

ATTI PARLAMENTARI
XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. LXX
n. 1

RELAZIONE

SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO

(ANNI 1996-1997)

Presentata dal Ministro per la solidarietà sociale
(TURCO)

Trasmessa alla Presidenza il 9 marzo 1998

PAGINA BIANCA

INDICE GENERALE

Presentazione	5
Premessa	9
PARTE PRIMA	
1. L'ENTITÀ DEL FENOMENO DELL'INVECCHIAMENTO	15
1.1 Gli anziani: un universo complesso, eterogeneo e dinamico	15
1.2 Aspetti demografici territoriali	16
1.3 Quale futuro per la popolazione italiana?	18
1.4 Impossibile fermare il processo di invecchiamento	19
1.5 Lo stato civile ed il titolo di studio	20
1.6 Gli anziani in famiglia	20
1.7 Le famiglie di anziani	21
<i>Conclusioni</i>	22
2. LO STATO DI SALUTE DEGLI ANZIANI ED I SERVIZI SOCIO-SANITARI	23
2.1 Transizione epidemiologica e bisogni emergenti	23
2.2 Il consumo dei farmaci	27
2.3 Le principali cause di morte	27
2.4 Lo stato dei servizi sociali e sanitari	29
<i>Conclusioni</i>	36
Allegato 1	41
Allegato 2	43
3. LA CONDIZIONE ECONOMICA DELL'ANZIANO	49
3.1 Aspetti economici	49
3.2 Il lavoro	50
3.3 Redditi da lavoro, redditi da pensione	51
3.4 La situazione abitativa	53
3.5 Aspetti sociali	53
3.6 Le attività del tempo libero	54
<i>Conclusioni</i>	56
Allegato 1	58
4. COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI	101
<i>Conclusioni</i>	103
PARTE SECONDA	
RELAZIONI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME	105
<i>Bibliografia essenziale</i>	207

PAGINA BIANCA

PRESENTAZIONE

La V Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano viene presentata in virtù della delega conferita dal Presidente del Consiglio al Ministro per la Solidarietà Sociale con DPCM del 31 maggio 1996.

Il significato precipuo che si vuole dare a tale Relazione è quello di porre all'attenzione del Parlamento la particolare situazione demografica che vive il nostro Paese e che costituisce, in prospettiva, una delle sfide più rilevanti connesse con il profondo cambiamento della società futura, non soltanto italiana, ma anche europea.

Consapevoli della delicatezza della materia e della necessità di un ampio approfondimento da condursi con metodo scientifico, si è ritenuto di affidare al Consiglio Nazionale delle Ricerche che si ringrazia, in particolare nella persona del compianto Prof. Luigi Amaducci e dei suoi collaboratori, la predisposizione di una analisi che, integrando i risultati dello Studio Longitudinale sull'Invecchiamento con elementi di conoscenza e dati forniti da Amministrazioni dello Stato, Regioni e Province autonome, nonché da Enti interessati, illustrasse l'universo degli anziani e, nel contempo, proponesse linee di sviluppo socio-culturale fondate su aspetti quantitativi e qualitativi entro le quali le persone anziane possano essere considerate in termini positivi e in una prospettiva di miglioramento di una condizione, frequentemente, a rischio di marginalità economica, sociale, culturale.

L'ampia disamina mette in evidenza come il concetto di «senectus» esca da una dimensione strettamente gerontologica e si apra verso aspetti psicologici, socio-culturali ed economici che connotano ogni esistenza in un contesto di convivenza civile fatta di relazioni fra generazioni ed anche di solidarietà fra persone.

L'articolazione della tematica individua opportunamente un legame tra il modo di invecchiare e le linee attraverso le quali sia possibile realizzare concretamente la esigibilità dei diritti e, quindi, il soddisfacimento dei bisogni degli anziani più fragili.

Il quadro che ne emerge evidenzia la «contemporaneità» di un fenomeno demografico i cui molteplici effetti saranno avvertiti di più nel tempo e le cui proposte di talune soluzioni vanno ad inserirsi nell'attuale dibattito sulla riforma della assistenza che completerà la riorganizzazione del nuovo modello di «welfare state».

Al presupposto irrinunciabile della creazione di un nuovo sistema di servizi sociali, al concreto bisogno di opportunità di inserimento e di partecipazione delle categorie sociali più deboli si collega l'ampio dibattito su temi che attengono agli anziani. Dibattito che per un verso è segnale di un fenomeno demografico in aumento e, per altro, è anche sintomo di un diffuso processo di trasformazione strutturale della società.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione certamente amplia la domanda proveniente dal sociale e la dimensione dell'azione di risposta deve corrispondere, attraverso criteri di equità e di equilibrio, ad una multiformità di condizioni.

Le risposte alle maggiori esigenze del complesso mondo degli anziani trovano adeguata collocazione nel modello integrato di interventi e servizi sociali proposto, inteso a rendere meno pesante la condizione oggettiva di disagio, individuale e della famiglia, da cui deriva l'esclusione e l'emarginazione sociale.

Le attuali trasformazioni economiche e sociali sono per certi aspetti connesse all'invecchiamento della popolazione e, nel contempo, hanno riflessi sulle condizioni di vita della terza età.

Si ritiene, in tale contesto, che l'offerta dei servizi a rete, bene evidenziata nella presente Relazione, sia indispensabile, anche per superare i confini di una visione nel passato troppo sanitarizzata della «anzianità».

Il problema «anziani» infatti, pur essendo legato agli aspetti che attengono alla organizzazione funzionale dei servizi per le persone problematiche, è altresì riconducibile alla concretezza delle opportunità sociali che consentono di vivere una esistenza gratificante e dignitosa in una dimensione di inserimento e di partecipazione, non di emarginazione.

Al riguardo, si vuole fare appena cenno alle esperienze interessanti ed essenziali delle Università della terza età, dei centri sociali, del volontariato degli anziani e a tante altre iniziative condotte utilmente da componenti rappresentative della domanda espressa dagli anziani.

Occorre quindi sottolineare come la crescita della vita media vada certamente letta positivamente in termini di prospettiva di vita, ma va altrettanto detto come a tale fenomeno si colleghi una dimensione umana spesso carica di difficoltà derivanti, soprattutto, da condizioni economiche di povertà, da traumi psicologici legati alla frantumazione del contesto socio-familiare abituale ed altresì da traumi conseguenti all'impatto psicologico e relazionale al momento della espulsione dal mondo produttivo.

Nelle grandi città, poi, il fenomeno dell'emarginazione degli anziani è ancor più preoccupante a causa di pesanti condizioni di esclusione legate alla povertà, alle malattie, alla paura di uscire di casa, ma anche alla solitudine e all'abbandono.

Talvolta, per fortuna, si trovano anche situazioni meno negative: basta guardare il numero degli anziani attivi che si muovono, viaggiano, propongono la propria esperienza di vita e di qualificata professionalità, impegnano il proprio tempo in attività di volontariato.

Le diversificate condizioni di «anzianità» rendono dunque questa questione assai complessa e, in generale, indicano un passaggio demografico articolato su elementi economici, politico-culturali che determinano la necessità di realizzare un tessuto sociale in cui tutte le generazioni debbano abituarsi a convivere civilmente, senza fratture determinate da tensioni o contrapposizioni.

In questo cambiamento trova spazio la domanda legata ad un fenomeno sociale in forte crescita e che deve essere collegato a differenti piani problematici.

La risposta possibile è quella di riuscire a coagulare attorno al problema «anziani» gli sforzi di più componenti sociali e risorse necessarie per i bisogni di questa fascia di popolazione che costituisce ormai il 15% della popolazione del nostro Paese e che vede al proprio interno una presenza elevata della componente femminile, specie nelle età più avanzate, in una condizione di maggiore fragilità: vedove, nubili, divorziate, separate.

Appare opportuno, a tale proposito, ricordare che il Rapporto demografico 1997 presentato dalla Commissione dell'Unione Europea evidenzia come nel prossimo trentennio la popolazione di età superiore ai 60 anni potrebbe crescere del 50%, mentre quella giovanile e adulta potrà diminuire rispettivamente dell'11% e del 6% con un evidente, pesante impatto sulla spesa per la protezione sociale e sul mondo del lavoro.

Allo scopo di individuare strategie di intervento preventivo si sono impegnati presso il Dipartimento per gli Affari Sociali gruppi di lavoro ad analizzare ed approfondire taluni temi riconducibili ai bisogni delle persone anziane: case di riposo; centri sociali; tutela abitativa; università della terza età ed educazione permanente.

Per cercare di dare una risposta solidale ad una parte dei bisogni più problematici delle persone anziane e un positivo contributo all'adeguamento dei servizi, è stata posta attenzione alle strutture residenziali che presentano un grave deficit.

A questo scopo si sono cercate risposte alle aspettative degli anziani che vogliono restare nella propria casa e accrescere il proprio sapere, secondo un percorso innovativo, anche di deistituzionalizzazione, delle persone che anche se sane, perché sole, si trovino in difficoltà.

In conclusione sulla base di quanto fino ad ora espresso, emerge la necessità di un quadro di riferimento per le politiche sociali che consenta alle istituzioni, alle autonomie locali, con la cooperazione dell'associazionismo, del volontariato e di altri segmenti di cittadinanza attiva, di creare le condizioni per eliminare o attenuare i disagi agli individui più fragili.

La Ministra per la Solidarietà Sociale

On. Livia Turco



PAGINA BIANCA

PREMESSA

METODOLOGIA DI STUDIO DELLE CONDIZIONI DEGLI ANZIANI

Il fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione, in atto sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo, è particolarmente rilevante in Italia ed ha *implicazioni importanti dal punto di vista medico, economico e sociale*, che pongono una serie di problemi urgenti ed indilazionabili. L'opinione pubblica è profondamente sensibilizzata su questo argomento dai numerosi e puntuali riferimenti dei mass media, che, ormai quotidianamente, riferiscono sull'impatto socio-economico, socio-assistenziale e sanitario dell'invecchiamento della popolazione. Tutti i paesi industrializzati stanno investendo risorse sempre più rilevanti per lo studio dei vari aspetti dell'invecchiamento. Solo un'approfondita ed avanzata comprensione del fenomeno può, infatti, consentire di *individuare accuratamente i bisogni e quindi di pianificare razionalmente i servizi*. Esiste attualmente l'esigenza di studiare l'invecchiamento in modo integrato nei suoi aspetti biologici, medici ed economico-sociali. In effetti, l'invecchiamento è il risultato di fattori biologici (genetici, immunologici, etc), ambientali (stile di vita, nutrizione, servizi sociali e sanitari, etc) e soprattutto della loro complessa interazione. Dal punto di vista biomedico, gli spettacolari progressi della biologia cellulare e molecolare consentono per la prima volta di affrontare in modo adeguato il problema delle basi biologiche dell'invecchiamento e di chiarire i meccanismi che lo determinano, sia a livello fisiologico che patologico. D'altra parte, è stato ormai chiaramente dimostrato come il miglioramento dello stato di salute sia anche collegato ai fattori socio-economici e culturali. Sono queste le basi per impostare un approccio nuovo all'invecchiamento, che prevede non solo interventi curativi, ma anche preventivi e riabilitativi.

La frequenza delle principali malattie croniche invalidanti aumenta al crescere dell'età, quindi l'attuale trend demografico non può che determinare un incremento delle richieste di assistenza. La programmazione sanitaria necessita decisamente di dati oggettivi sulla reale portata degli attuali problemi sanitari e sul loro probabile andamento nel tempo. In questo modo si potrà ridurre il divario tra scelte cliniche ed evidenze epidemiologiche, divario che penalizza sia i costi sia la qualità dell'assistenza. I dati devono essere basati su unità di misura standardizzate e su metodi di rilevazione omogenei e comparabili.

L'impatto delle patologie croniche invalidanti sulla richiesta dei servizi sociali e sanitari dovrà essere valutato in termini quantitativi solo attraverso studi di popolazione e con un'analisi epidemiologica longitudinale, che permetta di individuare la transizione da salute a malattia e quindi a disabilità.

La metodologia degli studi longitudinali è, infatti, la più accurata per la valutazione della frequenza delle malattie e dei loro fattori di rischio e permette, quindi, l'adeguata pianificazione di efficaci programmi di prevenzione e di intervento terapeutico ed assistenziale. La possibilità di valutare ripetutamente nel tempo il campione in esame è essenziale, infatti, per studiare la storia naturale delle malattie e la transizione da autosufficienza a dipendenza. L'elevato costo di questo approccio metodologico è, purtroppo, considerato il limite principale alla loro realizzazione. Tuttavia, se consideriamo il razionale dell'«evidence-based medicine», ormai entrata nella pratica del processo decisionale di gran parte degli interventi di politica sanitaria, vediamo che proprio la razionalizzazione della spesa sanitaria si basa sulla disponibilità di dati longitudinali. Dati scaturiti da tali studi possono essere sintetizzati in linee-guida per gestire pazienti con specifiche patologie e invalidità. Linee-guida ben disegnate e corretta-

mente utilizzate possono consentire da una parte di erogare servizi sanitari e assistenziali di altissima qualità e nello stesso tempo di ridurre i costi, come già confermato da alcune esperienze. Questi sono i principi fondamentali della «evidence-based medicine» che utilizza dati validi, oggettivi e affidabili come base per le decisioni in campo sanitario, scoraggiando l'approccio soggettivo, intuitivo ed emotivo, in favore di un approccio analitico e pragmatico. Nel Regno Unito, la «evidence-based medicine» si è costituita in un'istituzione, la Cochrane Collaboration, che si occupa di preparare e disseminare revisioni sistematiche della letteratura scientifica su specifici argomenti sanitari. È indicativo che, a pochi anni dalla sua fondazione, la Cochrane Collaboration è già diventata un interlocutore stabile del Ministero della Sanità britannico e di altri organismi affini.

Anche l'Organizzazione Mondiale per la Sanità ha avvertito l'esigenza di creare indici standard di riferimento per poter quantificare il peso sanitario, economico e sociale delle varie condizioni patologiche. In particolare, è stato proposto il DALY (Disability Adjusted Life Years), per misurare l'impatto di patologie specifiche sulla disabilità e sulla morte prematura. Per il calcolo di questi indicatori occorrono necessariamente dati longitudinali. L'Italia è tra i paesi più vecchi del mondo e la rapidità del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è tra le più elevate dei paesi occidentali. Alcune regioni del Nord Italia hanno percentuali di anziani che sono in assoluto più alte di qualsiasi altra regione Europea o Nord Americana. Pertanto, il peso assistenziale determinato dalle patologie croniche legate all'età e dalla conseguente disabilità, è, e diventerà sempre più, un'assoluta priorità del Servizio Sociale e Sanitario Nazionale. In questo senso il Progetto Finalizzato Invecchiamento (PFI) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), ed in particolare lo Studio Italiano Longitudinale sull'Invecchiamento (Studio ILSA), rappresentano finora l'unica iniziativa nazionale in grado di fornire i dati quantitativi sulle maggiori patologie dell'età avanzata e sui loro fattori di rischio, sia sociali che biologici.

Fino a pochi anni fa, gli unici dati sulla frequenza delle malattie disponibili a livello nazionale erano quelli raccolti dall'ISTAT. Tali dati si basavano sulla prevalenza di specifiche patologie *autoriportate* da un campione di italiani, con gli inevitabili problemi sull'attendibilità delle informazioni riferite dai singoli soggetti, senza la possibilità della conferma clinica. Per evidenziare tali problemi, basta analizzare la Tabella 1 che confronta i dati riportati dai soggetti con quelli ottenuti con una valutazione clinica (dati dello Studio ILSA). Si dimostra chiaramente la forte discrepanza tra le due fonti di informazione, soggettiva ed oggettiva.

Tab. 1. - **Prevalenza (%) di alcune patologie croniche nella popolazione di 65 anni ed oltre, determinata mediante intervista (Dati ISTAT) e mediante valutazione clinica**

(Studio ILSA), 1996

	Intervista ISTAT	Esame clinico ILSA
Diabete	11,3	13,2
Artrosi ed artrite	49,2	60,9
Broncopneumopatie cr.	26,7	20,9
Iipertensione	31,5	61,9

Problemi ancora maggiori emergono se si usano le statistiche di mortalità come indici di prevalenza delle patologie. Come affermato molto chiaramente nel World Development Report, 1993: «Any discussion of health policy must start with a sense of the scale of health problems. These problems are often assessed in terms of mortality, but that indicator fails to account for the losses that occur this side of death because of

handicap, pain, or other disability». I dati di mortalità sono stati spesso usati per generare ipotesi epidemiologiche, perché sono facilmente ottenibili e completi, in quanto il certificato di morte è obbligatorio per qualsiasi decesso. Ma qui il problema nasce dal tipo di malattia considerata. Malattie che portano rapidamente a morte e che sono facilmente diagnosticabili (come alcune neoplasie maligne) vengono probabilmente registrate correttamente come causa di morte, ma nel caso di altre patologie croniche frequenti nella popolazione anziana, come la demenza, il tempo tra l'insorgenza della malattia e la morte è spesso lungo e altre patologie insorgono nel frattempo, causando ovvii problemi nell'identificare la causa primaria di morte. Per esempio, nonostante la prevalenza delle malattie cardiovascolari aumenti con l'età, l'associazione tra esistenza di patologia cardiovascolare e riconoscimento della stessa come causa di morte invece diminuisce con l'avanzare dell'età. Diversi motivi possono spiegare questo andamento: a) gli anziani hanno livelli più elevati di comorbidità, con più malattie che possono portare a morte, b) nei soggetti giovani la patologia può avere un'insorgenza più acuta e portare a morte più direttamente, c) la qualità del dato sulla mortalità nell'anziano è meno affidabile di quello del giovane, proprio per la mancanza di un inquadramento completo della pluripatologia. Altre potenziali fonti di errore, quali la scarsa accuratezza delle informazioni contenute nel certificato, soprattutto se compilato da un medico che non conosca la storia clinica del paziente, sono purtroppo molto frequenti.

Inoltre in Italia abbiamo eccellenti statistiche di ospedalizzazione, il cui uso in sanità pubblica presenta dei vantaggi e degli svantaggi che sono riconosciuti universalmente. Una delle grosse limitazioni è l'impossibilità di usare queste statistiche come indici di prevalenza di specifiche malattie nella popolazione generale. Se consideriamo le neoplasie maligne, molto probabilmente possiamo dire che tutti, o una larga percentuale dei casi, vengono ospedalizzati durante il corso della malattia. Se però consideriamo le patologie mentali, il ricovero ospedaliero è molto meno frequente. Bisogna inoltre considerare che le ospedalizzazioni sono spesso influenzate da fattori quali il sesso del paziente (in caso di ernia discale, per esempio, è molto più probabile che venga ospedalizzato un maschio, mentre le donne vengono più spesso trattate a domicilio), lo stato civile (i soggetti non coniugati sono più spesso ospedalizzati rispetto ai coniugati), la gravità della malattia e le patologie concomitanti, la disponibilità di strutture adeguate, ecc. Tutti questi fattori, quindi, uniti alla spesso scarsa accuratezza nel riportare la diagnosi di dimissione, portano alla chiara ed inequivocabile conclusione che le statistiche di ospedalizzazione non possono essere utilizzate come indici di prevalenza di specifiche patologie nella popolazione.

Le statistiche di ospedalizzazione e di mortalità disponibili in Italia possono aiutare ad identificare specifici gruppi della popolazione a più alto rischio, a sviluppare possibili ipotesi eziologiche ed a studiare l'andamento temporale delle patologie. Tuttavia, questi dati vanno usati con cautela, soprattutto per quanto riguarda le patologie croniche, perché hanno dei limiti che facilmente inficiano le conclusioni. Non possono quindi, in qualsiasi modo, sostituirsi ai dati epidemiologici raccolti in campioni rappresentativi della popolazione, che restano l'unico modo rigorosamente scientifico per identificare casi prevalenti ed incidenti di malattia e per quantificare la reale necessità assistenziale.

Luigi Amaducci

Direttore, Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR

PAGINA BIANCA

PARTE PRIMA

PAGINA BIANCA

1

ENTITÀ DEL FENOMENO DELL'INVECCHIAMENTO

1.1 GLI ANZIANI: UN UNIVERSO COMPLESSO, ETEROGENEO E DINAMICO

Parlare di anziani oggi significa confrontarsi con problemi e potenzialità di una popolazione eterogenea e complessa, troppo spesso semplicisticamente identificata in base alla sola età anagrafica. Omologare individui diversi, che hanno cumulato nel corso dell'intera loro vita, storie biologiche, sociali e professionali molto diverse, basandosi sul solo fatto che hanno raggiunto e superato una soglia di età, significa commettere almeno due tipi di errore: un errore metodologico, derivante dal fatto di non riconoscere le forti differenziazioni esistenti tra gli individui in questa fascia di età, e un errore operativo, che impedisce di finalizzare sforzi e risorse verso la soluzione di problemi e il soddisfacimento di necessità delle quote di popolazione anziana che effettivamente necessitano di interventi e sostegno.

Per affrontare correttamente l'analisi delle conseguenze demografiche e sociali, ma anche economiche, dell'invecchiamento demografico e dell'aumento del numero di anziani nelle moderne società a demografia avanzata, è in primo luogo necessario adottare un approccio multidimensionale e qualitativo che consenta di esplorare le diverse dimensioni della condizione anziana, rifiutando semplificazioni e stereotipi.

