Venezia Giulia
per sesso e grandi classi di età (1° gennaio 1996)

	0-4	5-9	10-14	15-24	25-44	45-64	65 e più	Totale
Maschi	21.974	21.939	23.583	72.416	177.790	158.783	92.052	568.537
Femmine	20.906	21.181	22.645	68.764	170.939	164.580	151.345	620.360
Totale	42.880	43.120	46.228	141.180	348.729	323.363	243.397	1.188.897

Fonte: ISTAT, Annuario Statistico italiano, 1996

I. Quadro di sintesi

Si richiamano i seguenti aspetti dell'evoluzione socio-demografica, di cruciale importanza per l'elaborazione delle politiche sociali e sociosanitarie in Regione:

- il Friuli-Venezia Giulia è la regione che ha il più basso tasso di fecondità totale in Europa, 0,97 figli per donna;
- il tasso di natalità della Regione - 7,0‰ (ma a Trieste si tocca il 6,1‰) - è tra i più bassi in Italia ed è espressione di una tendenza alla denatalità affermata nel corso degli ultimi trent'anni che si prevede continuerà, con lievissime e temporanee riprese, anche nel prossimo futuro;

- il tasso di nuzialità 4,2‰, è il più basso in Italia;
- il tasso di mortalità, 12,2‰, e tra più alti nel nostro paese, secondo solo a quello della Liguria, ed è destinato ad aumentare a causa dell'elevata quota di grandi anziani nella Regione: gli ultraottantenni costituiscono già il 28% circa dell'intera popolazione anziana;
- il Friuli-Venezia Giulia è al quinto posto in Italia per quota di popolazione anziana il 20,5% della popolazione, mentre l'indice di vecchiaia, 184,1%, è uno dei più elevati in Europa, ed a fecondità costante (ipotesi ottimistica, dato che la tendenza in Regione è invece decrescente) raggiungerebbe il 235,9% nel 2009: circa 236 anziani ultrasessantacinquenni per ogni 100 giovani sotto i vent'anni;
- Si prevede un forte invecchiamento della popolazione attiva e un incremento notevole della quota di popolazione a carico della stessa (giovannissimi e anziani), derivante soprattutto dall'aumento del numero di anziani fuori del mercato del lavoro. L'indice di dipendenza degli anziani ha già raggiunto il 29,9%, ben al di sopra della media italiana (24,6%);
- Il declino demografico e il forte invecchiamento della popolazione sono da considerarsi fenomeni strutturali non suscettibili di possibili inversioni di tendenza.

Si riportano di seguito alcuni dati di sintesi, relativi a strutture, servizi e prestazioni, maggiormente significativi nell'area di attività a favore degli anziani

Rete dei servizi domiciliari SAD/ADI

L'offerta di servizio: caratteri strutturali e organizzativi

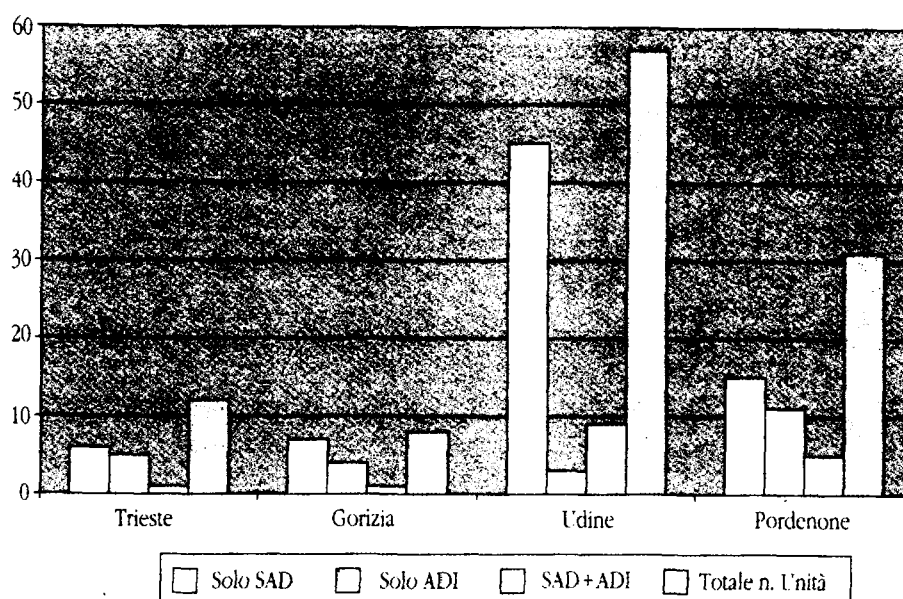
Sul territorio del Friuli-Venezia Giulia risultano attive 112 Unità Organizzative di Servizio che erogano servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale e/o sanitaria.