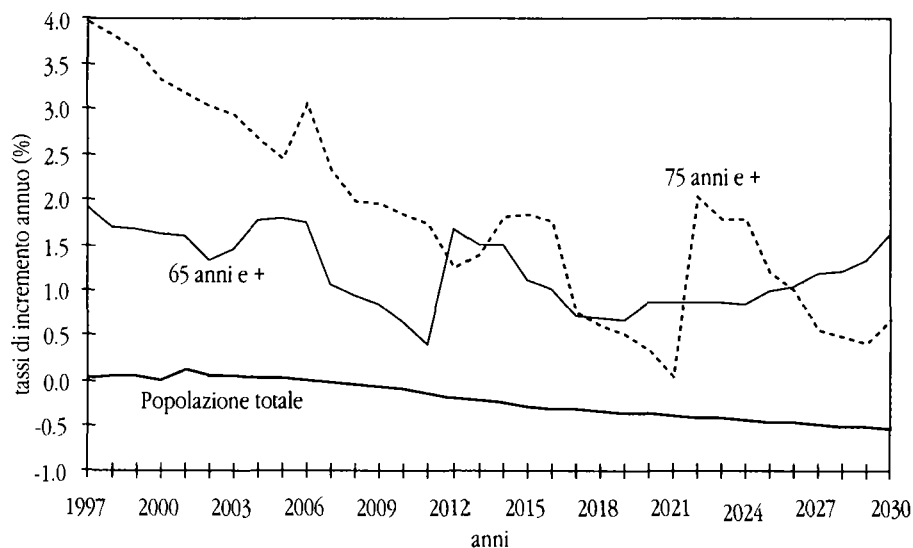
Uno squilibrio sempre più accentuato si è venuto determinando in questi anni tra età cronologica, età biologica, età sociale degli individui in tutte le età della vita. Tutte le fasi della vita si sono allungate: infanzia, adolescenza, giovinezza, età adulte, vecchiaia hanno subito nel corso del tempo profonde modificazioni sia di durata che di contenuti. Le modificazioni dei comportamenti demografici hanno giocato un ruolo in queste modificazioni accanto ad altre trasformazioni che si sono venute imponendo in questo secondo dopoguerra. La diminuzione del numero di figli ha portato ad un cambiamento profondo del significato e degli orizzonti dell'infanzia: dal punto di vista dei genitori, il ridottissimo numero di figli ha enormemente aumentato il «valore» di ognuno e l'investimento, affettivo ed economico, effettuato su ciascuno di essi. Dal punto di vista del bambino, è cambiato profondamente l'ambiente familiare, popolato precedentemente di coetanei (fratelli, cugini), molteplici figure adulte (i genitori, gli zii) e pochissimi anziani (i nonni), è divenuto più rarefatto e orientato in senso verticale: pochissimi coetanei e molti ascendenti (genitori, nonni, spesso bisnonni).

All'altro estremo dell'arco della vita, altre trasformazioni si stanno verificando. L'aumento della sopravvivenza, che in questo ultimo scorcio di secolo ha beneficiato soprattutto le età adulte ed anziane, ha modificato sostanzialmente i modi e i tempi della transizione verso la vecchiaia, permettendo il manifestarsi di altre fasi che fino a pochi decenni fa erano insospettabili. Il concetto di «vecchio» non si dimostra più in grado di dar conto della varietà delle condizioni che si determinano per un numero crescente di individui, all'aumentare dell'età. Oltre i 65 anni di età, che tradizionalmente sono assunti come soglia delle età anziane, si cominciano così a distinguere i «grandi vecchi», coloro che hanno superato i 75 o gli 80 anni di età dai più giovani, che presentano caratteristiche, necessità e comportamenti nettamente difforni.

Un altro stereotipo che è necessario combattere se si vuole avere una immagine corretta di quanto sta avvenendo nella popolazione anziana è quello della staticità. Grandi modificazioni sono avvenute e stanno avvenendo, tanto da un punto di vista

quantitativo che qualitativo. È ben noto il fortissimo incremento della popolazione oltre i 65 anni di età verificatosi a partire dalla seconda metà degli anni '80 con l'arrivo delle grandi generazioni nate dopo la prima guerra mondiale. Un'onda che negli anni recenti sta investendo le età superiori ai 75 anni. A partire dalla seconda decade del prossimo millennio, un'onda altrettanto importante sarà provocata dal superamento della soglia dei 65 anni delle generazioni del secondo dopoguerra e, dieci anni dopo, i ritmi di aumento degli ultrasessantacinquenni prenderanno ad aumentare rapidamente. La figura 1 illustra chiaramente le fluttuazioni dei tassi di incremento alle quali sono sottoposte le età anziane in conseguenza della passata dinamica delle nascite e le profonde e rapide modificazioni che debbono essere attese nel prossimo futuro. Le risposte che la società deve dare alle esigenze di questa quota crescente di popolazione debbono necessariamente essere flessibili e attente ai cambiamenti di breve, medio e lungo periodo della sua composizione interna.

Fig. 1. - **Tassi di incremento annuo della popolazione anziana e della popolazione totale**
(valori %)



1.2 ASPETTI DEMOGRAFICI TERRITORIALI

I dati demografici italiani, suggeriscono che l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno molto complesso dal punto di vista territoriale, con profonde diversità tra nord e sud e all'interno delle singole regioni, come descritto in maniera chiara e incisiva nell'*Atlante dell'Invecchiamento della Popolazione*, di A. Lori, A. Golini, B. Cantalini, preparato nell'ambito delle attività del PF Invecchiamento del CNR. Di seguito riportiamo alcuni dei principali aspetti demografici degli ultimi anni, come discussi nel suddetto atlante.

La dinamica della popolazione anziana del nostro Paese è – per intensità e velocità, ma anche per durata temporale del processo – *una delle più significative nel mondo intero* (Tab. 1). Già adesso l'Italia è il primo, e per ora unico, Paese al mondo in cui la proporzione di ultrasessantacinquenni (16%) ha superato quella dei ragazzi con meno di 15 anni (15%) (ONU, 1995). Ma non meno importante sarà la dinamica dei decenni a venire, soprattutto per la attesa forte divaricazione fra andamento della popolazione con più di 60 anni e quella con meno di 60 anni.

Tab. 1. - **Evoluzione della popolazione italiana dal 1950 ad oggi e previsione fino al 2040**
(valori assoluti in milioni di abitanti)

Classi di età	Assolutore			Incremento		Tasso % medio annuo		% sulla popolazione italiana		
	1950	1995	2040	1950-1995	1995-2040	1950-1995	1995-2040	1950	1995	2040
<60 anni	41,3	41,7	28,1	+3,4	-16,7	+0,2	-1,0			
60 e più	5,8	12,5	19,5	+6,7	+7,0	+1,7	+1,0	12,3	21,9	41,0
80 e più	0,5	2,1	4,8	+1,6	+2,7	+3,2	+1,9	1,2	3,7	10,1

Fonte: elaborazione CNR-IRP su dati ONI - 1995. Per la previsione è stata considerata la variante media che prevede per il quinquennio 2035-40 una vita media pari a 82,7 anni (77,5 quella del 1990-95) e un numero medio di figli per donna pari a 1,8 (1,3 quello del 1990-95).

Nei prossimi 45 anni infatti è possibile un aumento di 7 milioni negli ultrasessantenni e una diminuzione di circa 17 milioni in coloro che hanno meno di 60 anni. Questa dinamica deriva dall'attuale speranza di vita alla nascita e a 65 anni, che è significativamente aumentata nelle ultime decadi (Tab. 2), dalla longevità e dalla fecondità delle generazioni attualmente in vita. La longevità della popolazione italiana è una delle più elevate del mondo, mentre la fecondità è in assoluto la più bassa del mondo (1,2 figli per donna). Seppure importante, la prevista immigrazione dall'estero non potrà cambiare le tendenze di fondo.

Tab. 2. - **Durata media della vita in Italia**

	Maschi		Femmine	
	alla nascita	a 65 anni	alla nascita	a 65 anni
1960-62	67,2	13,4	72,3	15,3
1994	74,7	15,6	81,2	19,4

Fonte: Relazione generale sulla condizione economica del Paese, 1995

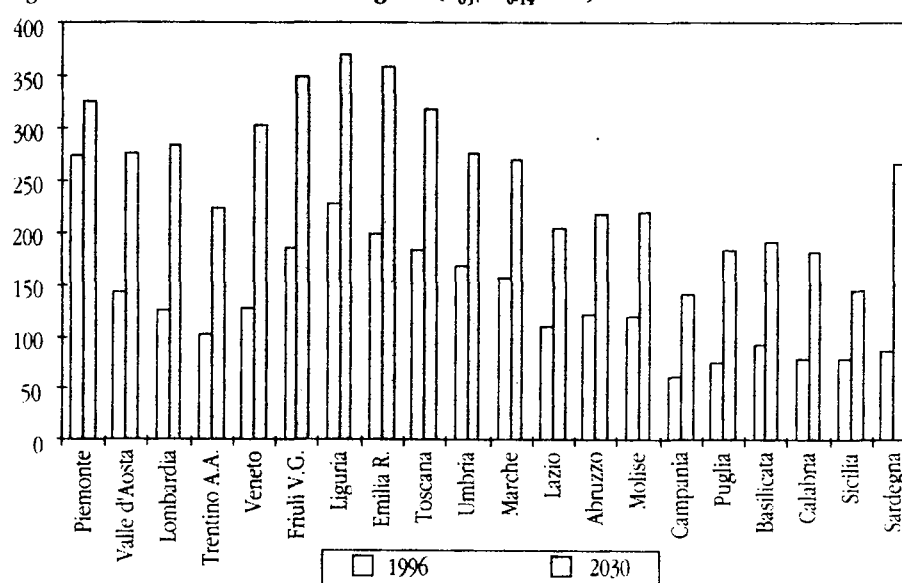
Si tratta, quindi, di una dinamica di popolazione che per gli individui, le famiglie, l'economia e la società potrebbe avere conseguenze molto più pesanti di quelle che si sono registrate negli ultimi 45 anni, ove non si riesca ad assecondare con continui e profondi adattamenti la grande mutazione demografica in atto.

La complessità del problema dell'invecchiamento della popolazione risiede anche nella sua *straordinaria variabilità territoriale* (Fig. 2 e Tab. 3) che richiede quindi analisi attuali e prospettive effettuate a livello regionale, provinciale e anche comunale.

Tab. 3. - **Le tre regioni e le tre province italiane con il maggior e con il minor grado di invecchiamento**
(percentuale di popolazione con 65 anni e più al censimento del 1991)

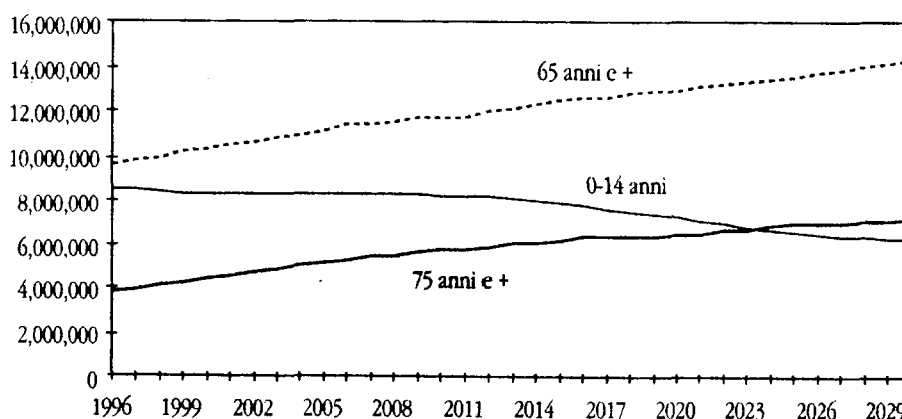
Liguria	21,6	Campania	11,1
Emilia Romagna	19,6	Puglia	12,4
Toscana	19,5	Sardegna	12,5
Trieste	23,7	Napoli	9,7
Alessandria	22,8	Caserta	10,3
Siena	22,7	Cagliari	11,3

Fonte: ISTAT, vari anni

Fig. 2. - **Indice di vecchiaia nelle regioni ($P_{65+}/P_{0-14} \cdot 100$)**

1.3 QUALE FUTURO PER LA POPOLAZIONE ITALIANA?

La futura evoluzione della popolazione è in gran parte già scritta nella attuale struttura demografica e le previsioni, almeno relativamente alle generazioni già nate, presentano scarsissimi margini di incertezza. Utilizzando le previsioni recentemente predisposte dall'ISTAT con base la popolazione del 1996 e con riferimento ai tre scenari elaborati (ipotesi alta, media e bassa¹⁾, la figura 3 illustra l'evoluzione della popolazione di 65 anni e oltre fino al 2030.

Fig. 3. - **Evoluzione prevista per la popolazione di alcune classi di età. Istat 1997**
Ipotesi media

¹⁾ L'ipotesi *alta* prevede: una speranza di vita alla nascita per gli uomini di 80,1 anni e per le donne di 86,3 anni; un tasso di fecondità totale pari a 1,76 figli per donna; un flusso netto annuo di immigrati dall'estero di 76mila unità. L'ipotesi *media* prevede: una speranza di vita alla nascita per gli uomini di 78,3 anni e per le donne di 84,7 anni; un tasso di fecondità totale pari a 1,45 figli per

donna; un flusso netto annuo di immigrati dall'estero di 56mila unità.

L'ipotesi *bassa* prevede: una speranza di vita alla nascita per gli uomini di 76,9 anni e per le donne di 83,3 anni; un tasso di fecondità totale pari a 1,12 figli per donna; un flusso netto annuo di immigrati dall'estero di 35mila unità.

Secondo l'ipotesi media, quella che stando alle conoscenze attuali sembra la più probabile, nel 2030 gli ultrasessantacinquenni sarebbero 14,4 milioni (il 27% della popolazione totale). In termini relativi, rapportando le due code della distribuzione per età, ovvero gli ultrasessantacinquenni ai giovani con meno di 15 anni di età, la trasformazione rispetto al recente passato sarebbe ancor più straordinaria: se agli inizi degli anni '50 si contavano 3 giovani per ogni anziano e nel 1991 il rapporto era di 1:1; oggi, è già diventato di 1,13:1. Qualora si verificassero le condizioni previste nell'ipotesi media, che come si è visto ipotizza un lieve aumento della fecondità rispetto alle attuali condizioni, la proporzione nel 2030 sarebbe di 2,3 anziani per ogni giovane (3 anziani ogni giovane al Nord; 2,5 al Centro e 1,7 al Sud).

Anche in rapporto alla popolazione in età lavorativa il peso degli anziani è destinato a crescere notevolmente, raddoppiando nei trent'anni da 25 a 44%. Al 2030 per 100 persone in età attiva si potrebbero contare 63 persone in età non attiva di cui 44 anziani e 19 giovani. Al Nord la proporzione sarebbe ancor più elevata: 65 ogni 100 di cui 49 anziani e 16 giovani.

Non è necessario commentare questi dati, né stupisce che essi suscitino sconcerto e apprensione. Risulta immediatamente evidente, infatti, che un simile capovolgimento della struttura per età non è una modificazione che possa essere assorbita dal sistema economico e, più in generale, dal sistema sociale, con semplici razionalizzazioni e aggiustamenti marginali della situazione esistente.

Il fenomeno dell'invecchiamento non si è del resto limitato a modificare il rapporto tra i due estremi della distribuzione. Al contrario, ha ritoccato il profilo distributivo di tutta la popolazione: sia nelle età centrali che nelle età senili sono gradualmente aumentate le quote di popolazione di età più elevata.

La composizione per età della popolazione anziana è destinata ad invecchiare ulteriormente e già nella seconda decade del prossimo secolo i «grandi vecchi», con più di 75 anni di età, diverranno numerosi quanto i 65-74enni e ciascuna delle due fasce di età raggiungerà e supererà il 10% del totale della popolazione. Già intorno al 2020, più di due persone su otto avranno più di 65 anni di età e, tra queste, una sarà tra i 65 e i 74 anni e l'altra avrà più di 75 anni di età.

Le donne rappresentano la grande maggioranza della popolazione anziana. Per 100 uomini di 65 anni e oltre si contano 144 donne e all'aumentare dell'età lo squilibrio diventa ancor più accentuato: oltre i 75 anni il rapporto è di 176 donne per 100 uomini. La più alta mortalità che colpisce gli uomini in tutto l'arco della vita giustifica la forte proporzione di donne nelle età anziane: basti pensare che la probabilità per un uomo di raggiungere i 65 anni di età è intorno all'80% e al 90% per una donna.

1.4 IMPOSSIBILE FERMARE IL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO

Il quadro che viene delineato dai livelli e dalle prospettive dell'invecchiamento demografico descrive una situazione del tutto nuova nella storia demografica del paese. Il processo avviato sembra destinato a svilupparsi ulteriormente raggiungendo dimensioni tali da modificare tutti gli equilibri tradizionali. Del resto, non si può neppure sperare che il processo di invecchiamento possa arrestarsi o addirittura invertirsi nel prossimo futuro, perché questo non potrebbe avvenire senza rimettere in discussione gli alti livelli di sopravvivenza raggiunti.

Anche in presenza di consistenti aumenti della fecondità che consentisse di rinforzare le nuove generazioni (ipotesi alta di previsione), il processo non potrebbe arrestarsi in quanto l'andamento favorevole della mortalità nelle età adulte e senili continuerebbe ad alimentare il cosiddetto invecchiamento dall'alto della piramide delle età.

Neppure i flussi migratori, che a volte vengono evocati come l'antidoto più efficiente al processo di invecchiamento, potranno sortire sostanziali effetti. Solo per mantenere costante l'ammontare complessivo della popolazione all'incirca sui livelli attuali ed impedirne il declino numerico che sarebbe prodotto dal saldo naturale negativo, è necessario l'afflusso di circa 50 mila nuovi immigrati all'anno. Per arrestare il processo di invecchiamento sarebbero necessari flussi almeno 10 volte superiori e, questi, non potrebbero essere assorbiti dall'attuale tessuto economico e sociale senza creare gravi problemi di accoglienza ed integrazione.

1.5 LO STATO CIVILE E IL TITOLO DI STUDIO

Dei circa 12 milioni e 650 mila anziani di 60 anni e più registrati nel 1995-1996 (dato medio dei due anni), 7 milioni 200 mila sono rappresentati da donne e 5 milioni 400 mila da uomini. La più alta mortalità che colpisce gli uomini in tutto l'arco della vita fa sì che le donne rappresentino la maggioranza della popolazione anziana e che lo squilibrio diventi più accentuato al crescere dell'età. Se, infatti, la quota di donne sul totale dei coetanei tra i 60 e 64 anni è pari al 52,4%, tra i 65 e i 74, diventa del 56,2% e, a partire dai 75, arriva al 62,5%.

Ciò configura percorsi e situazioni di vita differenti tra uomini e donne. Queste ultime, infatti, si trovano, nelle età anziane, a vivere più a lungo da sole rispetto agli uomini; in questo senso, la stessa distribuzione degli anziani per stato civile mette in evidenza uno squilibrio tra i sessi, che è anche il frutto di una maggiore propensione degli uomini soli a risposarsi. È coniugato il 65,4% degli ultraottantenni contro il 14,7% delle ultraottantenni.

Anche se la vedovanza incide più sulle donne che su gli uomini a tutte le età, è soprattutto a partire dai 70 anni che la maggioranza delle donne risulta ormai non più coniugata. Le vedove rappresentano il 19,3% delle donne tra 60 e 64 anni, il 28,5% tra i 65 e i 69 anni, il 75% dagli 80 anni in poi, per un totale di 2 milioni 974 mila vedove. Nelle zone del Nord (dove il processo di invecchiamento della popolazione è più avanzato e maggiore è la presenza dei grandi vecchi) la percentuale di vedove ultrasettantenni è maggiore di quella delle coniugate.

L'attuale popolazione anziana è costituita da quelle generazioni che non hanno conosciuto il boom dell'istruzione: il 22,2% non ha nessun titolo di studio, il 52,2% ha la licenza elementare. Le donne presentano un livello di istruzione più basso degli uomini e così anche, rispetto ai loro coetanei settentrionali, gli anziani che vivono nel Sud e nelle Isole. In quest'ultimo caso il 40,2% non ha conseguito nessun titolo di studio e il 38,8% ha solo la licenza elementare. Se si considerano le donne ultraottantenni nelle Isole, queste non hanno titolo di studio nel 68,3% dei casi.

È inoltre evidente che la situazione peggiora al crescere dell'età sia per gli uomini che per le donne, e in tutte le zone del Paese. Gli anziani diplomati e laureati sono il 10,7% del totale, l'8% nel caso delle donne.

1.6 GLI ANZIANI IN FAMIGLIA

Il benessere degli anziani è molto legato al contesto familiare in cui sono inseriti. Le relazioni all'interno della famiglia, infatti, assumono una rilevanza particolare nel periodo successivo al ritiro dall'attività lavorativa, che porta oggettivamente ad una riduzione di occasioni di contatto sociale (anche a causa della progressiva limitazione dell'autonomia fisica). La famiglia diventa perciò elemento ancora più importante per la qualità della vita dell'anziano, rappresentando il contesto fondamentale entro cui

può presumibilmente continuare ad esercitare un ruolo attivo ricevendo sostegno e, se necessario, una risposta alle proprie esigenze di aiuto e assistenza. In famiglia l'anziano passa la maggior parte delle giornate (considerando il ridursi della mobilità all'aumentare dell'età). Ma uomini e donne nelle età anziane vivono in forme familiari differenti. Si osservano più donne che uomini in quelle situazioni familiari (persone sole, nuclei monogenitore, membri isolati) in cui il rapporto di coppia, anche quando esisteva, si è ormai sciolto. Prevalgono, invece, gli uomini nelle situazioni familiari basate sul rapporto di coppia, con figli o senza figli. In sostanza, gli uomini continuano a vivere con una partner, mentre le donne, se non hanno qualche figlio che si ferma nella famiglia di origine, vivono sole, per poi entrare a far parte, in alcuni casi, della famiglia del figlio.

All'aumentare dell'età, per effetto della vedovanza, cresce la quota di coloro che si ritrovano soli mentre diminuisce la proporzione di coloro che vivono in coppia. Ciò è particolarmente evidente per le donne, che possono contare su una speranza di vita superiore di circa sette anni rispetto agli uomini e che, mediamente, sono più giovani di qualche anno rispetto al coniuge. Questo stesso motivo, accanto ad una maggiore propensione dell'uomo rimasto solo a costruire un nuovo nucleo familiare, spiega perché la quota dei maschi in coppia sia di molto superiore a quella delle femmine in tutte le età anziane.

Con l'età cresce anche la quota dei membri aggregati, cioè delle persone che vivono insieme a uno o più nuclei familiari senza farne parte (l'anziano che vive nella famiglia del figlio sposato, per esempio).

L'aumento è evidente per i grandi vecchi ed è imputabile generalmente all'inserimento dell'anziano nella famiglia dei figli o di altri parenti nel momento in cui diminuisce l'autosufficienza. La maggiore presenza di donne in questo caso è dovuta ad un'età media delle donne più alta degli uomini (e conseguentemente a maggiori problemi di non autosufficienza).

È interessante notare come, tra i 65 e i 74 anni, il 40,3% delle donne vive ancora la fase del «nido vuoto» (cioè, in coppia senza i figli che sono ormai usciti dalla famiglia), mentre, a partire dai 75, quasi la metà vive da sola. Diversamente succede per gli uomini che, fino ai 64 anni, vivono prevalentemente con moglie e figli (50,8%), dai 65 ai 74 vivono soprattutto in coppia senza figli (55,3%) e nella stessa situazione permangono anche dopo il compimento del settantacinquesimo compleanno (57,7%).

1.7 LE FAMIGLIE DI ANZIANI

Il processo di invecchiamento della popolazione ha prodotto non solo un incremento assoluto della popolazione anziana ma anche delle famiglie composte di soli anziani. È molto importante analizzare questo aspetto perché un problema fondamentale che si pone con l'emergere e il crescere delle famiglie di anziani è quello della segregazione generazionale, problema che si acutizza in assenza di relazioni sociali sviluppate.

Nel 1995-1996 le famiglie di cui fa parte almeno un anziano di 60 anni e più sono il 48,2% del totale; quelle con almeno un anziano di 65 anni e più sono il 39%.

Tre milioni e 652 mila famiglie sono composte interamente da persone oltre i 60 anni; se si considerano gli anziani di 65 anni e più, si passa a tre milioni e 59 mila famiglie. Le famiglie composte solamente di persone con 75 anni o più raggiungono il 7,5% del totale; quelle di tutti ultraottantenni il 4,4%.

Le famiglie di anziani sono più presenti nell'Italia nord-occidentale e meno nelle Isole, come effetto dei diversi gradi di invecchiamento della struttura della popolazione delle differenti ripartizioni.

Analizzando la tipologia delle famiglie con anziani e senza anziani si può rilevare che, com'è ovvio, mentre nelle famiglie senza anziani dominano le coppie con figli (66,3%), nelle famiglie anziane, all'opposto, predominano gli anziani soli.

Conclusioni

Da quanto esposto si nota come il progressivo incremento delle persone anziane e vecchie, in prevalenza donne che vivono sole ed in stato di vedovanza, la loro diffusione sul territorio con livelli fortemente differenziati (fra insiemi di comuni, fra centri storici e quartieri periferici delle medie e grandi città) e le loro condizioni di vita, pongono problemi politici ed organizzativi assai complessi ed articolati, per affrontare i quali è necessario disporre di adeguati strumenti di pianificazione e di intervento. In particolare, nelle zone demograficamente depresse, costituite da numerosi comuni di piccola compagine demografica disseminati su un vasto territorio, un processo di invecchiamento rapido ed intenso si accompagna sovente anche ad una scarsità di risorse umane ed infrastrutturali. In questi casi sorgono problemi di non facile soluzione inerenti la gestione del territorio e l'allocazione di risorse, di strutture e di servizi socio-sanitari.

Di fronte a mutamenti così imponenti e differenziati il Paese si troverebbe in difficoltà ove non si intervenisse con provvedimenti atti a ristabilire via via un processo di adattamento dinamico, dal punto di vista individuale e collettivo, dal punto di vista bio-medico ed economico-sociale. La difficoltà del processo consiste, fra l'altro, nel fatto che l'invecchiamento, tanto individuale quanto collettivo, nelle dimensioni attuali, costituisce una assoluta novità nella storia dell'umanità, e che l'Italia si trova in una posizione di assoluta avanguardia senza possibilità quindi di rifarsi ad altre esperienze, se non per piccoli e marginali aspetti.

È innegabile che un fattore preponderante dell'allungamento della vita occorso in questo secolo sia da identificare nel progressivo benessere economico realizzatosi nelle nazioni sviluppate, tra cui l'Italia. È anche realistico pensare che tale fenomeno non si sia ancora arrestato, come si può dedurre dal continuo aumento dell'aspettativa di vita e dal progressivo aumento del numero degli ultracentenari.

Alcune preoccupazioni accompagnano un'evoluzione che, nelle sue linee generali, non potrà che essere positiva. Il processo di semplificazione delle strutture familiari, il ridottissimo numero di figli di queste generazioni rischiano di incrinare la maggiore, e spesso più efficiente, fonte di sostegno degli anziani di domani. Sarà pronta la società a sostituirsi alla rete di sostegno familiare in modo da garantire a questi anziani l'appoggio che, nel bene e nel male, la famiglia ha finora garantito?

2

**STATO DI SALUTE DEGLI ANZIANI
E SERVIZI SOCIO-SANITARI**

La sfida maggiore che si presenta per i prossimi anni alle società civili è essenzialmente la riduzione del divario oggi esistente tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita attiva, priva di disabilità. Gli ultimi 5-7 anni di vita sono, infatti, caratterizzati da un rischio molto elevato di comorbidità e dipendenza. Le prospettive a medio-lungo termine per la riduzione di tale rischio si basano su due fondamentali riscontri: 1) nessuna malattia si identifica con l'invecchiamento normale, e pertanto non è più giustificabile oggi un atteggiamento fatalistico verso la vecchiaia; 2) una consistente percentuale di «molto» anziani – cioè gli ultraottantacinquenni – è in buona salute, senza importanti malattie e pienamente autosufficiente. È evidente che se la percentuale di autosufficienti si potesse spostare dal 15-20% attuale ad almeno il 50-60%, si otterrebbe un formidabile risultato non solo in termini di qualità di vita individuale, ma anche di enorme risparmio di risorse per l'assistenza sanitaria e sociale. Si ipotizza, ad esempio, che un'efficace terapia della demenza di Alzheimer, con la possibilità di posticipare di sei mesi l'insorgenza della disabilità nei pazienti, porterebbe in Italia ad un risparmio di circa 5.000 miliardi di lire sull'assistenza continuativa. È stato detto, e certamente non a torto, che il futuro del Welfare State si giocherà nel prossimo secolo nella capacità delle nazioni di risolvere i problemi dell'assistenza socio-sanitaria agli anziani.

2.1 TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA E BISOGNI EMERGENTI

Al momento, anche per la non completa percezione e conoscenza della reale entità del fenomeno dell'invecchiamento, la riorganizzazione delle strutture sociali e sanitarie è certamente inadeguata rispetto alla straordinaria e rapida evoluzione demografica e alla parallela transizione epidemiologica. Infatti alla fortissima diminuzione delle malattie infettive e parassitarie ha fatto riscontro un parallelo aumento di quelle cronico-degenerative. Oggi il 71% delle morti avviene per tumore o malattia del sistema circolatorio e il 75% delle morti avviene dopo il 70° anno di età. Così, ad esempio, la gravissima carenza di posti letto per la lungodegenza ospedaliera e di strutture per la riabilitazione contribuisce alla cronicizzazione di molte patologie.

Nel settore dell'epidemiologia dell'invecchiamento l'Italia possiede strumenti, strutture e competenze di riconosciuta eccellenza, anche a livello internazionale. Ricordiamo innanzitutto la *struttura organizzativa messa a punto dallo Studio ILSA, del PF Invecchiamento*, per lo studio di oltre 5.000 anziani, che costituiscono un campione randomizzato e quindi rappresentativo della popolazione anziana italiana. Lo Studio ILSA è uno dei maggiori studi epidemiologici europei, in cui vengono studiate prevalenza, incidenza e fattori di rischio delle maggiori patologie croniche invalidanti dell'anziano. La prevalenza delle maggiori patologie croniche invalidanti è elevata, come dimostrato dai dati presentati di seguito, ma il fatto che merita particolare attenzione è l'elevata percentuale di anziani non consapevoli di essere affetti da specifiche patologie. I dati sulla «patologia sommersa» sono forse i più rilevanti dello Studio ILSA da un punto di vista di sanità pubblica. In circa il 40% dei casi di ipertensione, e nel 30% dei casi di infarto gli anziani non erano a conoscenza di essere affetti da tale patologia.

Nei casi di demenza iniziale, soprattutto nei maschi di età inferiore ai 75 anni, si è visto che molto spesso i conviventi non erano a conoscenza della patologia del familiare e, quindi, della imminente richiesta di assistenza alla quale saranno sottoposti nel prossimo futuro per assistere l'anziano che, con la progressione della demenza, diventerà sempre più dipendente. Queste percentuali di «patologia sommersa» sono superiori a quelle riscontrate, per esempio, negli Stati Uniti o in Svezia, dove comunque si è già partiti da diversi anni con progetti longitudinali che permettono il monitoraggio costante dei gruppi a più alto rischio di malattia e disabilità.

Lo Studio ILSA rappresenta la prima iniziativa nazionale, condotta su un campione rappresentativo della popolazione anziana, in grado di fornire *stime di prevalenza e di incidenza delle maggiori patologie croniche*, quali la demenza, il parkinsonismo, l'ictus, le polineuropatie periferiche, la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco, le aritmie, le arteriopatie periferiche, l'ipertensione, il diabete.

Queste patologie sono rilevanti non solo per la loro elevata frequenza nella popolazione anziana, ma perché la loro presenza, spesso concomitante, è responsabile in larga parte della elevata richiesta sanitaria e della perdita di autonomia nelle persone anziane. Lo Studio ILSA, quindi, analizza anche l'impatto di queste patologie e dei loro fattori di rischio socio-economici, comportamentali e biologici sulla perdita di autosufficienza nell'anziano. I risultati sulle prevalenze delle patologie croniche investigate sono presentati in Tabella 1.

Tab. 1. - Studio ILSA: prevalenza* (%) di alcune patologie

	Femmine	Maschi
<i>Sistema nervoso</i>		
Demenza	7.1	5.1
Ictus	5.9	7.3
Parkinsonismi	3.0	2.9
Neuropatia distale simmetrica	6.5	6.4
<i>Sistema cardiovascolare</i>		
Angina	6.9	7.8
Infarto miocardico	4.8	10.6
Scompenso cardiaco	7.3	5.3
Aritmia	20.2	24.7
Iipertensione	62.7	54.8
Arteriopatia periferica	4.5	7.4
<i>Sistema endocrino</i>		
Diabete	13.5	12.8

* Tassi di prevalenza standardizzati per età e sesso sulla popolazione italiana

Oltre il 6% dei partecipanti è affetto da demenza, il 7% da infarto miocardico, il 22% da aritmia, il 60% da ipertensione, il 13% da diabete. Questi dati sono basati su una valutazione oggettiva dello stato di salute, secondo criteri clinici standardizzati e derivano da un campione rappresentativo di tutta la popolazione anziana italiana.

I dati dello studio ILSA dimostrano inoltre che con l'avanzare dell'età aumentano generalmente sia la prevalenza che l'incidenza delle maggiori patologie croniche - demenza, diabete, ipertensione, cardiovasculopatie di origine arteriosclerotica, scompenso cardiaco, broncopatia cronica ostruttiva ecc. -. Queste malattie sono frequentemente associate tra loro e creano un quadro clinico molto complesso da trattare. La polipatologia è, quindi, il quadro dominante dell'età avanzata, soprattutto dai 75 anni

in poi (Figura 1). In questa fascia d'età aumenta anche notevolmente il rischio di non autosufficienza (Figura 2). È questo il quadro che porta alla definizione di *'anziano fragile'*, ossia di una persona che di solito ha più di 75 anni ed è caratterizzata da un aumentato rischio di polipatologia e non autosufficienza.

Sulla base dei dati demografici ed epidemiologici si può ipotizzare che attualmente almeno un milione di persone anziane abbiano necessità di interventi di assistenza continuativa - sociali o sanitari o sociali e sanitari assieme. Questo numero sarà destinato a raddoppiare nel giro di vent'anni se si realizzeranno le previsioni demografiche riportate nel capitolo precedente. Il fabbisogno assistenziale varia ovviamente in rapporto al deficit funzionale e deve essere, quindi, calcolato non solo sul numero assoluto degli anziani presenti in una data area, ma sulla prevalenza degli anziani aventi necessità di assistenza continuativa. Tuttavia dati di prevalenza di questo tipo sono in gran parte mancanti nelle singole regioni italiane.

La comparsa delle malattie croniche invalidanti è sicuramente condizionata da fattori genetici, biologici, ambientali e sociali. Ad esempio, lo Studio ILSA ha dimostrato che alcune caratteristiche socio-economiche, come il tipo di attività lavorativa (Figura 3) e la scolarità, o biologiche, come la terapia estrogenica nella donna (Tabella 2), possono ridurre significativamente il rischio di comparsa della demenza di Alzheimer o di altre importanti patologie cronico - degenerative. In base a questi ed a molti altri dati epidemiologici non appare assolutamente giustificato un approccio fatalistico nei confronti delle patologie dell'anziano, perché anche nelle fasce di età più avanzate risultano efficaci - in qualche caso, come nella terapia antiipertensiva, ancora più efficaci che nell'adulto - programmi di prevenzione di molte malattie.

Tab. 2. - Studio ILSA: terapia estrogenica sostitutiva (ERT) e demenza

	Demenza si (n=128)	Demenza no (n=1461)	OR (95% CI)	p
ERT si	2,7%	97,3%	0,30 (0,12 - 0,76)	0,007 (0,07*)
ERT no	8,2%	91,8%		

* p corretta per età ed istruzione

Fonte: Baldereschi et al. Neurology, in press

La fragilità dell'anziano è alla base dell'instabilità delle sue condizioni di salute. Le cause più varie - stress psichici, scadimento delle condizioni socio-economiche, ospedalizzazione improprie, trattamenti inadeguati ecc. - possono facilmente tradursi in gravi scompensi generali con la comparsa di patologie importanti, spesso determinanti quadri di dipendenza più o meno grave. Da ciò derivano alcune conclusioni rilevanti di seguito riportate.

Il momento critico da cui dipende l'autosufficienza dell'anziano è sempre il peggioramento delle condizioni di salute. Quando ciò si verifica, sono gli interventi sanitari tempestivi che debbono, comunque, avere un ruolo prioritario nella gestione dell'anziano fragile, in quanto i trattamenti curativi e riabilitativi sono il mezzo più efficace per ridurre il rischio di perdita dell'autonomia personale. Nell'anziano, quindi, le strategie di *prevenzione terziaria assumono un'importanza del tutto particolare*.

Le patologie senili riconoscono, tuttavia, come importanti fattori di rischio anche condizioni ambientali o socio-economiche. Ne deriva che gli *interventi di assistenza continuativa debbono essere anche di pertinenza del comparto sociale*.

Il continuo miglioramento delle condizioni socio-economiche nelle nazioni sviluppate ha avuto un'importanza fondamentale nell'allungamento dell'aspettativa di vita e nella lenta ma progressiva riduzione della prevalenza della non autosufficienza. *Al contrario lo scadimento delle condizioni socio-economiche di una popolazione ha*

avuto sempre ripercussioni negative sulla salute della stessa, prima di tutto sulla fascia più debole - gli anziani. Il peggioramento del tenore di vita si è costantemente tradotto in una riduzione dell'aspettativa di vita ed in un aumento dell'incidenza di molte patologie e, in ultima analisi, della spesa sanitaria. Lo stretto rapporto esistente tra condizioni socio-economiche e stato di salute della popolazione anziana testimonia la necessità di un approccio globale - e non orientato esclusivamente verso obiettivi di carattere economico - quando ci si appresta ad affrontare i complessi problemi che oggi caratterizzano le società del mondo occidentale.

La coesistenza di fattori sanitari, socio-economici, psicologici ed ambientali alla base della salute dell'anziano giustifica una strategia basata, da una parte, sulla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) e sull'intervento globale realizzato dall'Unità Valutativa Geriatrica (UVG) e, dall'altra, sulla piena integrazione tra comparto sociale e sanitario.

La Tabella 3 presenta la percentuale di partecipanti con diversi livelli di disabilità nelle comuni attività della vita quotidiana (ADL), secondo il loro stato di convivenza.

Tab. 3 - Studio ILSA: Prevalenza (%) di disabilità secondo lo stato di convivenza dei partecipanti

	Femmine			Maschi		
	Solo	Con ultra 65enne	In Istituto	Solo	Con ultra 65enne	In Istituto
Autosufficiente	73	67	33	77	68	41
Lieve Disabilità	19	20	16	13	19	29
Grave Disabilità	6	12	35	8	10	21
Non Autosufficiente	2	1	16	2	3	9

Informazioni sulla necessità di assistenza per gli anziani disabili, in base alla disponibilità di supporto familiare, sono indubbiamente fondamentali nella valutazione dei bisogni sul territorio. Nella tabella 3, per esempio, vediamo che il 33% delle donne ed il 41% dei maschi istituzionalizzati è totalmente autosufficiente e potrebbe essere mantenuto a casa, probabilmente con soli interventi di carattere sociale. Al contrario, il 21% delle donne ed il 23% dei maschi con grave disabilità o totalmente non autosufficiente vive solo o con un'altra persona pure ultrasessantacinquenne. Solo in una piccola percentuale di casi questi individui ricevono qualche forma di assistenza domiciliare. Da questi dati risulta evidente l'unicità e la rilevanza dello Studio ILSA come fonte di dati essenziali per la pianificazione di interventi sociali e sanitari per gli anziani.

Sempre nell'ottica di una corretta allocazione delle risorse e pianificazione dei servizi sanitari, risultano di fondamentale importanza i dati ILSA relativi al ricorso all'ospedalizzazione per ciascuna patologia in studio. Tali dati sono stati sintetizzati nelle Figure 4 e 5.

Complessivamente, tutte le malattie età-correlate indagate dallo studio ILSA risultano avere un'alta percentuale di ospedalizzazione, ad ulteriore dimostrazione di come gli ultrasessantacinquenni siano i maggiori fruitori dei servizi sanitari.

Come si può vedere dalla Figura 4, per alcune patologie, per lo più ad andamento cronico progressivo, il ricovero ospedaliero risulta più frequente nella fascia di età 65-69, per poi diminuire nella fascia 70-74 anni e quindi riaumentare nelle età successive. Questo andamento sembra rispecchiare le attuali esigenze di ospedalizzazione nelle prime fasi di malattia per la definizione diagnostica e la messa a punto delle terapie. Dopo un intervallo di relativo benessere, tali patologie richiedono nuovamente l'ospedalizzazione per l'aggravarsi del quadro clinico.

Altre malattie, quali l'ictus, l'infarto miocardico, le aritmie cardiache, l'ipertensione

arteriosa e il diabete con le loro complicanze, mostrano invece un incremento costante del tasso di ospedalizzazione all'aumentare dell'età (Figura 5).

Le diverse patologie, dunque, sembrano avere un diverso andamento delle richieste di prestazioni sanitarie, e ciò dovrebbe essere preso in considerazione in ambito di programmazione sanitaria.

2.2 IL CONSUMO DI FARMACI

Il consumo di farmaci, insieme con il ricorso ai servizi sanitari, è una delle discriminanti più consistenti tra anziani e persone in età attiva; i primi, infatti, consumano farmaci in un rapporto quasi di tre ad uno rispetto alla popolazione al di sotto dei 60 anni. Nel 1996, il 65,6% degli anziani ha assunto farmaci nei due giorni precedenti la rilevazione, contro il 23,5% del resto della popolazione. Nella stragrande maggioranza dei casi (96,1%) e comunque in misura nettamente superiore al resto della popolazione (81%), tali farmaci vengono prescritti agli anziani dal medico curante. Al crescere dell'età la quota di coloro che assumono farmaci tende a crescere, e così anche le persone che si affidano al consiglio del medico. Se tra i 60 ed i 64 anni prendono farmaci il 53,6% degli anziani, per gli ultrasessantatrenni questo valore sale al 76,9%; se, inoltre, i primi seguono le prescrizioni di un sanitario nel 94,6% dei casi, gli altri raggiungono una quota del 96,7%, anche per effetto del crescente peso all'aumentare dell'età delle patologie più gravi e, quindi, meno risolvibili attraverso l'autoprescrizione.

2.3 LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Nel 1994, in Italia, tra la popolazione ultrasessantenne residente si sono verificati 479.647 decessi, di cui 234.997 di maschi e 244.650 di femmine.

Per i maschi, come si evince dalla tabella 4, i decessi sono principalmente dovuti a *malattie del sistema circolatorio* (100.008 casi), ai *tumori* (75.157 decessi) e alle *malattie dell'apparato respiratorio* (19.372 casi).

Anche per le donne l'ordine gerarchico delle prime tre cause di decesso è il medesimo: hanno una netta prevalenza le *malattie del sistema circolatorio* con 127.447 casi, i *tumori* con 52.971 casi e le *malattie dell'apparato respiratorio* (12.714 casi). Sono, però, quarte in graduatoria le *malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari* (10.780 casi), patologie che tra gli uomini sono precedute dalle *cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti*.

Le prime tre cause di decesso hanno determinato oltre l'80% dei decessi di tutta la popolazione ultrasessantenne.

Per quanto riguarda le *malattie del sistema circolatorio* si può rilevare, tra gli uomini, come al loro interno siano state le *malattie ischemiche del cuore* a mietere più vittime (circa il 35%), e come il loro peso abbia ceduto il predominio ai *disturbi circolatori dell'encefalo* e alle *malattie del circolo polmonare* solo nelle ultime due fasce di età.

Tra le donne ultrasessantenni, il sottogruppo delle *malattie del sistema circolatorio* che ha avuto nel complesso il peso dominante è stato quello dei *disturbi circolatori dell'encefalo*, ma, fino ai 75 anni, come per gli uomini, hanno prevalso le *malattie ischemiche*.

Per quanto riguarda i *tumori*, per entrambi i sessi il primo posto appartiene alle patologie maligne dell'*apparato digerente*, che hanno determinato tra le donne circa il 45% del totale dei decessi per tumore, e tra gli uomini oltre il 34%. Al secondo posto per gli uomini ci sono i *tumori maligni dell'apparato respiratorio*, il cui peso è stato

predominante nelle tre fasce d'età meno anziane. Interessante, sempre per gli uomini, è anche l'andamento crescente con l'età del peso dei *tumori maligni degli organi genitourinari*. Al secondo posto, per le donne, ci sono alcune patologie tipiche femminili: i *tumori maligni della mammella, dell'utero, delle ovaie e degli altri annessi uterini*. Quest'ultime cause hanno determinato oltre il 23% dei decessi per tumore delle ultrasessantenni, colpendo soprattutto le fasce d'età meno anziane, tanto da costituire oltre il 37% dei tumori nella fascia d'età 60-64 anni e il 32% della fascia d'età 65-69 anni, e continuando a mantenere un peso rilevante anche nelle età più anziane.