Delle 112 Unità organizzative censite 87 fanno capo ai Servizi Sociali di Base (SSB) e 25 ai Distretti delle Aziende Sanitarie; sono però 73 quelle che erogano soltanto prestazioni socio-assistenziali e 23 solo prestazioni di carattere sanitario, 16 Unità organizzative (pari al 14,3% del totale) erogano invece prestazioni di entrambe le tipologie, sebbene con differenti gradi di integrazione reale.

Dal momento che le Unità organizzative operano anche su ambito sovracomunale è interessante considerare il numero di comuni coperti dal servizio. Emergono dati interessanti in tutti i Comuni, infatti, risulta attivo almeno il servizio SAD tradizionale, anche se spesso con solo poche Unità di utenti assistiti. Anche il servizio infermieristico risulta presente in un numero elevato di comuni (118), ma non va trascurato il fatto che ancora in 88 Comuni non è presente alcuna forma di servizio infermieristico domiciliare.

Unità organizzative di servizio per tipologia di servizio erogato						
	N. Unità Organizzative per Provincia				Totale regionale	
	TS	GO	UD	PN	N. Unità	%
Solo SAD	6	7	45	15	73	65,2
Solo ADI	5	4	3	11	23	20,5
SAD + ADI	1	1	9	5	16	14,3
Totale	12	8	57	31	112	100,0

Fonte: Synergia, 1996.



Rete delle strutture residenziali per anziani

La Regione Friuli-Venezia Giulia dispone di una rete di strutture residenziali per la popolazione anziana costituita da quattro fondamentali tipologie: le Residenze Protette (RP) per utenti non autosufficienti; le Strutture ad Utenza Diversificata (SUD) per utenti sia autosufficienti che non autosufficienti; le Case Albergo (CA) e le Comunità Alloggio (COAL) per utenti autosufficienti o parzialmente non autosufficienti.

Costituiscono una rete a parte le Residenze Polifunzionali (RPF) a carattere socio-assistenziale e a gestione esclusivamente privata, individuale o associata, rivolte ad utenza in condizioni di autosufficienza completa o quasi.

Il totale delle strutture sul territorio è pari a 186 Unità per 9.600 posti letto complessivi. Data la quota di popolazione anziana (65 anni e oltre) nella regione, pari a 243.497 persone, il Friuli-Venezia Giulia presenta ancora una copertura solo parziale del fabbisogno di posti letto calcolato in 12.170 posti in base al Piano Socio-Assistenziale (L.R. n. 33 del 18 maggio 1988). In particolare, mentre il fabbisogno totale programmato è pari al 5% della popolazione anziana, l'offerta esistente arriva a coprire soltanto il 3,9%.

Strutture residenziali per anziani e inabili (settembre 1995)

Servizi	N. unità d'offerta	N. utenti	N. medio utenti per unità d'offerta	N. operatori
Residenze Protette (RP)*	13	1.448	111,4	n.d.
Strutture ad Utenza Diversificata (SUD)*	36	4.416	122,7	n.d.
Case Albergo (CA) + Comunità Alloggio (COAL)* + Minialloggi	48	1.979	41,2	n.d.
Residenze Polifunzionali (RPF)*	88	1.757	20,0	n.d.
Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)**	87	3.841	44,1	784
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**	25	4.368(a)	208	218(a)

* Dati al 1997.

** Dati al 1996.

(a) Dato solo su 21 unità di Offerta delle 25 censite.