Tab. 4 - Decessi (valori assoluti) nella popolazione ultrasessantenne residente, per classi di età, sesso e principali gruppi di cause di decesso e peso (valori percentuali) di alcuni sottogruppi di cause sul gruppo principale
Italia 1994

Cause di decesso	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 >	Totale
<i>Maschi</i>								
Tutte le cause	23.640	34.306	42.402	36.203	50.032	32.324	16.090	234.997
Malattie del sistema circolatorio	7.304	11.388	15.736	15.318	24.110	17.012	9.219	100.087
Malattie ischemiche del cuore	51,0	47,3	43,3	36,1	30,6	25,2	21,4	35,1
Disturbi circolatori dell'encefalo	19,0	21,7	24,8	29,5	32,8	33,7	28,2	28,5
Malattie del circolo polmonare ed altre malattie del cuore	18,4	18,7	19,1	20,1	22,7	26,7	34,0	22,7
Altre malattie del sistema circolatorio	5,9	6,5	6,9	7,1	7,4	8,0	10,8	7,5
Malattia ipertensiva	4,7	5,1	5,3	6,1	6,3	6,2	5,6	5,8
Tutti i Tumori	11.113	15.410	16.720	11.605	12.451	5.981	1.877	75.157
Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	33,3	33,7	34,4	35,4	35,9	35,8	37,3	34,7
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi infratoracici	39,5	38,6	34,7	29,2	22,6	18,5	13,9	31,5
Tumori maligni degli organi genitourinari	9,4	11,4	14,8	19,0	23,9	28,9	29,2	17,0
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	6,0	5,7	6,1	6,9	7,3	6,6	7,1	6,4
Malattie dell'apparato respiratorio	904	1.829	2.917	3.297	4.994	3.548	1.883	19.372
Malattie croniche dell'apparato respiratorio	61,0	65,9	66,6	70,1	67,6	64,3	55,2	65,6
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	638	937	1.106	1.000	1.252	712	230	5.875
Diabete Mellito	83,5	89,0	92,3	92,5	93,2	92,8	86,5	90,9
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	1.003	1.150	1.216	1.040	1.475	1.020	538	7.442
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	317	470	732	759	1.054	548	220	4.100
<i>Femmine</i>								
Tutte le cause	11.542	18.283	29.418	32.157	57.654	54.405	41.191	244.650
Malattie del sistema circolatorio	3.017	5.950	11.661	15.676	31.995	33.012	26.136	127.447
Malattie ischemiche del cuore	33,8	34,7	33,1	29,1	26,2	22,6	18,5	25,2
Disturbi circolatori dell'encefalo	27,4	28,7	31,2	34,8	35,2	34,7	30,1	33,1
Malattie del circolo polmonare ed altre malattie del cuore	22,2	21,5	21,1	21,7	23,4	26,6	34,1	25,9
Altre malattie del sistema circolatorio	4,2	3,8	4,1	4,6	5,8	7,2	9,7	6,5
Malattia ipertensiva	8,9	8,8	8,9	8,7	8,8	8,6	7,5	8,5
Tutti i Tumori	5.800	7.817	10.272	8.206	10.702	6.946	3.210	52.971

segue: Tab. 4

Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	32,5	36,6	39,5	42,7	46,5	49,3	49,2	42,1
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi infratoracici	10,2	10,9	10,0	9,4	7,3	6,2	5,4	8,7
Tumori maligni degli organi genitourinari	14,5	13,5	14,4	13,6	1,32	12,2	11,4	13,4
Tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	7,8	8,4	9,0	9,5	8,8	8,3	6,6	8,6
Tumori maligni della mammella della donna	22,8	18,5	15,1	12,8	12,1	11,6	13,6	14,9
Tumori maligni dell'utero, delle ovaie e degli altri annessi uterini	11,5	10,0	10,0	8,6	7,6	6,7	5,5	8,7
Malattie dell'apparato respiratorio	311	580	1.099	1.539	3.036	3.256	2.893	12.714
Malattie croniche dell'apparato respiratorio	49,5	58,1	57,9	56,8	52,2	47,9	38,6	49,3
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	505	969	1.725	1.795	2.720	2.050	1.016	10.780
Diabete Mellito	86,3	88,1	92,2	92,4	93,8	93,5	90,9	92,1
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	379	482	768	886	1.856	2.138	1.674	8.183
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	249	467	755	808	1.352	1.035	628	5.294

Fonte: Istat, Rilevazione delle cause di morte, anno 1994

2.4 STATO DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

Su iniziativa della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), nel giugno del 1988 si tenne presso la Sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del S. Cuore il Convegno «Non autosufficienza dell'Anziano: strategie operative e sistema nazionale a confronto». In quella occasione si pose l'accento, per la prima volta nel nostro Paese, sulla prevenzione della «fragilità» dell'anziano, sul valore dell'Unità Valutativa Geriatrica (UVG), sull'importanza di strutture residenziali adatte per ospitare anziani non autosufficienti e sulla necessità di una formazione specifica per gli operatori del settore. Quei concetti costituirono, poi, il razionale del Progetto Obiettivo Tutela della Salute dell'Anziano (P.O.S.A.) avviato dal Ministro della Sanità dell'epoca, successivamente approvato in sede parlamentare nel gennaio del 1992 ed, infine, inserito nel Piano Sanitario Nazionale 1994-1996.

Qualsiasi genere di programmazione – soprattutto in settori particolarmente delicati come sono quelli dell'assistenza sanitaria e sociale – dovrebbe essere fondato su un soddisfacente livello di conoscenza dell'esistente. Il P.O.S.A. nella versione approvata da Camera e Senato nel gennaio 1992 a questo proposito specificava, nelle azioni da compiere, la necessità di «attivare, anche in collaborazione con altri progetti nazionali aventi analoghi obiettivi (per esempio Progetti Finalizzati del CNR), n. 4 osservatori permanenti...». Lo stesso documento sottolineava, inoltre, una diversità di impostazione tra medicina tradizionale – il cui obiettivo è la guarigione della malattia – e la medicina geriatrica – la cui priorità è l'ottimizzazione della qualità della vita e aggiungeva che «tale problematica è stata pienamente accolta nel Progetto Finalizzato Invecchiamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche, che dedica al problema della qualità della vita degli anziani un intero sottoprogetto, articolato in diverse linee di ricerca». L'edizione del P.O.S.A., riproposto in forma più sintetica nel Piano Nazionale 1994-1996, riconfermava, tra le varie azioni proposte, quella di «attivare osservatori permanenti esterni al

- 4 - Servizio Sanitario Nazionale su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani con l'obbligo di produrre annualmente un rapporto.

L'unico «osservatorio» che autonomamente ha raccolto, con metodologie rigorosamente scientifiche, dati rappresentativi di tutta la popolazione anziana in Italia in relazione agli aspetti demografici, epidemiologici ed assistenziali è stato sinora il PF Invecchiamento del CNR.

Unità di valutazione geriatrica

L'Unità di Valutazione Geriatrica è stata istituita con relativi provvedimenti in Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia. È stato rilevato, comunque, che non sempre al momento programmatico ha fatto seguito quello della verifica dell'attivazione di questo servizio a livello locale (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania).

In una ricerca condotta nel 1995 nell'ambito del PF Invecchiamento su 61 USL che avevano istituito un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata solo nel 57,3% viene condotta una Valutazione Multi-Dimensionale (VMD) da parte dell'UVG. Inoltre, l'analisi degli strumenti di VMD impiegati e dell'organico delle UVG depone per un quadro estremamente eterogeneo delle realizzazioni in questo settore (Tabelle 5, 6, 7).

Tab. 5. - **Figure professionali che effettuano la valutazione del caso**

	Numero totale	Percentuale
U.V.G. Collegialmente	35/61	57,3
Assistente sociale	32/61	52,4
Medico di distretto	22/61	36,0
Infermiere professionale	16/61	26,2
Geriatra	15/61	24,5
Medico di base	17/61	27,8
Altra figura medica	7/61	11,4

Fonte: Abate G, Bavazzano A, Di Iorio A. Assistenza domiciliare integrata: indagine conoscitiva sulla situazione nazionale. CNR - PFI. Roma 1995).

Tab. 6. - **Valutazione e strumenti**

	Numero totale	Percentuale
Effettuano la valutazione	56/61	91,8
Non effettuano la valutazione	5/61	8,1
Strumento specifico*	38/61	62,2

* GEFI (6 casi), AGED (5 casi), BINA (5 casi), SYAD (4 casi), CCR (2 casi), GERONTE (1 caso). Dato non rilevato in 15 casi. Fonte: Abate G, Bavazzano A, Di Iorio A. Assistenza domiciliare integrata: indagine conoscitiva sulla situazione nazionale. CNR - PFI. Roma 1995).

Tab. 7. - **Composizione dell'UVG**

	Numero totale	Percentuale
<i>Figure mediche</i>		
Geriatra	42/61	68,8
Altri	19/61	31,1
Medico di base	14/61	22,9
Fisiatra	13/61	21,3

segue: Tab. 7

<i>Altre figure professionali</i>		
Infermieri	45/61	73,7
Assistenti sociali	44/61	72,1
Fisioterapisti	21/61	34,4

Fonte: Abate G., Bavazzano A., Di Iorio A. Assistenza domiciliare integrata: indagine conoscitiva sulla situazione nazionale. CNR - PFI Roma 1995).

Facendo ricorso – contrariamente a quanto raccomandato a più riprese nelle linee guida ministeriali – ai più svariati strumenti di VMD, alcuni dei quali mai validati scientificamente, diventa praticamente impossibile fare analisi comparative tra le varie esperienze effettuate e, tanto meno, controlli di qualità sui risultati ottenuti.

Servizio di assistenza domiciliare integrata

Il rapporto 1996 del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità riporta che il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stato avviato in alcune AUSL, in gran parte situate nel Nord Italia, mentre in altre non è stato neppure progettato. In nessun caso, tuttavia, si riesce ad avere una qualche informazione sull'entità delle richieste soddisfatte rispetto alle domande inevase. Anche sulla base dei dati riportati dal PF Invecchiamento, si ha l'impressione che la situazione attuale non sia molto diversa da quella rilevata in uno studio della Comunità Europea del 1991, dove risulta che la percentuale di interventi di assistenza domiciliare rispetto al numero di ultrasessantacinquenni risulta di gran lunga inferiore nel nostro Paese rispetto alle altre nazioni dell'Unione Europea (Figura 6).

Sperimentazione di modelli innovativi di assistenza domiciliare integrata

Il P.O.S.A. aveva, tra i vari obiettivi, quello di sperimentare modelli innovativi di ADI. Il PF Invecchiamento ha cercato di rispondere in tal senso, sperimentando in Italia soluzioni che si erano dimostrate molto valide in altre nazioni. Sono state, quindi, condotte ricerche in diverse AUSL dell'Italia Settentrionale e Centrale da parte di vari gruppi di ricerca sperimentando il modello attuato in Canada, basato sull'integrazione tra comparto sociale e sanitario e sull'utilizzazione dell'UVG e del case-manager o coordinatore del caso. Le sperimentazioni sono state precedute da un periodo di formazione del personale – medici di medicina generale (MMG), infermieri e/o assistenti sociali – incaricato di eseguire la VMD. Si sono, inoltre, concordati protocolli per ottenere l'integrazione tra Comune e AUSL ed arrivare ad una soddisfacente collaborazione tra i vari operatori coinvolti nell'assistenza all'anziano non autosufficiente. Utilizzando esclusivamente il personale in organico e, quindi, senza spese aggiuntive, ma solo applicando un diverso modello organizzativo, si sono ottenuti notevoli risparmi di spesa soprattutto per una riduzione dell'ospedalizzazione (Tabella 8), ed anche significativi miglioramenti della qualità della vita in termini di riduzione del deficit funzionale, dello stato di depressione e del deficit cognitivo.

Questi risultati dimostrano l'ampio margine esistente per un'effettiva razionalizzazione – cioè per una reale ottimizzazione del rapporto costo/efficacia – della spesa sanitaria per gli anziani nel nostro Paese.

Tab. 8 - **Effetto dell'utilizzo del case-manager sulla spesa sanitaria**
(in lire)

	Trattati¹⁾ (n=99)	Controlli (n=100)	Differenza
Ospedale	447.000.000	688.000.000	- 241.000.000
RSA	163.050.000	318.150.000	- 155.100.000
A.D. di base	166.600.000	215.096.000	- 48.496.000
A.D. infermieristica	21.344.000	19.760.000	+ 1.584.000
Case Manager	100.000.000	=	+ 100.000.000
Totale	897.994.000	1.241.006.000	- 343.012.000

¹⁾ Controlli: anziani lasciati nell'organizzazione precedente; trattati: anziani assistiti con la nuova organizzazione.

Fonte: Bernabei R. e coll. - Congresso Mondiale di Geriatria, Adelaide, agosto 1997.

Residenze Sanitarie Assistenziali

Il divario che ci separava dagli altri Paesi Europei in termini di disponibilità di posti letto in strutture residenziali per anziani non autosufficienti nel 1991 non è probabilmente modificato ed è sostanziale, come illustrato in Figura 7.

Comunque, come riferito nella Relazione sulla condizione dell'anziano del Ministero della Sanità, nell'ambito del Programma straordinario di investimenti un ruolo particolarmente importante è stato svolto dagli interventi (nuove costruzioni, riconversione degli ospedali, ristrutturazioni e completamenti) compiuti per le Residenze assistenziali per anziani. Come riportato in Tabella 1, Allegato 1, su 412 interventi 219 hanno riguardato nuove costruzioni, 48 riconversioni totali o parziali di ospedali, 139 ristrutturazioni e completamenti, cioè interventi su strutture già dedicate all'assistenza agli anziani, e altri 6 interventi, non previsti nelle categorie precedenti, per un totale di 24.141 posti letto sul territorio nazionale. Non risultano presenti nella rilevazione la Valle d'Aosta, la P.A. Bolzano, l'Umbria e la Basilicata, non avendo riservato quote per detti interventi nel primo triennio.

La distribuzione regionale mostra che più del 50% degli interventi sono concentrati in cinque regioni: Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

Da un punto di vista *economico*, sei regioni hanno superato il «valore soglia» del 22,7% previsto dall'articolo 1 del decreto 321/89 quale obiettivo da raggiungere e sono: Piemonte, Lombardia, P.A. Trento, Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

La distribuzione regionale delle percentuali di finanziamento per RSA per anziani rispetto al finanziamento previsto dal CIPE in data 3/8/1990 mostra che la maggior parte delle regioni presentano percentuali superiori al 70% del previsto. Presentano valori inferiori le regioni Marche, Lazio, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna, scostandosi sensibilmente dalla programmazione iniziale (Tabella 2, allegato 1).

Dal punto di vista *demografico*, analizzando gli interventi in base alla popolazione di età > 65 anni presente alla data 1/1/1996, la dotazione regionale di posti letto in RSA mostra un valore nazionale pari a 2,5 p.l. per 1000 anziani. Dalla media nazionale si discostano positivamente il Veneto ed il Piemonte, rispettivamente con 7,2 e 4,1 posti letto per 1000 anziani e, negativamente, tra le regioni che avevano previsto RSA nel programma originario, la Sicilia ed il Lazio, con 0,4 e 0,3 p.l. per 1000 anziani.

Le Tabelle 3 e 4 dell'allegato 1 contengono una serie di informazioni relative a:

- distribuzione dei posti letto finanziati per regione e per tipologia di intervento;
- distribuzione dei finanziamenti per regione e tipologia di intervento;
- mappa della dislocazione delle RSA per anziani finanziate.

La più intensa concentrazione in RSA in un singolo comune si registra nella regione Toscana, comune di Firenze. Molto ricorrenti i comuni con una singola residenza.

Nella seconda fase del Programma straordinario di investimenti ex art. 20 legge 67/1988 e successive modifiche, si prevede il completamento del programma di realizzazione di RSA: *«Le Regioni nel nuovo programma dovranno specificare gli interventi da realizzare, tenuto conto dell'inserimento delle RSA in una rete integrata di servizi, che ottimizzi l'uso dell'esistente e migliori la fruibilità delle attività da parte del cittadino utente anziano o disabile. Pertanto, il nuovo programma dovrà essere definito sulla base dell'analisi specifica dei bisogni attualmente espressi dalla singola azienda, tenuto conto delle peculiari caratteristiche ambientali, sociali, culturali, geomorfologiche del bacino di utenza considerato, nonché dell'offerta di servizi esistente anche in ambito del privato o privato no-profit».*

Gli anziani nei presidi socio-assistenziali

L'assistenza degli anziani al di fuori dell'ambito familiare viene fornita dai presidi socio-assistenziali, ossia da quelle strutture, in prevalenza pubbliche, che svolgono attività socio-sanitarie di tipo residenziale a carattere continuativo o limitato al solo ricovero notturno. Sono assimilati ai presidi i gruppi appartamento, le comunità alloggio, le comunità terapeutiche, le case alloggio, i centri di accoglienza e – in particolare per gli anziani – le case di riposo, le case albergo e le case protette.

Nel 1992 gli assistiti sono risultati 182.979 dei quali 143.927 ospitati nei presidi per soli anziani (Tabelle 9 e 10). A questa tipologia appartengono 2.087 istituti e, a fronte di un tasso di utilizzazione molto prossimo al 100%, sta un tasso di ricambio degli utenti vicino allo zero, se si escludono i decessi. Ciò indica che la maggior parte delle strutture residenziali per persone non autosufficienti raccoglie anziani privi di assistenza e senza possibilità di reinserimento familiare.

Dal 1991 al 1992, considerando il complesso dei presidi, gli assistiti sono diminuiti di 3 mila casi in particolare nella classe di età 60-64 anni. Analizzando invece i presidi solo per non autosufficienti, nell'arco di un anno è aumentato sia il numero di assistiti (da 13.030 a 15.335) sia quello di posti letto (da 13.897 a 16.460). Il 71,9% degli anziani assistiti nei presidi socio-assistenziali è costituito da donne, pari all'1,9% della popolazione femminile anziana.

L'Italia ha un modello di organizzazione sociale fortemente basato sulla famiglia. Questo è uno dei motivi per cui la percentuale di persone residenti in istituti (la cosiddetta popolazione istituzionalizzata) è molto più contenuta che in altri Paesi. È, infatti, la famiglia *in primis* che si fa carico dell'assistenza alle persone non autosufficienti, soprattutto anziane. Il problema della non autosufficienza è molto grave, in quanto presuppone l'esistenza, nella famiglia o nella rete familiare, di persone in grado di seguire i disabili in modo continuativo, data anche la scarsa diffusione delle strutture apposite.

Dai dati del Censimento 1991 emerge che la popolazione istituzionalizzata comprende categorie molto diverse al suo interno, ma nel 65% dei casi è costituita da persone che non hanno un coniuge, un genitore o un figlio. L'85% della popolazione in istituti assistenziali ha almeno 65 anni e uno su tre ha più di 84 anni. Oltre il 96% degli anziani negli istituti assistenziali risulta senza il coniuge; il 51% di loro ha avuto in passato un coniuge ma è, attualmente, vedovo o separato. I problemi affettivi sono dunque molto acuti, perché alla mancanza del coniuge si aggiunge spesso il problema della mancanza o lontananza dei parenti.

Un secondo motivo che può spiegare il ridotto numero di residenti in istituzioni è la carenza dell'offerta, come sottolineato in precedenti paragrafi di questo capitolo: le strutture per anziani (day-hospital, residenze sanitarie, ecc.) sono state previste dal

Piano Sanitario Nazionale solo qualche anno fa, contrariamente a quanto avvenuto in altri Paesi: dunque l'Italia vive ancora una fase progettuale o sperimentale.

Tab. 9 - **Persone di 60 anni e più assistite nei presidi socio-assistenziali per classe di età e sesso**
Anno 1992

CLASSI DI ETÀ	Dati assoluti			Per 100.000 abitanti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
60-64	5.717	5.923	11.610	369,7	340,5	354,2
65-74	13.091	22.316	37.182	573,9	758,3	711,8
60 e più	49.960	131.604	182.979	964,1	1.863,0	1.494,2
75 e più	31.152	103.365	134.157	2.299,7	4.339,9	3.590,6

Fonte: Istat, Statistiche della Previdenza, della Sanità, della Assistenza Sociale

Tab. 10 - **Presidi residenziali socio-assistenziali esclusivamente per anziani, per posti letto, assistiti, giornate di presenza e categoria di assistiti**
Anno 1992

CATEGORIE DI ASSISTITI	Totale presidi	Posti letto	Assistiti al 31/12		Giornate di presenza	
			Totale	di cui femmine	Totale (x 1.000)	Media per assistito
Non autosufficienti	227	16.460	15.335	11.268	5.477	357
Autosufficienti	1.078	37.521	32.995	24.462	11.662	353
Non autosufficienti. e autosuff.	1.502	104.051	95.597	70.481	33.378	349
Totale	2.087	158.032	143.927	106.211	50.517	351

Fonte: Istat, Statistiche della Previdenza, della Sanità, della Assistenza Sociale

Strutture residenziali e non residenziali per l'anziano

Dalle indagini effettuate risultano, in totale, 3.159 strutture con 133.668 posti letto. Le strutture private sono 1.627 (con 59.099 posti letto), quelle pubbliche 1.444 (con 70.363 posti letto) e quelle miste 88 (con 4.206 posti letto).

La suddivisione geografica evidenzia come il maggior numero delle strutture sia dislocato al Nord: 1.983 strutture pari al 63% del totale, mentre 544 sono al Centro e 632 nel Sud e Isole.

Il Piemonte è la regione dove sono più numerose le strutture per anziani: 528, seguita dall'Emilia Romagna con 414 strutture e dal Veneto con 297.

Il Molise, con 21 strutture, e la Campania, con 30, sono invece le regioni dove si registra il minor numero.

Le provincie che risultano avere un numero maggiore di strutture sono Torino con 230 e con 10.630 posti letto, Bologna con 98 e con 3.478 posti letto, Genova con 87 e con 4.252 posti letto, Trieste con 82 (posti letto non pervenuti), Verona con 72 strutture e 4.829 posti letto, Treviso con 46 strutture e 4.645 posti letto.

Le strutture pubbliche sono maggiormente presenti al Nord: 1.030 pari al 71% del totale, mentre al Sud sono solo 158 (pari all'11% del totale nazionale). Infatti al Sud e nelle Isole sono quelle private ad essere più numerose: 458 pari al 28% del totale delle private. Al Centro, invece, non presentano un eccessivo squilibrio tra loro: 256 le pubbliche, contro le 279 private.

In allegato 2, capitolo 2, sono presentati in dettaglio i dati relativi alle strutture residenziali per anziani e non residenziali a gestione pubblica, privata e mista, come risulta dalla Relazione sulla Condizione dell'Anziano del Ministero dell'Interno.

Il ricorso ai servizi sanitari

Come è noto, gli anziani rappresentano la parte di popolazione che ha più necessità di cure mediche e, quindi, ricorre in misura maggiore ai servizi sanitari. Nel 1994, su un totale di dieci milioni circa di ricoveri, quattro milioni riguardavano persone anziane; tali ricoveri hanno totalizzato più del 50% delle giornate di degenza complessiva (la durata media delle degenze è più alta al crescere dell'età e raggiunge i 14-15 giorni di ricovero per le persone che hanno superato gli 80 anni). Anche analizzando i dati sulle visite mediche l'anziano emerge come utente particolarmente assiduo dei servizi, in particolare di quelli pubblici. Più si va avanti con l'età, più aumenta il peso delle visite generiche rispetto a quelle specialistiche. Inoltre, gli anziani in generale si affidano molto di più del resto della popolazione al servizio pubblico anche per le visite specialistiche (Tab. 11).

Queste, infatti, risultano a pagamento per una quota del 37,9% contro il 61,3% della popolazione non anziana. Tale comportamento è espressione delle condizioni economiche meno agiate in cui vive la popolazione anziana e testimonia il ruolo fondamentale che il medico di famiglia assume nell'indirizzo della cura dell'anziano. Va comunque sottolineato che gran parte dell'utilizzo di servizi sanitari da parte degli anziani si concentra tra gli anziani disabili e tra quelli cronici.

Tab. 11 - **Visite specialistiche effettuate a pagamento nelle quattro settimane precedenti l'intervista, per classe di età e sesso. Anno 1994**
(quozienti per 100 visite specialistiche)

	Totale	Maschi	Femmine
Fino a 59	61,3	58,1	63,6
60-64	36,7	37,0	36,3
65-69	39,9	40,1	39,6
70-74	39,0	33,2	43,6
75-79	31,9	32,0	30,3
80 e più	39,9	32,0	45,3
Totale	53,9	50,5	56,6
60 e più	37,9	35,6	39,7
65 e più	38,3	35,6	40,6
75 e più	36,2	32,9	38,9

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari».

Il medico di famiglia

Il medico di famiglia rappresenta normalmente il primo operatore sanitario cui si rivolgono gli individui che hanno problemi di salute. Egli svolge, quindi, un ruolo fondamentale per la prevenzione delle malattie, la loro cura e l'indirizzo dei malati a strutture specializzate.

Sono in particolare gli anziani a ricorrere in primo luogo al medico di famiglia e, tra questi, sono soprattutto le donne ad essere le più assidue; se tra la popolazione fino a 59 anni, la quota di coloro che si rivolge sempre o spesso al medico di famiglia risulta pari al 76,1%, tale valore sale all'87,4% per le persone con almeno 60 anni, all'88,8% per quelle con almeno 65 anni e al 90,7% per quelle ultra settantaquattrenni. Le donne, come si è detto, presentano valori ancora più elevati e superiori a quelli degli uomini fino a 5 punti percentuali.

Un discorso analogo si può fare riguardo al ricorso al medico di famiglia per ottenere indicazioni su uno specialista. Mentre le persone con meno di 60 anni non chiedono mai informazioni al medico di famiglia nell'8,6% dei casi, quelle con almeno 60, 65 e 75 anni si comportano nello stesso modo solo, rispettivamente, nel 4,1%, 3,9% e 3,6% dei casi.

Conclusioni

Qualunque decisione si voglia prendere sull'assistenza agli anziani, si tratta in ogni caso di una decisione che, comunque, non pare essere più dilazionabile. L'urgenza di una riforma del settore sanitario, ma anche assistenziale e dei servizi è ben evidente dall'analisi degli ultimi risultati del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR. Dopo l'avvio nel 1995 della riforma ospedaliera tramite l'adozione del pagamento a prestazione - sistema DRG-ROD - la progressiva riduzione della durata della degenza risulta avvenire contemporaneamente ad una riduzione dei ricoveri degli ultraottantenni e della mortalità intraospedaliera (figure 8, 9, 10). Questi risultati di per sé potrebbero essere espressione di un'aumentata efficienza dell'ospedale. In realtà, si tratta di dati che non debbono essere valutati isolatamente, ma tenendo anche conto delle carenze nella rete di servizi extraospedalieri, sia sociali che sanitari. La riduzione dei ricoveri degli ultraottantenni, verificatasi contrariamente a quanto ci si sarebbe dovuti aspettare in base ai dati demografici ed epidemiologici, può essere, quindi, espressione di un fenomeno di tutt'altra natura, cioè di una forte iniquità sociale, ed è quindi nostro dovere sapere come e dove vengano trattati ed assistiti gli anziani malati che non vengono ospedalizzati e che tipo di assistenza non solo sanitaria, ma anche sociale, si offra all'anziano nella fase terminale di malattia. È opportuno citare a questo punto la necessità di riforma dell'assistenza e dei servizi sociali. Nell'ambito delle politiche sociali la spesa per l'assistenza ha un ruolo residuale e le risorse destinate a questo settore, che già non sono molte, vengono prevalentemente destinate al sistema pensionistico e di assistenza sanitaria. Occorre perciò un incremento ed una ristrutturazione del sistema dei servizi sociali, per cogliere i veri bisogni e dare opportunità di recupero dell'autosufficienza alle fasce sociali più deboli (Relazione finale Commissione Onofrio).

Fig. 1. - Studio ILSA. Numero di patologie diagnostiche

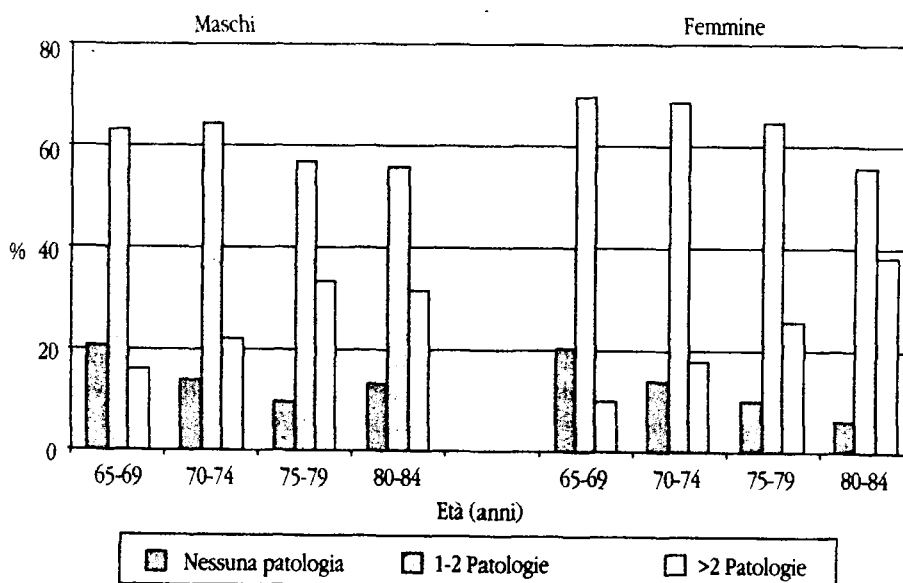
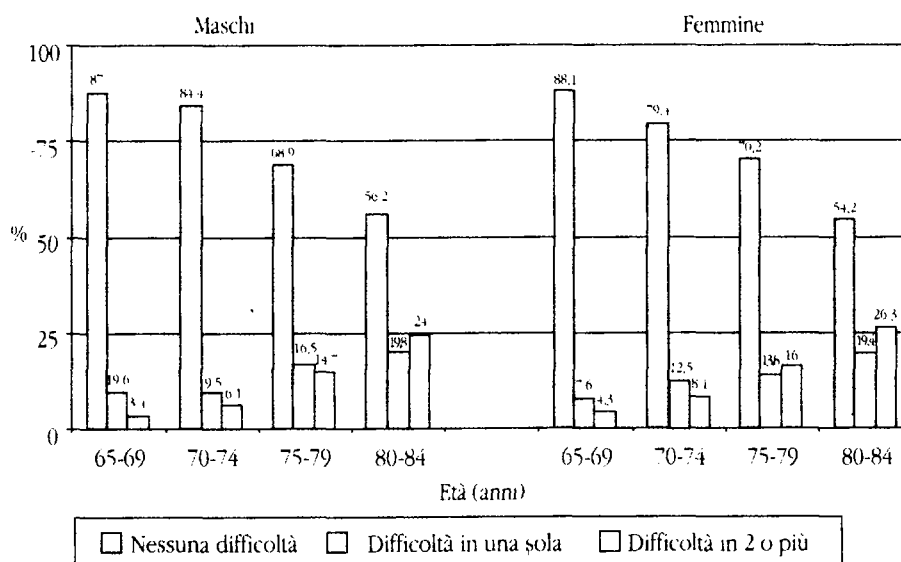


Fig. 2. - Studio ILSA: difficoltà nelle ADL*. Distribuzione percentuale per sesso e classe d'età



* ADL attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, mangiare, andare in bagno, muoversi in una stanza)

Fig. 3. - Studio ILSA - Prevalenza di demenza per settore di attività lavorativa

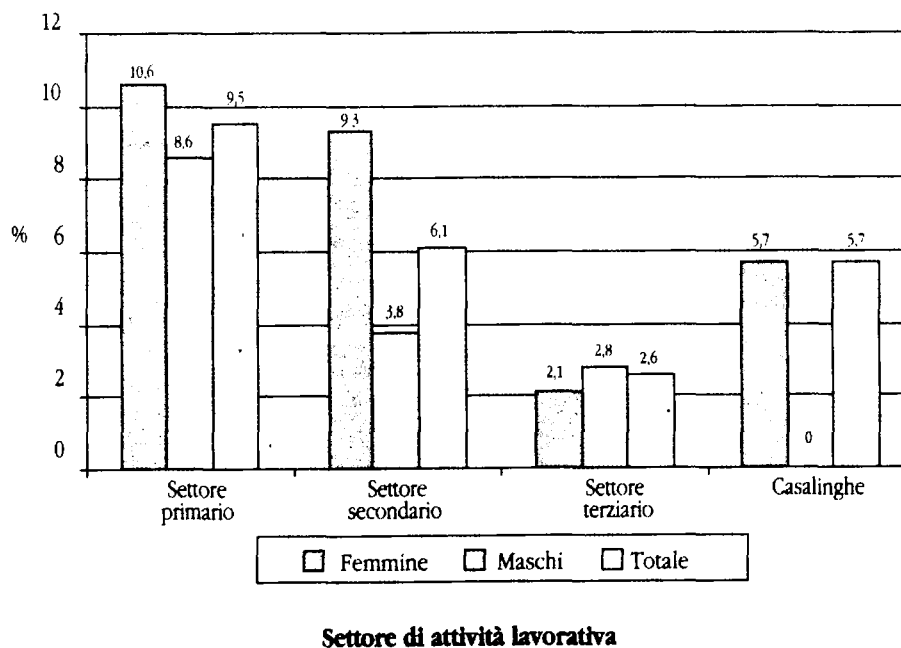


Fig. 4. - Studio ILSA: Soggetti (%) con almeno un ricovero per patologie e classi di età.
Follow-up 2 anni

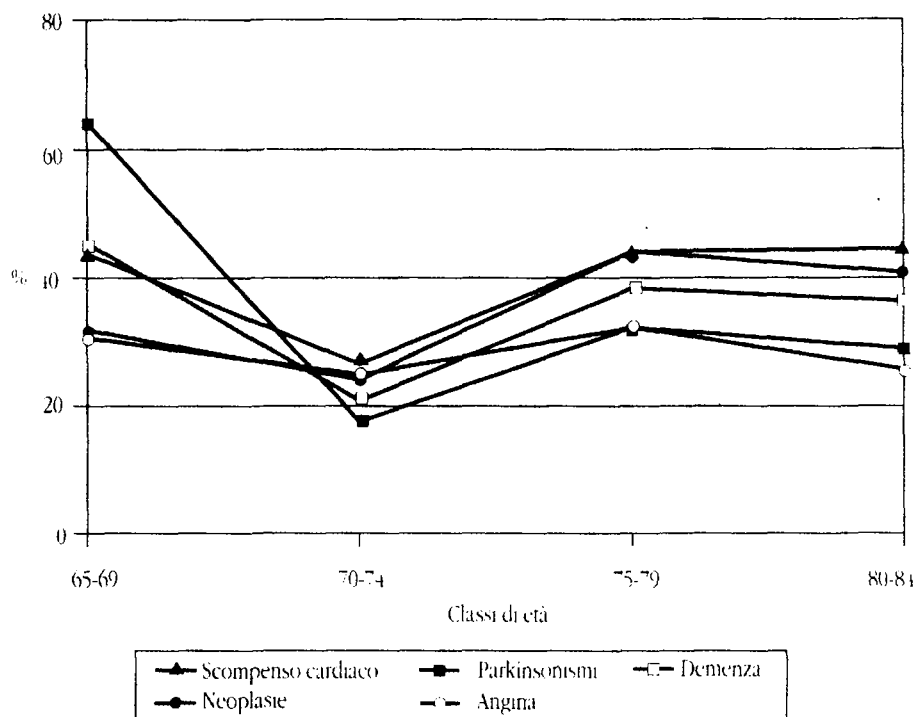


Fig. 5. - Studio ILSA: Soggetti (%) con almeno un ricovero per patologie e classi di età.
Follow-up 2 anni

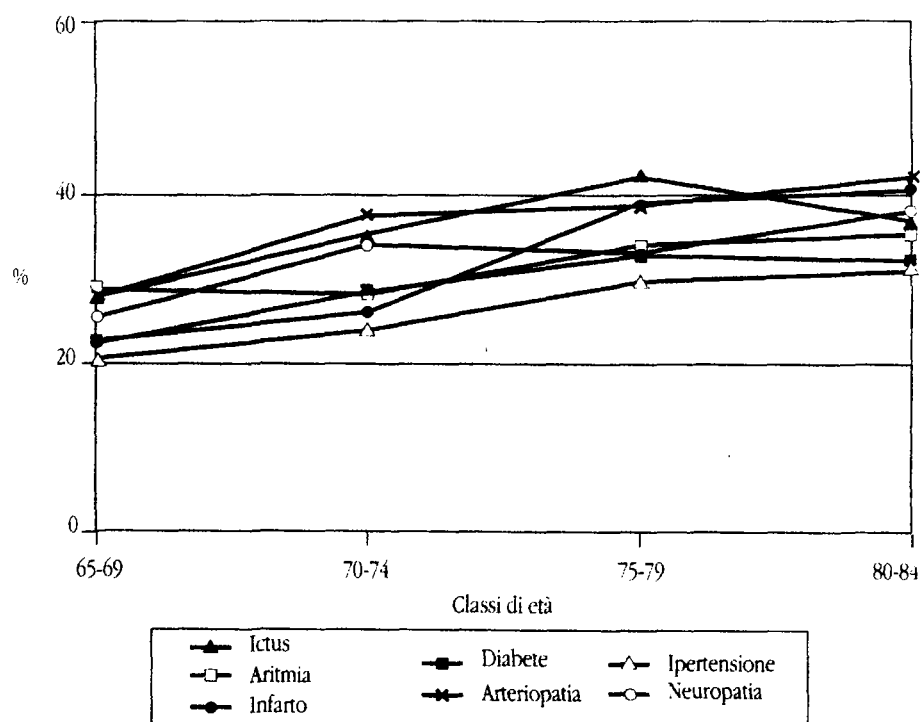
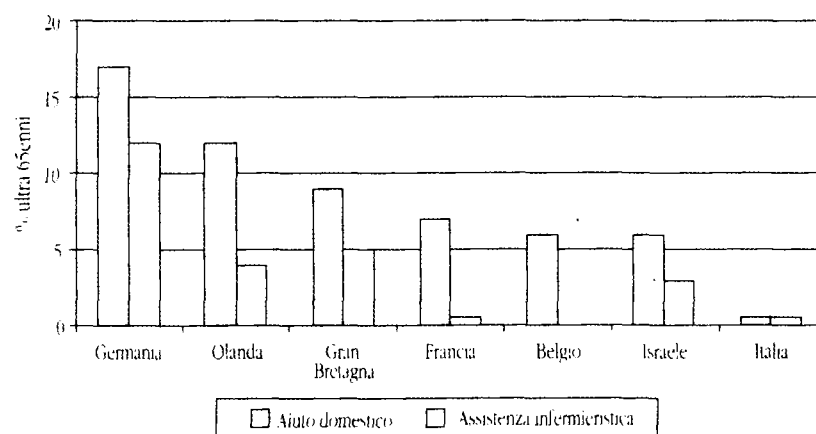
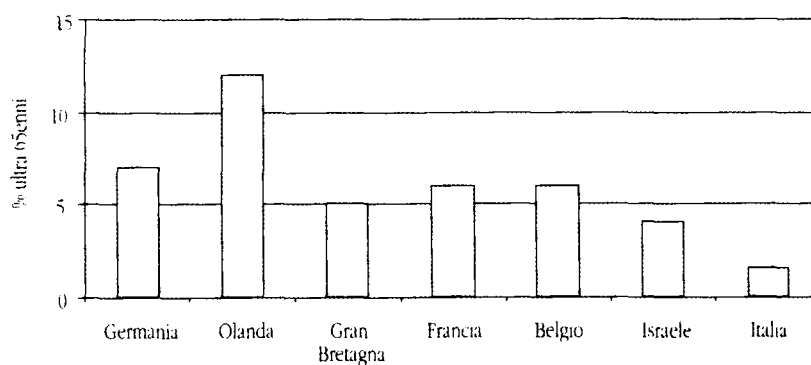


Fig. 6. - Studio GIFA: difficoltà nelle ADL - Interventi di assistenza domiciliare



Fonte: Jamieson A. Home care for elderly people in Europe: A comparison of the European communities' Health services research series, n. 7, 1991

Fig. 7. - Studio GIFA - Disponibilità di posti letto in RSA o altre strutture residenziali



Fonte: Jamieson A. Home care for elderly people in Europe: A comparison of the European communities' Health services research series, n. 7, 1991

Fig. 8. - Studio GIFA - Durata della degenza per anno di rilevazione

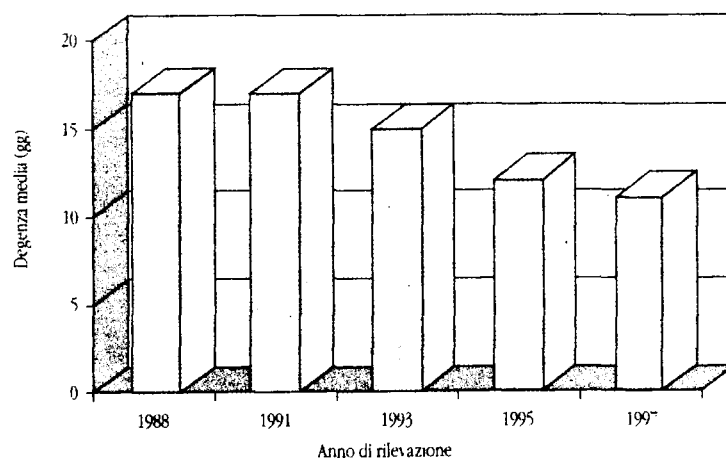


Fig. 9. - Studio GIFA - Classi di età dei pazienti per anno di rilevazione

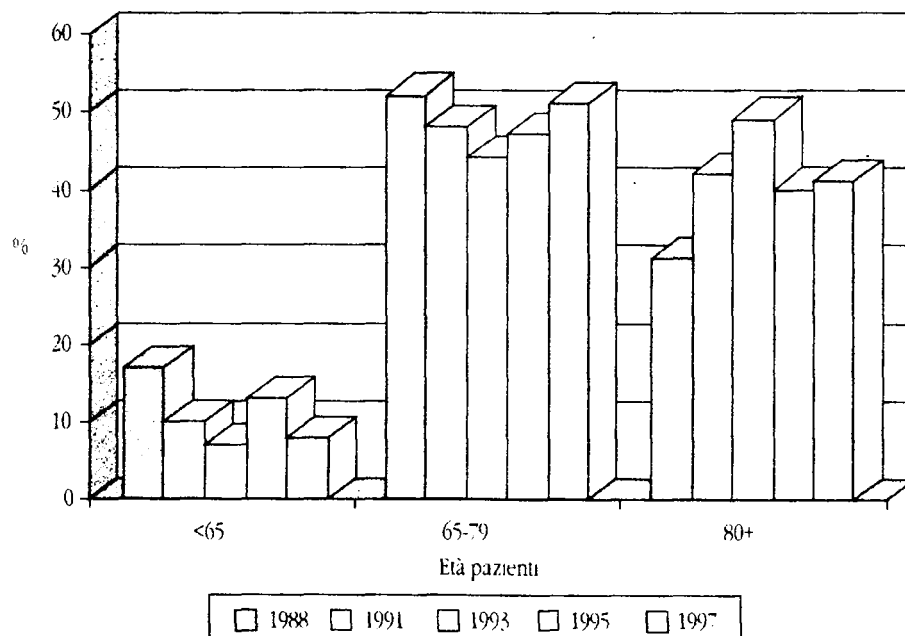
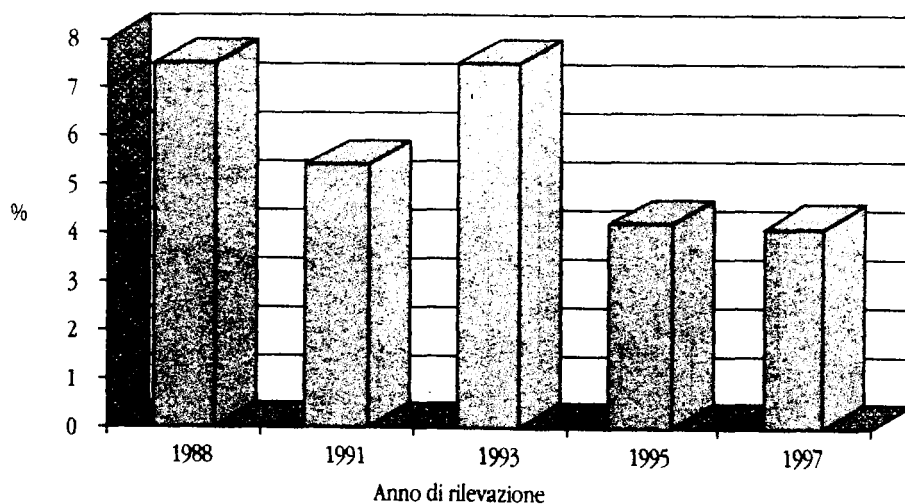


Fig. 10 - Studio GIFA - Mortalità intraospedaliera per anno di rilevazione



ALLEGATO 1

Tab. 1. - Residenze sanitarie assistenziali per anziani

Distribuzione degli interventi per regione e tipologia di intervento

REGIONE	Nuove Costruzioni	Riconversioni Ospedaliere	Ristrutturazioni Complementari	Altro	Totale
Piemonte	37	10	12	1	60
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-
Lombardia	29	7	23	3	62
Prov. Autonomia Bolzano	-	-	-	-	-
Prov. Autonomia Trento	1	1	-	-	2
Veneto	24	4	48	1	77
Friuli Venezia Giulia	1	-	1	1	3
Liguria	3	3	6	-	12
Emilia Romagna	28	3	25	-	56
Toscana	26	5	10	-	41
Umbria	-	-	-	-	-
Marche	8	2	3	-	13
Lazio	4	-	-	-	4
Abruzzo	11	-	1	-	12
Molise	-	-	1	-	1
Campania	12	4	6	-	22
Puglia	14	6	2	-	22
Basilicata	-	-	-	-	-
Calabria	17	-	1	-	18
Sicilia	3	3	-	-	6
Sardegna	1	-	-	-	1
Totale	219	48	139	6	412