R.S.A. per soggetti temporaneamente non autosufficienti					
A.S.S.	TOT. PL. P.I.M.T.	PL. ATTIVATI AL 31-12-1996			
		Riconvertiti da Osp. pubbl.	Convenzioni	Totale PL-96	% sul P.I.M.T.
A.S.S. 1			50 Igea		
Totale	340		50	50	15
A.S.S. 2		45 Cormons 10 Monfalcone	10 Grado (Osp. M.)		
Totale	180	55	10	65	36
A.S.S. 3	30 30	20 Gemona			
Totale	60	20		20	33
A.S.S. 4		55 Cividale* S. Daniele 25 Codroipo	40 IGA Altre		
Totale	380	80	40	120	32
A.S.S. 5		Latisana	Cormons 20 S. Gorgio di N.	0	
Totale	120	0	20	20	17
A.S.S. 6		Sacile	Pordenone S. Vito al T.		
Totale	200		0	0	0
Totale	1.280	155	120	275	21

* Nei 50 pl della RSA di Cividale sono considerati 25 pl utilizzati come RSA psicogenetica

Tuttavia questo dato, se paragonato ad altre realtà territoriali dell'Italia del Nord, appare significativo: infatti se da un lato il territorio confinante dell'Alto Adige raggiunge il 4,3%, dall'altro regioni pure avanzate sul fronte dell'offerta di servizi per la popolazione anziana come Lombardia ed Emilia Romagna hanno valori dell'indice rispettivamente del 2,4% e 2,7%.

È utile però anche analizzare i dati complessivi disaggregati per tipologia di servizio e per provincia.

Il sostegno alle famiglie con anziani non autosufficienti

L'opportunità di prevedere forme di sostegno economico a famiglie con persone anziane (non autosufficienti) conviventi discende da una duplice considerazione: da un lato vi è l'aspetto puramente finanziario per il quale si interviene con trasferimenti a sostegno del reddito per allontanare il nucleo familiare dalla soglia di povertà; dall'altro però si deve tenere conto anche del ruolo assistenziale che la famiglia assolve nei confronti dell'anziano e dell'obiettivo prioritario del mantenimento a domicilio dell'anziano stesso. In quest'ottica un intervento normativo deve avere caratteristiche tali da garantire l'efficacia su questo duplice fronte.

Se quindi l'aspetto economico costituisce oggetto della legge regionale 49/93 (art. 23) riteniamo però centrale e cruciale per l'efficacia della legge la capacità di collocare tale intervento in un quadro organico di supporto che va dall'informazione alla consulenza, dall'integrazione nella rete dei servizi alla valutazione dell'efficacia (almeno parzialmente «risolutiva») dell'intervento stesso.

La tabella che segue sintetizza l'attività economica prodotta dall'art. 23 di tale legge: è facile notare l'aumento del numero di domande di finanziamento accolte, cui corrisponde una diminuzione del contributo mensile erogato.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Anno	N. domande accolte	Fondo stanziato miliardi	Contributo millesimesi erogato
1995	4.275*	8	155.945
1996	4.275*	6	116.958
1997	5.358*	6,5	101.094

* Sono finanziate le domande presentate e ammesse a contributo nell'anno precedente.

La Regione, inoltre, nel trasferire ai Comuni finanziamenti nel 1996 di cui alla legge 51/93, oltre a prevedere fondi per lo sviluppo delle attività socio-assistenziali generali, ha erogato L. 4.500.000.000 sulla base del dato demografico degli anziani.

PAGINA BIANCA

REGIONE LAZIO

Nel corso dell'anno 1996 la Regione Lazio ha emanato la Legge Regionale 38 recante «Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio».

La Legge Regionale 38/1996 prevede come impegno prioritario della Regione la programmazione e l'organizzazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali, nonché l'individuazione delle modalità di coordinamento per l'integrazione degli stessi con i servizi e gli interventi sanitari, educativo/scolastici e sportivi.

La strategia prescelta è quella di individuare il piano socio-assistenziale come contenitore ordinato di conoscenze per le conseguenti valutazioni e scelte come modalità per definire risposte diversificate, come avvio del recupero delle potenzialità esistenti, come modello organizzativo per attuare l'integrazione.

In questa cornice si colloca il documento «Linee di piano socio-assistenziale», che costituisce una prima ipotesi di riorganizzazione dei servizi sociali e sanitari, in base al quale è stato avviato un utile dialogo ed un confronto anche con le Amministrazioni provinciali, con i Comuni e con le Aziende U.S.L.

L'obiettivo prioritario che si vuole perseguire con la proposta di «Linee di piano» e, quindi, anche con il Progetto Obiettivo Anziani che costituisce parte delle stesse, è quello di riqualificare l'attuale intervento da assistenziale — teso cioè a soccorrere un individuo in una situazione permanente o provvisoria di disagio — ad un intervento centrato sulla prevenzione. Occorre intervenire prevenendo l'isolamento, l'abbandono e la regressione degli anziani attraverso politiche che favoriscano il reingresso degli stessi in attività sostitutive o integrative di lavoro e nella restituzione ad essi della possibilità di svolgere ruoli fiduciari.

Nel Progetto Obiettivo Anziani, sono previsti in stretta correlazione alla normativa della Legge Regionale 38/96, due orientamenti generali:

- promozione dei processi di riequilibrio della struttura sociale, nel senso di valorizzare la presenza anziana, contrastando i processi e i fenomeni di emarginazione;
- predisposizione, attivazione e potenziamento di sistemi di servizio in grado di rispondere alle effettive condizioni di bisogno della popolazione più anziana (esigenze di cura, assistenza e sostegno alla persona e alla sua famiglia e di prevenzione rispetto alla non autosufficienza).

Al fine di assicurare il perseguimento di tali orientamenti sul piano operativo è necessario dare seguito a strumenti che concorrono al raggiungimento di obiettivi quali:

- potenziamento di servizi che pongano particolare attenzione alle esigenze di cura, assistenza e sostegno alla persona, nell'ottica della prevenzione;
- l'attivazione di programmi che facilitino la comunicazione, lo scambio e la solidarietà tra generazioni tramite programmi mirati;
- la riduzione del numero di autosufficienti in strutture residenziali assistite tramite forme di residenzialità protetta o di assistenza territoriale e l'istituzione di assegni di cura.

Gli strumenti (servizi ed interventi) funzionali alla realizzazione degli obiettivi sopra indicati sono:

- strutture residenziali e semi residenziali a diversa intensità assistenziale;
- programmi di tutela dell'anziano fruitore di servizi;

- servizi e prestazioni a domicilio;
- assegni di cura;
- programma per la promozione della solidarietà fra generazioni.

Come già sottolineato, sul documento recante le «linee di piano socio-assistenziali» e sul Progetto Obiettivo Anziani è attualmente in corso un utile confronto con gli Enti locali, le forze sociali, sindacali, il volontariato al fine di acquisire pareri ed osservazioni sulle proposte di intervento, prima di pervenire ad una proposta formalizzata che consenta di rendere operativi gli indirizzi contenuti nei documenti medesimi.

In attesa che la Legge Regionale 38/96 diventi effettivamente operante, le azioni volte a promuovere i servizi socio-assistenziali per anziani, hanno fatto riferimento a quanto previsto dalla normativa pregressa, tuttora operante; è da rilevare, comunque, che le ridotte disponibilità di bilancio, inadeguate alle esigenze, hanno comportato una notevole limitazione nella possibilità di potenziare i servizi. I finanziamenti sono stati prevalentemente destinati al sostegno di «servizi aperti» già operanti: Centri diurni e assistenza domiciliare, con particolare riferimento agli interventi di assistenza domiciliare sociale integrati con quelli sanitari.

Nel periodo in riferimento, la Giunta Regionale ha adottato anche la deliberazione n. 2499 del 6 maggio 1997 che riveste un particolare interesse per la popolazione anziana della Regione, in quanto reca: «Primi provvedimenti per la realizzazione nel Lazio delle Residenze Sanitarie Assistenziali».

Il provvedimento rappresenta il concreto strumento per l'avvio di un processo e di un programma, già delineato dalla normativa emanata sia a livello nazionale che regionale, orientato a fornire una coerente e civile risposta alla pressante e verificata domanda di una residenzialità socio-sanitaria espressa dalle persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

Le Residenze sanitarie assistenziali sono concepite nella logica e all'interno di un modello di rete di servizi integrati, finalizzato a garantire un continuum assistenziale alle persone non autosufficienti i cui bisogni sanitari, inscindibili da quelli assistenziali, determinano diversi gradi di dipendenza per i quali deve essere organizzata una risposta nuova, più adeguata e programmata in modo personalizzato e diversificato rispetto alle effettive e specifiche esigenze dei singoli anche in termini di residenzialità.