Tab. 2. - Residenze sanitarie assistenziali per anziani

Programma straordinario di investimenti in Sanità - Art. 20 legge 67/88 (situazione al 21 marzo 1997)

(dati economici espressi in milioni)

REGIONE	Numero di RSA autorizzate al 21.3.97	Finanziamenti autorizzati per RSA al 21.3.97	Finanziamenti previsti per RSA Del. Cipe 3.8.98 (comprensivi degli autofinanziamenti)	Finanziamenti complessivi autorizzati al 21.3.97	% rispetto al complessivo autorizzato	% rispetto alla previsione per RSA del. Cipe 3.8.98	Numero posti letto	Popolazione anziana di età > 65 anni al 1.1.96
Piemonte	60	226.480	264.200	613.300	37%	86%	3.347	819.705
Valle D'Aosta	-	-	2.600	28.549	-	-	-	21.008
Lombardia	62	342.863	442.710	1.164.881	29%	77%	5.166	1.451.470
Prov. Aut. Bolzano	-	-	-	65.579	-	-	-	65.653
Prov. Aut. Trento	2	18.525	21.300	70.925	26%	87%	180	80.547
Veneto	77	145.198	178.971	562.792	26%	81%	5.364	745.915
Friuli Ven. Giulia	3	19.637	28.200	193.561	10%	70%	220	243.397
Liguria	12	52.743	73.200	328.261	16%	72%	624	385.779
Emilia Romagna	56	180.969	207.402	595.695	30%	87%	2.689	834.799
Toscana	41	170.317	174.452	516.820	33%	98%	1.883	739.649
Umbria	-	-	20.844	126.458	-	-	-	173.748
Marche	13	27.587	66.344	209.613	13%	42%	429	292.167
Lazio	4	20.230	184.324	771.593	3%	11%	212	824.292
Abruzzo	12	47.029	56.230	270.170	17%	84%	418	233.315
Molise	1	475	19.654	91.200	1%	2%	-	62.916
Campania	22	90.825	180.000	1.054.995	9%	50%	924	715.662
Puglia	22	109.973	126.868	749.802	15%	87%	1.303	562.536
Basilicata	-	-	23.381	133.467	-	-	-	98.051
Calabria	18	69.913	73.800	384.333	18%	95%	1.080	308.020
Sicilia	6	30.908	169.600	634.928	5%	18%	302	756.014
Sardegna	1	2.945	51.800	315.861	1%	6%	-	229.890
Totale	412	1.150.807	2.342.888	1.862.705	16%	60%	24.181	8.400.000

Tab. 3 - Residenze sanitarie assistenziali per anziani

Distribuzione degli interventi per regione e tipologia di intervento

REGIONE	Nuove Costruzioni	Riconversioni Ospedaliere	Ristrutturazioni Complementari	Altro	Totale
Piemonte	2.215	572	500	60	3.347
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-
Lombardia	2.360	607	2.015	184	5.166
Prov. Autonoma Bolzano	-	-	-	-	-
Prov. Autonoma Trento	60	120	-	-	180
Veneto	1.678	228	3.442	16	5.364
Friuli Venezia Giulia	60	-	40	120	220
Liguria	160	161	303	-	624
Emilia Romagna	1.342	120	1.227	-	2.689
Toscana	1.180	180	523	-	1.883
Umbria	-	-	-	-	-
Marche	244	80	105	-	429
Lazio	212	-	-	-	212
Abruzzo	378	-	40	-	418
Molise	-	-	-	-	-
Campania	196	204	224	-	624
Puglia	801	382	120	-	1.303
Basilicata	-	-	-	-	-
Calabria	1.020	-	60	-	1.080
Sicilia	152	150	-	-	302
Sardegna	-	-	-	-	-
Totale	12.358	2.804	8.599	380	24.141

Tab. 4 - Residenze sanitarie assistenziali per anziani

Distribuzione dei finanziamenti per regione e tipo di intervento

REGIONE	Nuove Costruzioni	Riconversioni Ospedaliere	Ristrutturazioni Complementari	Altro	Totale
Piemonte	151.240	34.390	37.810	3.040	226.480
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-
Lombardia	169.253	28.642	131.528	13.440	342.863
Prov. Autonoma Bolzano	-	-	-	-	-
Prov. Autonoma Trento	5.700	12.825	-	-	18.525
Veneto	62.674	19.000	61.524	2.000	145.198
Friuli Venezia Giulia	5.225	-	3.420	10.992	19.637
Liguria	13.870	12.065	26.808	-	52.743
Emilia Romagna	106.051	8.421	66.497	-	180.969
Toscana	108.168	27.390	34.759	-	170.317
Umbria	-	-	-	-	-
Marche	16.672	4.049	6.866	-	27.587
Lazio	20.230	-	-	-	20.230
Abruzzo	43.229	-	3.800	-	47.029
Molise	-	-	475	-	475
Campania	44.315	29.015	17.495	-	90.825
Puglia	68.322	35.003	6.648	-	109.973
Basilicata	-	-	-	-	-
Calabria	66.215	-	3.698	-	69.913
Sicilia	17.651	13.257	-	-	30.908
Sardegna	2.945	-	-	-	2.945
Totale	901.760	224.057	401.328	29.472	1.556.617

ALLEGATO 2

Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

TOTALE REGIONI	Gestione pubblica		Gestione privata		Gestione mista		Totale strutture	Totale posti letto*
	Strutture	P. letto*	Strutture	P. letto*	Strutture	P. letto*		
Piemonte	240	7.734	280	9.864	8	1.097	528	18.695
Liguria	72	3.676	91	3.891	1	35	164	7.602
Valle D'Aosta	23	381	8	163	-	-	31	844
Lombardia	160	11.119	119	6.713	4	270	283	18.132
Trentino Alto Adige	62	4.286	18	843	30	1.354	110	6.483
Veneto	200	16.851	93	6.775	4	72	297	23.698
Friuli Venezia Giulia	62	3.460	87	1.238	-	15	156	4.713
Emilia Romagna	211	8.443	194	7.051	9	556	414	16.050
Toscana	127	3.917	166	3.011	1	-	294	6.928
Umbria	17	513	28	888	-	-	45	1.401
Marche	98	2.659	28	667	-	99	133	3.425
Lazio	14	807	57	1.905	1	50	72	2.762
Abruzzo	27	1.638	30	1.496	-	-	57	3.134
Molise	2	63	19	786	-	-	21	849
Campania	-	165	22	873	1	50	30	1.088
Puglia	52	2.183	106	4.758	3	292	161	7.233
Basilicata	7	242	17	579	3	147	27	968
Calabria	10	489	51	2.207	2	12	63	2.708
Sicilia	39	1.505	153	1.238	2	102	194	5.845
Sardegna	14	232	60	823	5	55	79	1.110
Italia	1.444	70.363	1.627	59.099	88	4.206	3.159	133.668

* N.B. Non tutti i Centri hanno indicato il numero dei posti letto

Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

TOTALE REGIONI	Strutture	Posti letto*
Piemonte	528	18.695
Liguria	164	7.602
Valle D'Aosta	31	844
Lombardia	283	18.132
Trentino Alto Adige	110	6.483
Veneto	297	23.698
Friuli Venezia Giulia	156	4.713
Emilia Romagna	414	16.050
Toscana	294	6.928
Umbria	45	1.401
Marche	133	3.425
Lazio	72	2.762
Abruzzo	57	3.134
Molise	21	849
Campania	30	1.088
Puglia	161	7.233
Basilicata	27	968
Calabria	63	2.708
Sicilia	194	5.845
Sardegna	79	1.110
Italia	3.159	133.668

* N.B. Non tutti i Centri hanno indicato il numero dei posti letto

Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

TOTALE REGIONI	Strutture	Posti letto*
Totale Nord-Ovest	1.006	45.276
Totale Nord-Est	977	50.944
Totale Centro	544	14.516
Totale Sud	359	15.980
Totale Isole	273	6.955
Totale Italia	3.159	133.668

* N.B. Non tutti i Centri hanno indicato il numero dei posti letto

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

PROVINCIA	Strutture	Posti letto*
Alessandria	54	-
Asti	55	3.156
Biella	29	693
Cuneo	78	-
Novara	42	2.412
Torino	230	10.630
Vercelli	20	887
Verbano-Cusio-Ossola	20	917
Piemonte	528	18.695
Genova	87	4.252
Imperia	27	1.757
La Spezia	17	541
Savona	33	1.052
Liguria	164	7.602
Aosta	31	844
Valle D'Aosta	31	844
Bergamo	-	-
Brescia	-	-
Como	52	3.421
Cremona	42	3.690
Lecco	-	-
Lodi	-	-
Mantova	39	2.088
Milano	32	830
Pavia	56	3.398
Sondrio	23	1.610
Varese	39	3.095
Lombardia	283	18.132
Bolzano	59	2.572
Trento	51	3.911
Trentino-Alto Adige	110	6.483
Belluno	28	2.201
Padova	15	1.250
Rovigo	22	1.664
Treviso	46	4.645
Venezia	48	3.314
Verona	76	4.829
Vicenza	62	5.795
Veneto	297	23.698
Gorizia	16	1.088
Pordenone	24	115
Trieste	82	105
Udine	34	3.405
Friuli-Venezia Giulia	156	4.713

* N.B.: Non tutti i Centri hanno indicato il numero dei posti letto

segue: Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

PROVINCIA	Strutture	Posti letto*
Bologna	98	3.478
Ferrara	38	2.226
Forlì	37	1.695
Modena	54	2.342
Parma	45	526
Piacenza	25	1.458
Ravenna	54	2.362
Reggio Emilia	39	1862
Rimini	24	101
Emilia Romagna	414	16.050
Arezzo	35	1.103
Firenze	68	-
Grosseto	18	715
Livorno	20	-
Lucca	26	540
Massa Carrara	18	604
Pisa	35	1.397
Pistoia	7	459
Prato	26	504
Siena	41	1.606
Toscana	294	6.928
Perugia	30	879
Terni	15	522
Umbria	45	1.401
Ancona	39	1.950
Ascoli	20	610
Macerata	27	-
Pesaro-Urbino	47	865
Marche	133	3.425
Frosinone	11	377
Latina	19	314
Rieti	11	305
Roma	18	993
Viterbo	13	773
Lazio	72	2.762
Chieti	15	1.035
L'Aquila	22	944
Pescara	14	691
Teramo	6	464
Abruzzo	57	3.134

* N.B.: Non tutti i Centri hanno indicato il numero dei posti letto

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

segue: Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

PROVINCIA	Strutture	Posti letto*
Campobasso	16	579
Isernia	5	270
Molise	21	849
Avellino	19	796
Benevento	6	218
Caserta	5	74
Napoli	-	-
Salerno	-	-
Campania	30	1.088
Bari	94	4856
Brindisi	12	579
Foggia	16	904
Lecce	29	894
Taranto	10	-
Puglia	161	7.233
Matera	8	282
Potenza	19	686
Basilicata	27	968
Catanzaro	15	588
Cosenza	25	1.550
Crotone	12	316
Reggio Calabria	-	-
Vibo Valentia	11	254
Calabria	63	2.708
Agrigento	17	538
Caltanissetta	9	382
Catania	23	1.108
Enna	10	-
Messina	37	1.211
Palermo	27	1.527
Ragusa	37	-
Siracusa	10	267
Trapani	24	812
Sicilia	194	5.845
Cagliari	24	-
Nuoro	34	381
Oristano	13	439
Sassari	8	290
Sardegna	79	1.110
TOTALE ITALIA	3.199	133.668

* N.B.: Non tutti i Centri hanno indicato il numero dei posti letto.

Strutture non residenziali per anziani

Anno 1994

TOTALE REGIONI	Strutture	Utenti*
Piemonte	206	21.320
Liguria	75	10.433
Valle D'Aosta	-	-
Lombardia	260	33.440
Trentino Alto Adige	52	22.685
Veneto	221	36.804
Friuli Venezia Giulia	48	2.367
Emilia Romagna	195	12.776
Toscana	131	15.080
Umbria	44	15.198
Marche	118	16.007
Lazio	180	36.698
Abruzzo	90	11.409
Molise	25	2.291
Campania	39	7.423
Puglia	101	10.929
Basilicata	15	1.107
Calabria	122	12.794
Sicilia	86	17.075
Sardegna	79	3.725
Italia	2.087	322.561

* N.B.: Non tutti i Centri hanno indicato il numero dei posti letto.

Strutture non residenziali per anziani

Anno 1994

TOTALE REGIONI	Strutture	Utenti*
Totale Nord-Ovest	541	68.193
Totale Nord-Est	516	104.632
Totale Centro	473	82.983
Totale Sud	392	45.953
Totale Isole	165	20.800
Totale Italia	2.087	322.561

* N.B.: Non tutti i Centri hanno indicato il numero degli utenti.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Strutture non residenziali per anziani

Anno 1994

PROVINCIA	Strutture	Utenti
Alessandria	12	-
Asti	20	2.931
Biella	11	1.520
Cuneo	1	662
Novara	42	4.023
Torino	105	14.167
Vercelli	7	435
Verbano-Cusio-Ossola	7	582
Piemonte	206	24.320
Genova	27	3.486
Imperia	19	3.195
La Spezia	11	2.168
Savona	15	1.584
Liguria	75	10.433
Aosta	-	-
Valle D'Aosta	-	-
Bergamo	-	-
Brescia	-	-
Como	57	9.518
Cremona	30	2.157
Lecco	-	-
Lodi	-	-
Mantova	23	5.308
Milano	57	550
Pavia	20	2.399
Sondrio	11	2.764
Varese	62	10.744
Lombardia	260	33.440
Bolzano	37	22.685
Trento	15	-
Trentino-Alto Adige	52	22.685
Belluno	10	1.635
Padova	38	5.358
Rovigo	8	4.669
Treviso	59	9.482
Venezia	22	4.334
Verona	36	7.763
Vicenza	48	3.563
Veneto	221	36.804
Gorizia	3	272
Pordenone	16	133
Trieste	7	611
Udine	22	1.351
Friuli-Venezia Giulia	48	2.367

* N.B. Non tutte le strutture hanno indicato il numero degli utenti.

segue Strutture non residenziali per anziani

Anno 1994

PROVINCIA	Strutture	Utenti
Bologna	11	146
Ferrara	16	6.872
Forlì	20	3.109
Modena	24	4.117
Parma	33	2.088
Piacenza	9	2.566
Ravenna	24	4.837
Reggio Emilia	51	16.931
Rimini	7	2.110
Emilia Romagna	195	42.776
Arezzo	25	4.435
Firenze	21	1.049
Grosseto	7	280
Livorno	18	-
Lucca	16	1.474
Massa Carrara	4	447
Pisa	7	1.386
Pistoia	1	10
Prato	11	-
Siena	21	5.999
Toscana	131	15.080
Perugia	29	9.296
Terni	15	5.902
Umbria	44	15.198
Ancona	42	5.895
Ascoli	37	7.278
Macerata	23	40
Pesaro-Urbino	16	2.794
Marche	118	16.007
Frosinone	35	6.626
Latina	34	8.397
Rieti	22	3.345
Roma	34	9.848
Viterbo	55	8.482
Lazio	180	36.698
Chieti	36	5.981
L'Aquila	29	1.893
Pescara	13	1.854
• Teramo	12	1.681
Abruzzo	90	11.409

* N.B. Non tutte le strutture hanno indicato il numero degli utenti.

segue: Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

PROVINCIA	Strutture	Utenti*
Campobasso	19	1.880
Isernia	6	411
Molise	25	2.291
Avellino	19	1.460
Benevento	14	2.751
Caserta	6	209
Napoli	-	-
Salerno	-	-
Campania	39	7.423
Bari	26	5.455
Brindisi	8	2.162
Foggia	14	1.015
Lecce	31	2.267
Taranto	22	-
Puglia	101	10.929
Matera	5	355
Potenza	10	752
Basilicata	15	1.107
Catanzaro	22	2.473
Cosenza	58	8.711

segue: Strutture residenziali per anziani

Anno 1994

PROVINCIA	Strutture	Utenti*
Crotone	31	1.221
Reggio Calabria	-	-
Vibo Valentia	11	386
Calabria	122	12.794
Agrigento	3	490
Caltanissetta	3	260
Catania	12	1.964
Enna	10	2.465
Messina	18	2.227
Palermo	13	1.102
Ragusa	-	-
Siracusa	12	7.061
Trapani	8	1.506
Sicilia	86	17.075
Cagliari	29	-
Nuoro	29	2.169
Oristano	17	1.256
Sassari	4	300
Sardegna	79	3.725
Italia	2.087	322.561

* N.B. Non tutte le strutture hanno indicato il numero degli utenti.

PAGINA BIANCA

3

LA CONDIZIONE ECONOMICA DELL'ANZIANO

3.1 ASPETTI ECONOMICI

The Economist, nel numero del 27 gennaio 1996, riserva un ampio spazio all'articolo «The economics of ageing», in cui i problemi economici, e soprattutto pensionistici, legati all'invecchiamento, vengono presentati in un confronto internazionale. La spesa pensionistica, come percentuale del PIL, aumenterà al 14-20% in Giappone, Germania, Francia e Italia nelle prime decadi del 2000. In America, Inghilterra e Canada, invece, questa percentuale resterà in termini più contenuti, intorno cioè al 5-8%, perché le pensioni sono più basse e la percentuale di anziani è inferiore. In questo confronto internazionale, *l'Austria e Italia sono i paesi che, già oggi, investono la più alta percentuale del PIL per il pagamento delle pensioni.*

Molto importanti, quindi, sono i risvolti che l'invecchiamento della popolazione comporta in campo economico, investendo i consumi, i risparmi, la struttura della spesa pubblica, delle forze di lavoro, il sistema pensionistico. Per quanto riguarda la struttura della spesa pubblica, riteniamo occorra una maggiore flessibilità nella gestione delle risorse finanziarie dello Stato per adeguare l'offerta alla domanda. La spesa pubblica dovrà sempre più orientarsi verso quei settori che erogano servizi destinati agli anziani ed in particolar modo verso il settore socio-sanitario. Infatti, gli anziani sono i maggiori fruitori di beni e servizi sanitari (ogni anziano per questi beni consuma circa tre volte più di un adulto giovane), a causa del deterioramento delle loro condizioni psicofisiche.

Le strutture delle forze di lavoro italiane sta invecchiando sempre più, compromettendo la competitività internazionale del nostro Paese. Anche il sistema pensionistico dovrà adeguarsi ai mutamenti demografici in atto, poiché l'innalzamento del rapporto tra anziani e popolazione in età lavorativa comporta la necessità di rivedere tutti i meccanismi di prelievo ed erogazione in tale settore. Certamente prioritario è il problema del lavoro e della sicurezza sociale, se pensiamo che i consumi di chi non lavora (per età, invalidità o per qualche altra ragione) devono essere sostenuti da parte di coloro che lavorano. Infatti, la crescita della popolazione improduttiva rispetto a quella produttiva, determina un aumento delle spese sociali, rendendo necessario anche un meccanismo di aggiustamento del mercato del lavoro (ad esempio, attraverso l'aumento o la differenziazione dell'età al pensionamento). Al fine di evitare che tali tendenze compromettano il welfare-state, il sistema di sicurezza sociale ed economico del nostro Paese, si rende necessaria un'approfondita analisi delle caratteristiche demografiche, sanitarie, sociali, economiche e territoriali dell'invecchiamento e delle possibili politiche di intervento. Infatti, l'acquisizione di nuovi elementi conoscitivi è indispensabile per una corretta pianificazione di servizi per gli anziani e per le loro famiglie e di politiche per la collettività.

Il rilievo della cosiddetta «questione anziana» è ormai ampiamente noto. Lo stesso PF Invecchiamento ha contribuito in modo significativo a tratteggiarne i caratteri e ad indicarne portata ed implicazioni. In questo contesto viene innanzitutto preso in considerazione, come prima definizione della questione conoscitiva *anziani*, quanto si può ricollegare alle problematiche relative agli *equilibri* ed alle *compatibilità economiche*, da intendersi non tanto come condizione-vincolo quanto come modalità di processo e relative possibilità di sviluppo sulle quali dipanare l'analisi conoscitiva.

Nel «Rapporto 1997 sulla condizione della persona anziana», a cura della CISL, vengono utilizzati quali indicatori della condizione economica l'incidenza di povertà e la percentuale di famiglie che non risparmia. L'incidenza della povertà è, per il complesso delle famiglie italiane, del 6,4%. La povertà è però concentrata al Sud, dove sono povere il 14% delle famiglie. Nel nord e nel centro le percentuali sono rispettivamente del 2,2% e del 3,6% e le tipologie familiari in cui l'incidenza della povertà è superiore alla media sono soprattutto quelle degli anziani soli, specialmente se di sesso femminile (7,3% al nord e 8,1% al centro). Nel sud la povertà si concentra principalmente nelle famiglie di grandi dimensioni, ma al secondo posto troviamo di nuovo gli anziani soli (maschi 10,7% e femmine 17,2%). Per quanto riguarda gli anziani in generale, si trovano in stato di povertà il 5,4% dei maschi ed il 7,4% delle femmine e tale percentuale aumenta con l'avanzare dell'età. Per quanto riguarda la capacità di risparmio, di nuovo gli anziani rappresentano un gruppo particolarmente sfavorito. Al Nord tra gli anziani soli il 32,8% dei maschi ed il 31,2% delle femmine spendono per consumi tutto il reddito, al Centro ed al Sud sono in particolare le donne sole ad essere svantaggiate e rispettivamente il 44,3% ed il 38,3% di esse non riescono ad attuare alcun risparmio sul loro reddito.

La Tabella 1 presenta la distribuzione delle famiglie per classe di età del capofamiglia e per stato economico, come riportato in «Qualità Equità» del giugno 1997. Le famiglie ricche presentano una struttura per età significativamente diversa da quella delle famiglie povere, dove c'è un preponderante peso degli anziani e della classe terminale di età attiva.

Tab. 1 - Distribuzione delle famiglie per classe di età del capofamiglia e per stato economico

	Poveri (%)	Ricchi (%)	Totale (%)
Fino a 30 anni	6,9	2,3	6,4
Da 31 a 40 anni	16,1	15,0	18,9
Da 41 a 50 anni	9,6	28,3	20,8
Da 51 a 65 anni	20,5	42,0	29,1
Oltre i 65 anni	46,8	12,4	24,8
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni su dati Banca d'Italia

Per quanto riguarda le tipologie di consumo, ci sono variazioni marcate tra adulti giovani ed anziani. Mentre la differenza di spesa per gli alimenti tra anziani ed adulti giovani non è rilevante, lo diventa invece per quanto riguarda l'acquisto di vestiario e per le spese per il tempo libero, che praticamente sono dimezzate negli anziani, e per le spese per trasporti e comunicazioni, che sono ridotte ad un terzo di quelle effettuate dagli adulti giovani.

In sostanza, vediamo da questo quadro sommario che il problema degli anziani alla soglia del terzo millennio non è solo limitato all'ambito sanitario, ma anche e soprattutto a quello sociale e della previdenza e tocca diversi aspetti della vita collettiva, con la conseguente necessità di strategie globali per poter affrontarlo in maniera esaustiva.

3.2 IL LAVORO

Nei Paesi industrializzati la partecipazione degli anziani al mercato del lavoro è andata riducendosi nel tempo. I motivi di questo fenomeno sono da ricercarsi sia nella costituzione dei sistemi previdenziali, che hanno garantito l'uscita «protetta» del lavora-

tore dal ciclo produttivo, sia nella modificazione della tipologia di attività prevalente con il passaggio dall'economia agricola a quella industriale e del terziario avanzato, ove l'innovazione tecnologica ha ridisegnato la struttura occupazionale delle forze di lavoro puntando sulla fascia più giovane: quest'ultima, infatti, presenta una maggiore flessibilità e capacità di adattamento alle nuove procedure tecnologiche e, in genere, un grado di istruzione superiore a quello delle forze di lavoro più anziane.

Anche in Italia la partecipazione degli anziani all'attività produttiva si è ridotta per motivi analoghi a quelli degli altri Paesi oltreché per motivi congiunturali: la crisi economica, il costo del lavoro, l'automazione favoriscono l'uscita forzata degli anziani dal mercato del lavoro attraverso prepensionamenti e licenziamenti. Nel 1996 gli attivi rappresentano nel complesso il 7,6% della popolazione anziana; ma, se per gli uomini tale quota raggiunge il 13,4%, solo il 3,3% delle donne risulta far parte delle forze di lavoro. Se tra gli ultracinquantenni gli occupati rappresentano, complessivamente, il 7,4%, tra le persone della classe di età 60-64 tale quota risulta sensibilmente più alta (18,1%), e in particolar modo tra gli uomini (29,5%). La partecipazione delle donne anziane al mercato del lavoro - che rispecchia la situazione del mercato del lavoro del passato - risulta, infatti, molto più bassa (8%).

La condizione più frequente tra gli occupati anziani sia maschi sia femmine, è quella di lavoratore indipendente (62,8%), e tale posizione raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni (84,9%). Ciò sta ad indicare che gli anziani tendono al proseguimento dell'attività lavorativa oltre l'età pensionabile soprattutto quando è forte la spinta economica, ovvero quando non ci sono garanzie nel dopo uscita (pensioni).

Gli anziani sono impiegati soprattutto nel settore dei servizi (61%), che presenta un elevato grado di flessibilità e meglio si adatta alle esigenze di individui che preferiscono non lavorare a tempo pieno; ai servizi si affianca il tradizionale settore agricolo (20,9% gli uomini e 22,1% le donne) che occupa generalmente individui con basso titolo di studio.

È interessante notare come all'avanzare dell'età aumenti il peso dell'impiego in agricoltura e diminuisca quello nei servizi: questo andamento, infatti, rispecchia la transizione avvenuta da un'economia agricola ad una industriale.

È evidente, quindi, come, nella vita di un uomo o di una donna, non sia tanto l'età anagrafica o biologica a condizionare la fine dell'età attiva; ciò che effettivamente conta è il tipo di lavoro, così come contano le regole e le sicurezze sociali che accompagnano l'uscita dal mercato del lavoro.

3.3 REDDITI DA LAVORO, REDDITI DA PENSIONE

L'analisi della condizione economica degli anziani è molto importante perché gli anziani risultano mediamente più disagiati di altri settori della popolazione. Considerando, infatti, il complesso delle condizioni abitative, il grado di istruzione e il tenore di vita, è possibile verificare che la popolazione anziana si situa generalmente al di sotto della media della popolazione. Il tenore di vita può essere valutato indirettamente analizzando la fonte di reddito principale delle persone anziane (Tab. 2).

Tra le fonti di reddito, il lavoro e i patrimoni rappresentano quelle cui generalmente viene associato un livello di reddito superiore rispetto alla pensione, all'indennità o al mantenimento. Le incidenze di ciascuna fonte al variare della classe di età della persona di riferimento denotano una situazione via via più disagiata al crescere dell'età anziana, in quanto la pensione e il lavoro entrano in un rapporto di proporzionalità inversa a sfavore di quest'ultimo.

Nel 1996, il 9% delle famiglie con persona di riferimento anziana (60 anni e più) hanno come fonte principale di reddito quello da lavoro. Questo dato nasconde tutta-

via una forte variabilità: si passa, infatti, dal 25,5% delle famiglie con persona di riferimento tra 60 e 64 anni al 4,8% di quelle con persona di riferimento tra 65 e 74 anni. Se questo è un dato strutturale che riguarda le età anziane, va però sottolineato che la porzione di famiglie che hanno il reddito da lavoro come entrata principale è diminuita dal 10% del 1992 al 9% del 1996. La diminuzione è particolarmente accentuata per le famiglie con persona di riferimento di sesso maschile (dal 15% al 12,6%). Sulle famiglie di anziani, quindi, è stato più evidente l'impatto della riforma delle pensioni che ha indotto un certo numero di persone ad anticipare il momento del ritiro dal lavoro.

Le famiglie più disagiate sono quelle con donne anziane come persona di riferimento, sia perché i redditi da pensione sono generalmente più bassi di quelli maschili (solitamente a causa di carriere lavorative più brevi o perché si tratta di pensioni di reversibilità), sia perché l'incidenza dei redditi da lavoro è ancora più bassa che nel caso degli uomini (2,7% contro 12,6%).

In Allegato 1, capitolo 3, sono forniti in dettaglio i dati INPS sulle pensioni dirette, indirette e sociali per gli anni 1996 e 1997.

Tab. 2 - **Famiglie per fonte di reddito principale, classe di età e sesso per persona di riferimento. Anno 1996 (composizione percentuale)**

(in lire)

	Reddito da lavoro	Pensione	Indennità	Reddito patrimoniale	Manten.to familiare	Totale	Totale famiglie (in migliaia)
<i>Maschi</i>							
Fino a 59	87,9	8,4	1,1	0,6	1,9	100,0	10.728
60-64	30,1	65,7	1,1	1,3	1,7	100,0	1.470
65-74	6,7	91,1	1,0	0,8	0,5	100,0	2.176
75 e più	-	95,9	1,4	1,2	-	100,0	1.083
Totale	64,9	31,7	1,1	0,8	1,6	100,0	15,457
60 e più	12,6	84,3	1,1	1,0	0,9	100,0	4.728
65 e più	4,7	92,7	1,1	0,9	0,6	100,0	3.259
<i>Femmine</i>							
Fino a 59	63,0	20,1	2,3	1,9	12,8	100,0	1.846
60-64	11,7	77,8	4,6	1,2	4,7	100,0	490
65-74	1,4	93,3	2,1	1,1	2,1	100,0	1.234
75 e più	-	93,7	3,5	1,9	-	100,0	1.056
Totale	26,7	62,5	2,8	1,6	6,4	100,0	4.631
60 e più	2,7	90,7	3,1	1,4	2,1	100,0	2.785
65 e più	0,8	93,4	2,7	1,5	1,5	100,0	2.290
<i>Maschi e Femmine</i>							
Fino a 59	84,2	10,2	1,3	0,8	3,5	100,0	12.574
60-64	25,5	68,8	2,0	1,3	2,4	100,0	1.965
65-74	4,8	91,9	1,4	0,9	1,1	100,0	3.410
75 e più	0,5	94,8	2,4	1,5	0,8	100,0	2.139
Totale	56,1	38,8	1,5	1,0	2,7	100,0	20.088
60 e più	9,0	86,7	1,9	1,2	1,3	100,0	7.514
65 e più	3,1	93,0	1,8	1,1	1,0	100,0	5.549

(-) dato non significativo

Fonte: Istat, Indagine sui Consumi delle Famiglie

3.4 LA SITUAZIONE ABITATIVA

La casa in cui si vive, la zona di residenza e gli accessori di cui la casa dispone sono fattori importanti nella valutazione complessiva della qualità della vita di un individuo. Per altro, questi aspetti rispecchiano scelte familiari e stili di vita condizionati da fattori economici, lavorativi, sociali in cui l'individuo si imbatte nel corso della sua esistenza, da solo e con la famiglia.

Considerando la distribuzione delle famiglie (classificate per età e sesso della persona di riferimento) per titolo di godimento dell'abitazione, si riscontra che le persone di riferimento anziane di entrambi i sessi sono con maggiore frequenza proprietarie dell'abitazione: gli ultrasettantacinquenni maschi risultano proprietari nel 79% dei casi, contro il 71,6% delle donne. Al di sotto dei 59 anni si scende a 72,7% per gli uomini ed a 59,2% per le donne.

Quanto ai servizi accessori di cui la casa dispone si nota, anche su questo versante, l'esistenza di uno svantaggio femminile: le famiglie con persona di riferimento donna possiedono il telefono in misura nettamente inferiore (79,9% contro l'89,9% degli uomini), con un ulteriore svantaggio nel caso delle donne con più di 75 anni (71,9% contro 84,8%).

Le maggiori differenze tra i due sessi si rilevano per la disponibilità, oltre che del telefono, anche del videoregistratore e della lavastoviglie: il 18,4% contro il 9,6%, dispone di quest'ultimo elettrodomestico. Da questo punto di vista le donne, a partire dai 60 anni, vivono in case meno accessoriate rispetto agli uomini; mentre dispongono in misura paritetica di televisione e frigorifero. Il possesso dei primi due accessori marca la differenza tra i sessi specialmente se si scende a livello di ripartizione geografica: al Sud solo il 55,4% delle famiglie con persona di riferimento donna con più di 75 anni (una donna su due) possiede il telefono.

3.5 ASPETTI SOCIALI

Arrivati alla terza e quarta età uomini e donne hanno percorso un lungo tratto di vita, denso di eventi e di circostanze che lasciano tracce indelebili nell'esistenza di ognuno. La fase conclusiva della vita può configurarsi come un'età di rimpianti per le scelte mancate o per i momenti belli vissuti, ma anche un'età in cui il peso delle responsabilità è ridotto e in cui uomini e donne sono oggettivamente riavvicinati quanto a tempi e luoghi di vita; o, ancora, può rappresentare un'età in cui il tempo si libera e finalmente si può pensare quasi totalmente a se stessi.

Quando i figli hanno una loro famiglia e una vita indipendente, quando si va in pensione, nel momento in cui i rapporti sociali mutano, quando lo stato di salute cambia è chiaro che gli anziani e le loro famiglie devono anche riorganizzare il loro tempo. Per molte persone i cambiamenti che intervengono nella vita familiare possono rappresentare delle vere e proprie sfide, delle piccole rivoluzioni domestiche.

Ma esistono anche forti fattori di continuità dovuti al lungo tratto di vita percorso - nel caso di coppie anziane, percorso insieme - e che hanno creato delle abitudini di vita, dei significati particolari attribuiti ormai da sempre a certi giorni della settimana (il giorno per le grandi pulizie, il giorno della spesa, quello per uscire insieme, far compere insieme, incontrare amici e parenti, ecc.) e un senso speciale legato alle cose da fare in particolari ore della giornata. Sono le ben note «attività abitudinarie», intorno a cui ruota la giornata e la vita di chi è avanti negli anni.

Molto nella vita degli anziani dipende dallo stato di salute. Gli anziani in buona salute avrebbero, infatti, tutte le possibilità e le potenzialità per vivere ancora dai venti ai trenta anni tranquilli, liberati da impegni familiari e lavorativi e liberi finalmente di

dedicarsi a loro stessi e di godersi la vecchiaia serena del meritato riposo. Studiosi di economia e geriatria hanno tuttavia mostrato che esistono forti contraccolpi sia economici sia psicologici che derivano dal passaggio repentino dalla vita attiva al riposo.

Le età anziane sono, infatti, caratterizzate da una vera e propria ridefinizione dei ruoli sociali degli individui: da padre/madre, lavoratore/lavoratrice, si passa ad assumere quelli di marito/moglie a tempo pieno, di nonno/nonna, di pensionato/pensionata ovvero di «casalinga di ritorno». Ciò pone problemi non indifferenti di natura psicologica ma anche di vera e propria organizzazione dell'esistenza.

È importante, quindi, analizzare come gli anziani passano il tempo, che relazioni hanno con gli amici, che attività del tempo libero svolgono.

3.6 LE ATTIVITÀ DEL TEMPO LIBERO

L'analisi dei comportamenti delle persone anziane relativamente ad alcune attività tipiche del tempo libero evidenzia in primo luogo una notevole varietà di interessi da parte dei soggetti e, in generale, una progressiva diminuzione delle attività svolte al crescere delle età.

A questi due dati generali si può affiancare anche l'evidente diversificazione degli interessi e delle abitudini tra uomini e donne, a conferma del fatto che l'universo degli anziani non è assolutamente riconducibile ad un'unica immagine che uniformi l'insieme delle persone con 60 anni ed oltre.

Scendendo nel dettaglio dei dati, si può osservare come le persone anziane nel proprio tempo libero utilizzino il telefono per conversare (il 35,6%), dato che conferma l'importanza del telefono come strumento comunicativo in situazioni e contesti relazionali che, in presenza di problemi oggettivi legati ai diversi contesti urbani e/o di problemi soggettivi legati alle proprie condizioni, risulta essere un importante strumento per evitare l'assenza di contatti umani.

Allo stesso livello di diffusione (circa il 27%), seguono comportamenti quali l'andare dal parrucchiere o fare cure estetiche, giocare con i bambini e occuparsi di giardinaggio o curare l'orto. Anche il cucire o lavorare a maglia è un tipo di attività che riguarda più del 45,9% delle donne. Ma tale differenziazione è significativa anche per le altre attività considerate, e tale elemento fa sì che tra uomini e donne si stabiliscano precise gerarchie per ciò che riguarda le attività svolte nel tempo libero. Le donne si occupano soprattutto, come già ricordato, di ricamo, cucito e lavoro a maglia, in seconda battuta utilizzano il telefono per fare conversazioni (41,4%), poi si dedicano al proprio aspetto esteriore e al benessere fisico (32,8%) e passano parte del loro tempo libero facendo shopping (24,9%). Gli uomini, al contrario, risultano più numerosi quando si parla di giardinaggio e cura dell'orto (35,2%), di conversazioni telefoniche (27% circa, valore che risulta significativo ma decisamente al di sotto di quello delle donne), di gioco con i bambini (27% circa, valore pressoché analogo a quello delle donne) e di passeggiate nei boschi o in campagna (23,4%).

Per ciò che riguarda la specifica attività del gioco con i bambini, va notato il fatto che mentre tra le persone tra i 60 e i 64 anni sono decisamente le donne a prevalere sugli uomini (39,1% rispetto al 30,3%), nella classe di età successiva i valori sono pressoché simili e oltre i 75 anni sono gli uomini ad essere leggermente superiori delle donne (18,1% rispetto al 15,4%). È comunque l'età più avanzata (qui rappresentata dall'arbitrario ma pur significativo taglio dai 75 anni in su) che fa ridurre di molto la diffusione di queste attività tra gli anziani. Solo per fare degli esempi si può notare il fatto che: il gioco con i bambini passa dal 30% circa al 18% per gli uomini e dal 32% circa al 15,4% per le donne; le donne che si dedicano ai lavori di ricamo e cucito vanno dal 51,2% delle 65-74enni al 30,7%; gli uomini che fanno passeggiate vanno dal 26% al 15%

circa; le donne che curano il proprio aspetto e benessere andando dal parrucchiere o facendo sauna/massaggi passano dal 36,5% al 19,2%.

I rapporti di amicizia sono molto importanti nella vita di ogni persona. Tuttavia, è sorprendentemente alta la percentuale di anziani che dichiara di non avere amici: 3% per gli uomini e 6,3% per le donne. All'interno di questa categoria di «soli» di fatto, le quote più alte si registrano tra chi ha superato i 75 anni, soprattutto donne. Gli uomini hanno, mediamente, più frequentazioni delle donne, nel doppio dei casi per quanto riguarda gli incontri giornalieri (27,2% contro 14,1%). Il 49,2% degli anziani vede amici più di una volta a settimana, contro il 35,7% delle donne anziane.

Le relazioni sociali intrattenute con gli amici, dunque, sono importanti per più della metà della popolazione anziana. In generale si evidenzia, nella vita degli anziani, un modo di rapportarsi al tempo libero meno «specializzato», che privilegia le occasioni di incontro allo svolgimento di specifiche attività.

Tra le attività del tempo libero, il guardare la televisione caratterizza la vita degli anziani in modo particolare. Il 91,8%, infatti, la segue tutti i giorni, indipendentemente dal sesso e dallo status sociale. Mentre, non raggiunge lo stesso livello di diffusione la radio che viene ascoltata tutti i giorni dal 30,4% degli anziani, più dalle donne (31,3%) che dagli uomini (29,2%).

La lettura dei quotidiani è un'altra attività che accomuna un numero importante di anziani, soprattutto uomini. Sei milioni 573 mila anziani leggono quotidiani: il 63,9% degli uomini e il 42,4% delle donne. L'abitudine di leggere i giornali decresce con l'età e raggiunge il minimo dai 75 anni in poi sia per i maschi sia per le femmine. Meno diffusa sembra la lettura dei libri (22,2%), anche in conseguenza del basso titolo di studio della popolazione anziana, soprattutto di quella femminile. Ancora, i titoli di studio generalmente più bassi riscontrabili tra le donne spiegano perché nelle età anziane non emergano differenze significative tra maschi e femmine nella lettura, mentre tra i giovani e gli adulti le lettrici sono prevalenti.

Come è noto, la proiezione all'esterno e la mobilità degli anziani è minore che nel resto della popolazione e riguarda più i maschi che le femmine anche nelle attività del tempo libero. È così che cinema, teatro, spettacoli fanno parte dell'esperienza di vita quotidiana solo di una parte limitatissima di anziani: nel 1996 il 6,9% si è recato a teatro, l'8% al cinema, il 10,1% a musei o mostre, il 4% a concerti, il 6,8% a spettacoli sportivi e il 4% a concerti di musica classica.

Tra le donne la proiezione in attività di tempo libero di questo tipo è minore che tra i maschi. Andare al cinema (6,6%), a musei e mostre (9%), a concerti di musica classica (4,2%) a spettacoli sportivi (1,7%) e andare a ballare (3,2%) sono attività che le donne svolgono poco e in misura ridotta nell'arco dell'anno (prevalentemente da una a tre volte). Anche in questo caso la differenza tra le varie età anziane è molto pronunciata: la classe di età che va dai 60 ai 64 anni si conferma come di transizione, con caratteristiche comportamentali più simili alle classi di età precedenti che a quelle successive.

Infine, gli anziani in media si recano in vacanza meno frequentemente del resto della popolazione: nel 1995 lo ha fatto solo una minoranza, pari al 29,6% della popolazione anziana. È un valore di poco superiore al 1993, anno di maggiore crisi economica, in cui il quoziente aveva raggiunto il 27,8%. Al crescere dell'età anziana diminuisce la quota di popolazione che si reca in vacanza, raggiungendo il 20,5% nel caso delle donne ultrasettantacinquenni. Gli anziani del Sud si recano meno in vacanza rispetto alle altre zone del Paese, e ciò rispecchia il maggior disagio economico presente nel Mezzogiorno.

Gli anziani, dunque, ascoltano radio e tv, leggono i quotidiani, partecipano alla vita del Paese. È interessante sottolineare che più di tre milioni di anziani hanno dichiarato di ascoltare dibattiti politici (25,3%), 600 mila ha partecipato nel 1996 a comizi o

cortei; ancora, 548 mila anziani hanno svolto attività di volontariato e un milione e 566 mila ha versato soldi ad un'associazione.

Importante, infine, il coinvolgimento degli anziani nell'attività religiosa. Il 50,1% ha dichiarato di essersi recato in un luogo di culto almeno una volta a settimana nel corso del 1996: il 59,5% delle donne, il 37,8% degli uomini. Le donne in questo campo sono più assidue degli uomini in tutte le età, ma a partire dai 75 anni si recano meno frequentemente nei luoghi di culto (forse a causa del peggioramento della salute che può condizionare la mobilità). Per gli uomini, al contrario, il coinvolgimento nelle attività religiose sembra crescere con l'età.

A livello nazionale, è importante ricordare due iniziative proposte dalla Presidenza del Consiglio. La prima, promossa dal Dipartimento per gli Affari Sociali, è l'iniziativa «estate serena», che mira a promuovere messaggi di informazione, di solidarietà e di stimoli di interesse culturale per gli anziani, disabili e minori. La seconda iniziativa è promossa dal Dipartimento del Turismo, che sta curando la realizzazione del programma «Vacanze per tutti», che si pone come obiettivo di facilitare l'accesso al turismo alle categorie più disagiate della società, quali appunto gli anziani.

Altre iniziative presenti sul territorio nazionale riguardano i centri studio e/o università per anziani. Ne risultano 253 centri, con 72.316 iscritti nel 1994, in prevalenza al Nord (182). Torino è la città più attiva, con 32 centri e 13.314 iscritti, seguita da Milano con 18 centri e da Verona con 12. Trento ed Udine hanno una sola Università per anziani, ma con una grande affluenza (3.756 e 2.750 iscritti rispettivamente).

Conclusioni

Il giudizio soggettivo espresso su alcuni aspetti della vita quotidiana può essere utilmente analizzato per capire non solo la situazione oggettiva degli anziani, ma anche come essi percepiscono quotidianamente la propria vita. Benessere, infatti, è anche benessere psicologico. Consideriamo cinque aspetti della vita quotidiana desunti dall'Indagine Multiscopo del 1996: la situazione economica, la salute, le relazioni familiari, le relazioni con amici, il tempo libero.

Al primo posto è la famiglia: il 92,6% si dichiara soddisfatto delle relazioni familiari, il 41,1% molto soddisfatto. Si verifica anche per gli anziani ciò che avviene per l'intera popolazione. Esiste un 6,5% di popolazione anziana che si dichiara insoddisfatta e ciò è particolarmente vero per un piccolo settore di anziani soli isolati. Non emerge una particolare differenza di giudizio secondo l'età, né secondo il sesso. La soddisfazione per le relazioni familiari è l'unico elemento che unifica gli anziani piuttosto che differenziarli. Le altre valutazioni, infatti, variano con l'età ed anche secondo il sesso.