Infatti, i dati emersi dall'indagine sulla situazione delle persone già ricoverate nelle strutture per lungodegenti del Lazio, effettuata nel 1993 con il coordinamento di apposita Commissione tecnica individuata dalla Giunta Regionale, hanno confermato l'assoluta necessità di realizzare, nelle attuali strutture di lungodegenza, un radicale cambiamento sia dal punto di vista ambientale che organizzativo per il superamento della «vecchia cultura» sulla quale si sono basati questi specifici servizi.

Tale cambiamento deve investire:

- a) gli aspetti strutturali, con una nuova definizione dello spazio che non sia solo «contenitore» ma esso stesso espressione ed elemento promotore del recupero funzionale degli ospiti;
- b) l'attività assistenziale, che dovrà caratterizzarsi per l'approccio operativo di tipo progettuale e interdisciplinare;
- c) il rapporto tra strutture residenziali e comunità, per promuovere una condizione permanente di scambio, di comunicazione ed integrazione.

Nelle R.S.A., quindi, tutte le attività dovranno essere organizzate in funzione della «centralità» delle persone ospiti, con le loro esigenze, i loro bisogni, le loro aspettative.

L'avvio del piano di realizzazione delle R.S.A. avviene mediante i seguenti obiettivi:

- a) la riconversione delle case di cura per lungodegenti convenzionate;
- b) l'attivazione presso le case di riposo gestite da Comune e da I.P.A.B. di nuclei di R.S.A.
- c) l'attivazione di R.S.A. di nuova istituzione.

Il piano deve soddisfare, nel triennio 1996/1998, il bisogno di n. 7350 posti residenze per anziani non autosufficienti (di cui 5.139 già ricoverati nelle strutture di cui al punto a); per gli obiettivi di cui sopra si prevedono interventi a breve, medio e lungo termine.

Con riferimento alla deliberazione 2499/1997, la Regione ha emanato indirizzi e raccomandazioni alle Aziende U.S.L. ed ai Comuni richiamando la necessità della collaborazione fra enti istituzionalmente competenti, al fine di procedere ad una pianificazione congiunta delle attività connesse all'attivazione della deliberazione medesima.

Particolare attenzione deve essere data alle case di riposo gestite da Comuni e da I.P.A.B. nelle quali si è determinata una progressiva modificazione nelle condizioni di autosufficienza degli ospiti, attraverso la riconversione di quota-parte dei posti in moduli di R.S.A.

PAGINA BIANCA

REGIONE LIGURIA

La media regionale degli ultrasessantacinquenni è pari a 23,81% della popolazione, a fronte della media nazionale, che si attesta attorno al 15% da tale dato è deducibile il peso della popolazione anziana sulla struttura demografica ligure.

L'incidenza degli ultrasessantacinquenni diviene quindi un dato inconfutabile che deve fortemente influenzare le scelte di sviluppo della regione, travalicando i servizi sanitari e sociali, che sono solo una parte delle risposte da offrire agli anziani, per modificare il complessivo assetto socio-economico della Regione: dalla casa, alla comunicazione varia, ai mezzi di trasporto, alle barriere architettoniche, alla fruibilità di spazi pubblici e privati, allo stesso costo della vita, in quanto l'anziano è soggetto «fragile» da tutti questi punti di vista.

In sintesi l'approccio alla vecchiaia degli anni 2000 deve essere più complesso ed allargato rispetto all'assistenza medica e sociale, perché i grandi numeri vanno affrontati con la strategia di un nuovo modello di sviluppo socio-economico.

Questa strategia, ovviamente, va applicata in prima istanza sia nella prima formazione, che nell'aggiornamento del personale dei servizi alla persona, a partire dall'assistenza medica, alla riabilitazione, all'inserimento o reinserimento sociale.

L'esigenza di fornire agli anziani risposte diverse rispetto all'assistenza ospedaliera e residenziale extra-ospedaliera ha portato la Regione Liguria ad avviare, nel 1991, un programma sperimentale di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) (Deliberazione G.R. n. 5798/90), così definita per la co-presenza di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e, quando necessario, assistenziali, erogata a soggetti temporaneamente o parzialmente, non autosufficienti, rese al domicilio del paziente stesso.

	USL 1	USL 2	USL 3	USL 4	USL 5
Quadro demografico (popolazione > 65 a)	51.170	69.980	188.150	38.970	54.500
Distribuzione posti in residenzialità sanitaria assistenziale (RSA)	200	370	434	80	41
Distribuzione posti residenzialità socio sanitaria	335	261	895	170	362
Distribuzione casi ADI	992	1.362	3.649	823	1.069
Personale ADI	54	71	197	37	56

Obiettivi indicati per gli interventi sociali e socio-sanitari: azioni per il raggiungimento

Obiettivi	Azioni per il raggiungimento
CONSOLIDAMENTO DELLA PERMANENZA A DOMICILIO DELL'ANZIANO, TRAMITE: POTENZIAMENTO ADI, MONITORAGGIO ANZIANI SOLI, A RISCHIO, ATTIVITÀ DI SUPPORTO A SOGGETTI CON FORME INVOLUTIVE CEREBRALI	• predisposizione piante organiche per consentire il consolidamento ed il potenziamento delle attività sanitarie per gli anziani (ADI, etc.) • attività infermieristiche e di riabilitazione domiciliari (anche come attività autonome non inserite nella ADI) • forme di controllo «a distanza» per particolari situazioni di disabilità psico-fisiche (es. telesoccorso, televita, etc) anche in collaborazione con le Associazioni di volontariato • attività diurne di recupero-riabilitazione, anche sul piano relazionale per anziani affetti da forme involutive cerebrali (centri diurni, attività di appoggio presso strutture residenziali, presso centri sociali, tramite attività «di solidarietà sociale» tra anziani, giovani e adulti quali: «banche del tempo», «consulenze telefoniche», «buon vicinato», etc.)

	• attività collegate a «percorsi assistenziali sostitutivi» all'assistenza ospedaliera o all'istitutizzazione, facilitanti il rientro domiciliare anche a seguito di periodi di ricovero • attività socio-sanitarie in collaborazione con i Comuni (con incentivi corrisposti ai Comuni stessi per compensare attività sociali «a rilievo sanitario») al fine di consentire il monitoraggio dell'anziano solo o con scarsi supporti familiari • accordi con i Medici di medicina generale e con le Direzioni sanitarie ospedaliere (comprese le Aziende Ospedaliere) per evitare ospedalizzazione «incongrue» e offrire controllo medico domiciliare, ivi compresi esami di laboratorio e diagnostica specialistica
POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA RESIDENZIALE EXTRAOSPEDALIERA	• individuazione di «nuovi posti» da accreditare per residenzialità a ciclo diurno e tempo pieno, ivi compresi soggiorni temporanei per particolari condizioni a rischio
COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	• elaborazione programmi di supporto domiciliare con Conferenze di Ambito e Comuni interessati ai servizi • attivazione del Consiglio di gestione locale del Progetto Obiettivo Anziani con presenza Direttore Generale, Esecutivo Sindaci e Presidenti Conferenze Ambito • adozione da parte delle Unità di Valutazione Geriatrica di protocolli assistenziali sulla persona con individuazione di prestazioni sanitarie e assistenziali da fornire in maniera «integrata» (concordata e partecipata) dall'équipe di assistenza domiciliare, individuando un operatore come «referente del caso»

Funzionamento biennio 1996/97:

A) *Assistenza domiciliare integrata* (cfr. dati riportati in tabella)

Fondi Sociali ai Comuni (oltre 200)

- Anno 1996: 3,5 mld
- Anno 1997: 3,2 mld

Fondo Sanitario Regionale alle 5 Aziende U.S.L.

- Anno 1996: 10 mld
- Anno 1997: 14 mld

B) *Residenzialità* (cfr. dati riportati in tabella)

- Anno 1996: 75,8 mld
- Anno 1997: 84,218 mld

Si illustrano altresì le caratteristiche, le funzioni e la tipologia delle strutture di residenzialità:

CASA ALBERGO	Costituita da un complesso di appartamenti, in un edificio di abitazione civile, predisposti per ricevere, per un periodo non superiore ad un anno, persone autosufficienti, sole o con minori, in condizioni di disagio sociale ed economico e che in genere si autogestiscono con un apporto limitato di operatori sociali;
--------------	---