Dopo la famiglia si collocano le relazioni con amici (76,5%), seguite dal tempo libero (73,5%), dalle condizioni di salute (58,4%) e, per ultima, dalla condizione economica (51,8%). È proprio la dimensione degli affetti e delle relazioni sociali che maggiormente viene sottolineata dagli anziani, e questo è un dato confortante, considerando il peso fondamentale che questi aspetti hanno nella vita degli anziani e il rischio di isolamento presente nelle età più avanzate soprattutto per le donne che vivono sole. La percezione soggettiva conferma un'immagine dell'anziano non isolato nella società.

Le relazioni con amici sono più soddisfacenti per gli uomini che per le donne, anche a parità di età. La differenza è di quasi 10 punti percentuali a favore degli uomini. All'aumentare dell'età diminuisce la soddisfazione per le relazioni con amici anche perché, come si è visto, diminuisce la frequenza con cui li si incontra. Gli ultrasessantacinquenni, meno mobili e più condizionati negativamente dal processo di decadimento fisico, rallentano anche il ritmo delle relazioni sociali.

Al terzo posto come livello di soddisfazione si colloca il tempo libero, del quale sono più soddisfatti i maschi che le femmine. Si noti a tale proposito che la percentuale di insoddisfazione passa dal 31,3% tra i 60 e 64 anni, al 23,4% tra 65 e 74 anni e al 27,6% da 75 anni in su. Il momento in cui si lascia il lavoro e si deve ridefinire e riconvertire la propria vita può dunque essere considerato come un momento critico, nel quale si produce quel disagio e quell'insoddisfazione che in un secondo momento saranno superati. Il fatto che dopo i 75 anni aumenti di nuovo l'insoddisfazione può essere messo in relazione alle limitazioni oggettive che si oppongono allo svolgimento di alcune attività del tempo libero. Anche in questo caso le donne sono più insoddisfatte, anche a parità di età.

Agli ultimi posti della graduatoria si trovano la salute e la condizione economica. Della salute si è già detto in precedenza; va comunque sottolineato positivamente il 58,4% di soddisfatti in queste età e soprattutto il 47,3% di soddisfatti ultrasessantacinquenni.

La situazione economica infine, «spacca» quasi a metà gli anziani: il 51,8% è soddisfatto, e si tratta in prevalenza di uomini dal momento che, come si è visto, in questa fascia di età le donne hanno un reddito solitamente più basso.

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1996													
MASCHI													
Pensioni dirette													
REGIONE	Classi di età												
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	Totale
Piemonte	-	-	95	97	4.295	28.383	70.832	97.261	104.577	127.260	67.803	185	501.688
Valle d'Aosta	-	-	6	56	416	1.135	1.968	2.565	2.789	3.447	1.670	1	14.053
Lombardia	-	-	325	2.428	9.202	57.209	137.413	181.209	187.459	218.507	99.548	847	894.147
Liguria	-	-	15	365	2.265	7.929	20.801	33.305	43.073	59.451	32.755	56	200.015
Trentino Alto Adige	-	-	43	274	913	3.963	9.513	14.717	18.961	23.260	12.422	41	84.107
Veneto	-	-	138	997	4.185	23.372	55.280	79.064	95.063	119.190	55.662	160	434.111
Friuli Venezia Giulia	-	-	28	259	1.536	6.707	17.002	23.276	29.318	51.281	25.640	67	154.594
Emilia Romagna	-	-	198	1.313	4.277	23.036	57.718	84.976	100.764	140.957	74.672	114	488.505
Toscana	-	-	85	866	4.149	14.628	39.283	65.636	86.382	122.530	65.855	163	399.577
Umbria	-	-	17	208	1.072	4.249	9.692	16.655	22.141	31.396	15.459	84	100.973
Marche	-	-	53	528	2.084	6.213	16.504	31.562	40.556	56.361	27.853	97	181.811
Lazio	-	-	50	731	4.144	9.078	27.508	69.811	96.848	122.070	50.260	428	389.928
Abruzzo	-	-	23	341	1.773	2.994	8.297	21.217	32.936	45.767	23.865	135	137.378
Molise	-	-	8	98	436	583	1.760	5.963	9.576	13.994	7.671	12	40.101
Campania	-	-	52	1.024	7.083	12.599	27.678	67.611	97.832	117.327	53.147	182	384.535
Puglia	-	-	73	808	4.686	10.888	25.670	57.739	77.118	96.812	49.456	97	323.377
Basilicata	-	-	7	123	673	1.068	3.195	10.022	14.917	19.210	10.470	19	50.734
Calabria	-	-	28	507	2.536	3.090	7.995	27.248	43.031	61.202	32.872	92	178.601
Sicilia	-	-	68	1.042	5.920	9.918	28.164	70.530	102.182	136.316	75.915	476	430.431
Sardegna	-	-	22	484	2.537	4.548	11.688	23.438	30.245	38.836	22.438	63	133.599
Totale	-	-	1.334	13.459	64.632	231.680	577.361	983.835	1.235.798	1.605.204	813.723	3.219	5.530.245

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1996

FEMMINE

Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	40	500	3.387	12.305	62.655	97.388	109.466	162.726	124.201	453	573.121
Valle d'Aosta	-	-	-	38	168	336	1.234	2.172	2.769	3.954	2.620	6	13.237
Lombardia	-	-	113	1.314	6.588	20.074	121.336	183.075	200.425	293.619	200.486	5.916	1.032.946
Liguria	-	-	9	169	1.116	2.313	16.033	30.756	39.951	66.597	48.673	103	205.720
Trentino Alto Adige	-	-	11	120	577	1.399	8.717	16.176	19.039	29.415	22.681	55	98.220
Veneto	-	-	77	534	2.350	7.082	40.769	72.939	90.204	138.112	96.766	192	649.025
Friuli Venezia Giulia	-	-	11	138	890	2.183	12.533	21.900	27.890	48.093	38.739	73	152.152
Emilia Romagna	-	-	67	797	4.006	10.627	55.924	92.029	105.869	175.002	125.250	220	569.791
Toscana	-	-	37	435	2.892	6.122	33.951	61.645	83.004	136.482	96.619	217	121.104
Umbria	-	-	10	121	731	1.902	9.035	16.725	22.389	36.093	22.857	121	109.984
Marche	-	-	33	345	1.733	4.216	17.916	31.854	37.903	60.727	11.800	97	196.684
Lazio	-	-	21	411	3.257	5.573	34.590	65.981	91.383	135.707	79.390	607	416.920
Abruzzo	-	-	11	192	1.164	2.522	9.696	21.603	31.247	48.367	31.053	100	145.955
Molise	-	-	-	43	322	582	2.708	7.323	9.362	14.140	10.010	12	44.502
Campania	-	-	25	589	4.381	6.829	30.943	63.440	94.031	132.333	7.117	238	406.932
Puglia	-	-	31	501	3.495	5.715	30.840	54.408	73.693	102.807	61.840	239	333.475
Basilicata	-	-	2	69	516	863	5.027	11.732	14.668	20.997	13.083	6	66.993
Calabria	-	-	16	456	2.137	2.808	16.732	32.601	41.971	64.385	40.144	189	201.119
Sicilia	-	-	24	397	2.698	4.559	22.881	50.128	90.627	133.220	78.961	256	383.751
Sardegna	-	-	-	209	1.518	2.694	10.567	20.950	27.506	38.694	23.356	52	124.659
Totale	-	-	545	7.358	43.826	100.705	544.117	953.937	1.213.337	1.841.471	1.232.712	9.182	5.947.190

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1996

MASCHILE+FEMMINE

Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età											Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.
Piemonte	-	-	135	1.477	7.682	40.688	133.487	191.649	214.043	289.986	192.004	638
Valle d'Aosta	-	-	6	94	584	1.471	3.202	4.737	5.198	7.401	4.290	-
Lombardia	-	-	438	3.742	15.790	77.283	258.749	361.284	387.884	512.126	300.031	6.763
Liguria	-	-	21	531	3.381	10.212	36.834	64.061	83.021	126.048	81.428	159
Trentino Alto Adige	-	-	54	394	1.190	5.362	18.260	30.893	38.000	52.675	35.103	96
Veneto	-	-	215	1.531	6.535	30.154	96.049	152.003	185.267	257.302	152.428	352
Friuli Venezia Giulia	-	-	39	397	2.126	8.981	29.535	45.176	57.208	99.375	63.769	140
Emilia Romagna	-	-	265	2.140	8.733	33.663	113.612	177.005	206.633	315.959	199.922	334
Toscana	-	-	122	1.301	7.041	20.750	73.234	127.281	169.386	259.012	162.174	380
Umbria	-	-	27	329	1.803	6.151	18.727	33.380	44.530	67.489	38.316	205
Marche	-	-	86	873	3.817	10.429	34.120	63.116	78.159	117.988	69.713	194
Lazio	-	-	71	1.142	7.401	11.651	62.098	135.792	188.231	257.777	188.650	1.035
Abruzzo	-	-	34	533	2.937	5.516	17.993	42.850	61.183	94.134	54.918	235
Molise	-	-	8	141	758	1.165	4.168	13.286	18.938	28.134	17.681	24
Campania	-	-	-	1.613	11.461	19.128	58.621	131.057	191.803	249.600	127.264	420
Puglia	-	-	104	1.409	8.081	16.603	56.510	112.147	150.811	199.619	111.302	336
Basilicata	-	-	9	192	1.189	1.931	8.222	21.754	29.615	40.207	23.533	55
Calabria	-	-	41	943	4.673	5.898	21.727	59.849	85.002	125.587	73.016	281
Sicilia	-	-	92	1.139	8.618	11.477	51.045	120.658	192.809	269.536	154.876	632
Sardegna	-	-	29	693	4.055	7.212	21.655	13.494	57.751	77.530	15.694	115
Totale	-	-	1.879	20.817	108.458	332.385	1.121.478	1.937.772	2.449.135	3.446.675	2.046.435	11.477.435

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1996

MASCHI

Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	175	250	185	301	1.112	1.312	2.364	3.525	4.944	10.551	13.382	5	39.139
Valle d'Aosta	-	14	8	-	31	42	71	92	100	266	272	-	910
Lombardia	359	521	436	601	2.740	2.659	4.746	6.501	8.632	17.971	20.708	15	65.895
Liguria	51	74	95	107	410	437	756	1.105	1.551	3.732	4.870	1	13.189
Trentino Alto Adige	52	70	37	76	284	284	403	600	858	1.574	2.129	-	6.567
Veneto	149	239	156	320	1.211	1.189	1.812	2.563	3.526	7.793	9.440	13	28.441
Friuli Venezia Giulia	58	63	61	90	364	394	640	838	1.187	2.750	3.492	-	9.937
Emilia Romagna	149	224	189	265	1.191	1.337	2.209	3.456	5.086	12.271	16.598	3	43.071
Toscana	80	118	140	193	927	857	1.512	2.190	3.161	8.236	11.431	4	28.849
Umbria	18	26	30	62	187	193	365	491	945	2.324	2.925	2	7.568
Marche	45	73	56	88	351	387	649	940	1.412	3.609	5.466	-	13.076
Lazio	140	202	236	216	1.050	923	1.545	2.141	3.122	7.978	9.735	12	27.600
Abruzzo	32	53	61	80	286	261	484	656	1.184	3.003	4.915	3	11.051
Molise	8	11	15	18	74	42	138	260	465	1.101	1.952	-	4.084
Campania	154	281	278	431	1.490	1.134	1.863	2.912	4.402	9.361	11.122	3	33.451
Puglia	124	185	181	284	935	767	1.258	1.952	3.008	7.131	10.590	2	26.777
Basilicata	12	32	18	23	159	126	257	442	648	1.627	2.776	-	6.100
Calabria	70	104	109	147	544	435	718	1.171	1.792	4.520	7.328	-	16.915
Sicilia	99	199	169	320	1.075	793	1.188	1.750	2.585	6.695	11.100	2	25.975
Sardegna	52	89	115	171	475	334	504	674	951	2.063	3.450	-	8.878
Totale	1.834	2.828	2.578	3.803	14.932	13.906	23.582	34.259	49.859	114.862	154.711	72	417.226

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1996

FEMMINE
Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	172	230	394	1.639	7.556	8.382	16.529	26.995	39.968	91.252	97.663	869	291.649
Valle d'Aosta	5	10	19	54	258	292	525	794	1.165	2.516	2.453	-	8.091
Lombardia	348	538	819	3.667	15.122	18.185	36.190	57.477	82.558	181.032	174.899	3.522	574.157
Liguria	61	90	133	552	2.410	3.033	6.190	10.021	16.011	41.609	45.578	351	126.069
Trentino Alto Adige	51	54	71	428	1.519	1.833	3.171	4.990	7.403	17.441	17.364	143	51.468
Veneto	136	212	338	1.809	7.542	8.695	16.715	26.239	39.522	86.947	81.934	930	271.019
Friuli Venezia Giulia	48	63	111	535	2.293	2.667	5.288	8.589	15.079	38.416	38.241	367	111.697
Emilia Romagna	115	188	320	1.533	6.207	6.917	13.661	22.438	34.554	88.352	95.656	169	270.110
Toscana	103	142	251	1.137	4.992	5.473	11.459	18.032	29.164	75.230	83.340	681	230.004
Umbria	14	15	70	300	1.115	1.337	2.696	4.472	7.154	18.147	17.664	258	53.264
Marche	33	50	99	511	2.047	2.335	4.933	8.012	12.322	30.166	30.494	237	91.239
Lazio	123	213	433	1.654	6.774	7.355	14.178	22.498	33.079	76.251	70.252	1.406	234.216
Abruzzo	30	43	95	474	2.028	2.002	3.914	6.687	10.012	23.766	23.172	333	72.556
Molise	7	13	21	159	588	524	1.131	1.892	2.838	6.559	6.919	21	20.672
Campania	164	291	447	2.068	8.673	8.424	14.787	23.845	33.914	70.990	58.292	869	222.794
Puglia	110	188	277	1.375	5.732	5.605	10.026	16.171	23.953	54.612	53.992	650	172.721
Basilicata	16	24	45	249	1.002	891	1.857	2.994	4.271	9.440	9.375	85	30.239
Calabria	44	119	184	915	3.327	3.100	5.695	9.709	13.500	31.329	29.573	445	97.940
Sicilia	109	188	397	2.032	7.855	7.769	13.942	22.592	33.303	80.117	72.336	1.500	242.170
Sardegna	50	103	177	741	2.551	2.827	4.799	7.275	10.584	23.549	22.117	172	74.945
Totale	1.739	2.774	4.701	21.822	89.913	97.646	187.686	301.722	450.414	1.047.781	1.030.814	13.008	3.250.020

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1996
MASCHI+FEMMINE
Pensioni indirette

REGIONE	Classi di età											Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80		Senza ind.
Piemonte	347	480	579	1.943	8.698	9.691	18.893	30.520	44.912	101.803	112.045	874	330.788
Valle d'Aosta	12	24	27	61	289	334	596	886	1.205	2.782	2.725	-	9.001
Lombardia	707	1.059	1.255	4.268	18.168	20.844	40.936	63.978	91.190	199.003	195.107	3.537	640.052
Liguria	112	164	228	659	2.820	3.470	6.916	11.126	17.592	45.341	50.418	352	139.258
Trentino Alto Adige	103	124	108	504	1.803	2.117	3.574	5.590	8.261	19.015	19.493	113	60.835
Veneto	285	451	494	2.129	8.753	9.881	18.557	28.802	43.048	94.740	91.374	943	299.400
Friuli Venezia Giulia	106	126	172	625	2.657	3.061	5.928	9.127	16.266	41.166	41.733	367	121.634
Emilia Romagna	261	412	509	1.798	7.398	8.254	15.960	25.894	39.640	100.626	112.254	172	313.181
Toscana	183	260	391	1.330	5.919	6.330	12.971	20.222	32.325	83.466	94.771	685	258.853
Umbria	32	41	100	362	1.324	1.530	3.061	4.963	8.099	20.471	20.589	260	60.832
Marche	78	123	155	599	2.398	2.722	5.582	8.952	13.754	33.775	35.960	237	101.315
Lazio	263	415	669	1.870	7.824	8.278	15.723	24.639	36.501	84.229	79.987	1.418	261.816
Abruzzo	62	96	159	554	2.314	2.263	4.398	7.343	11.196	26.769	28.117	336	83.607
Molise	15	24	36	177	662	566	1.269	2.152	3.303	7.660	8.871	21	24.756
Campania	318	572	725	2.499	10.163	9.558	16.650	26.757	38.316	80.354	69.414	872	256.228
Puglia	234	373	458	1.659	6.667	6.372	11.284	18.123	26.961	62.073	64.582	652	199.438
Basilicata	28	56	63	262	1.161	1.017	2.094	3.436	4.919	11.067	12.151	85	36.339
Calabria	114	223	293	1.062	3.871	3.535	6.413	10.880	15.292	35.849	36.901	452	114.885
Sicilia	208	387	566	2.352	8.930	8.562	15.130	24.342	35.888	86.842	83.436	1.502	268.145
Sardegna	102	192	292	912	3.026	3.161	5.303	7.949	11.535	25.612	25.567	172	83.823
Totale	3.573	5.602	7.279	23.625	104.945	111.552	211.268	335.981	500.273	1.162.643	1.185.525	13.080	3.667.246

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996

MASCHI

Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	664.968	756.905	1.145.735	1.938.807	1.872.216	1.632.874	1.117.998	1.269.505	1.099.478	928.762	1.468.253
Valle d'Aosta	-	-	380.883	707.543	1.111.277	1.802.593	1.728.333	1.456.102	1.327.506	1.238.947	1.211.091	119.050	1.414.281
Lombardia	-	-	702.622	851.777	1.298.010	2.015.853	1.949.316	1.735.476	1.547.782	1.423.609	1.211.447	1.144.408	1.606.793
Liguria	-	-	984.483	912.232	1.739.776	2.222.748	2.092.146	1.737.879	1.464.599	1.280.024	1.150.857	877.873	1.500.928
Trentino Alto Adige	-	-	639.729	841.026	951.732	1.612.717	1.594.261	1.367.130	1.115.784	1.033.714	909.773	1.075.865	1.187.175
Veneto	-	-	773.637	779.035	1.123.238	1.670.178	1.634.881	1.410.720	1.159.734	1.048.389	944.364	1.227.911	1.233.641
Friuli Venezia Giulia	-	-	845.752	761.142	1.383.838	1.737.613	1.705.272	1.445.329	1.126.835	935.270	918.154	1.074.004	1.169.327
Emilia Romagna	-	-	677.989	786.457	1.114.050	1.690.458	1.651.029	1.473.369	1.250.798	1.126.560	963.940	1.156.282	1.275.005
Toscana	-	-	612.296	792.095	1.116.988	1.736.958	1.687.594	1.474.901	1.236.894	1.125.564	979.031	966.213	1.259.658
Umbria	-	-	653.194	701.897	948.623	1.602.442	1.495.700	1.237.581	1.044.114	964.485	869.253	856.499	1.088.748
Marche	-	-	613.712	675.961	795.146	1.217.070	1.232.079	1.069.053	883.579	826.217	780.807	957.549	912.700
Lazio	-	-	657.224	786.157	1.159.487	1.782.537	2.004.389	1.691.199	1.304.689	1.128.653	1.016.525	978.740	1.331.439
Abruzzo	-	-	644.769	677.984	750.421	955.265	1.085.404	982.560	792.334	738.076	728.876	619.575	812.278
Molise	-	-	572.056	634.932	676.953	804.649	883.797	762.209	615.446	595.692	643.691	711.774	651.704
Campania	-	-	654.207	702.406	942.923	1.364.618	1.391.608	1.150.627	947.523	876.363	816.117	1.031.557	987.980
Puglia	-	-	612.542	696.763	793.806	1.515.946	1.421.402	1.133.758	970.940	931.167	871.031	743.715	1.023.305
Basilicata	-	-	792.300	647.013	707.737	1.048.155	1.044.901	921.516	797.841	761.022	751.714	660.437	814.775
Calabria	-	-	675.569	606.452	681.883	853.291	959.221	904.181	776.132	724.475	726.053	702.096	760.044
Sicilia	-	-	629.841	646.392	710.936	1.023.247	1.209.712	1.064.169	901.475	846.885	798.200	798.886	911.547
Sardegna	-	-	565.409	669.312	839.555	1.218.474	1.337.700	1.175.483	1.008.679	976.119	907.176	1.197.952	1.041.015
Totale	-	-	681.956	756.020	1.042.657	1.721.082	1.695.732	1.420.871	1.178.136	1.064.485	956.061	988.322	1.229.022

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996

FEMMINI

Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età											Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80		Senza ind.
Piemonte	-	-	519.227	650.583	897.245	1.308.975	955.718	824.788	764.191	740.754	778.077	284.842	803.769
Valle d'Aosta	-	-	-	605.302	724.613	919.927	717.597	674.404	642.406	613.512	619.521	379.584	652.183
Lombardia	-	-	576.296	691.790	950.228	1.466.311	962.427	851.650	779.694	762.313	796.922	1.027.845	828.034
Liguria	-	-	566.372	604.487	840.457	1.121.341	825.527	732.533	663.485	652.750	667.379	315.158	689.764
Trentino Alto Adige	-	-	599.218	680.157	721.677	881.760	755.131	704.446	647.169	631.364	635.471	804.259	662.684
Veneto	-	-	615.550	638.632	741.366	1.029.712	793.457	730.476	664.115	666.452	683.221	765.599	697.656
Friuli Venezia Giulia	-	-	630.036	640.504	742.636	1.004.954	807.640	721.249	645.054	635.176	665.696	889.252	677.332
Emilia Romagna	-	-	522.496	615.419	733.390	1.059.321	898.714	810.267	753.920	729.303	690.423	485.648	760.983
Toscana	-	-	636.002	607.288	689.356	974.419	819.486	749.744	660.245	648.710	646.940	470.990	683.990
Umbria	-	-	548.780	663.698	717.558	847.300	794.676	726.106	643.412	630.237	624.020	731.523	664.189
Marche	-	-	499.880	594.598	610.966	748.726	700.422	674.481	630.857	626.952	624.681	656.509	644.017
Lazio	-	-	508.692	666.266	905.641	1.065.249	933.662	794.490	676.009	667.826	668.355	708.999	719.042
Abruzzo	-	-	496.559	552.896	607.823	709.647	697.982	659.254	587.172	596.283	605.895	524.756	614.391
Molise	-	-	-	476.640	568.845	636.814	650.283	612.009	601.861	611.358	630.705	519.053	621.003
Campania	-	-	502.038	579.691	627.317	709.548	740.922	694.727	614.121	622.489	636.558	593.884	644.777
Puglia	-	-	617.725	591.469	663.661	782.855	821.083	775.246	682.076	670.317	637.607	642.321	689.629
Basilicata	-	-	556.050	549.154	607.101	640.098	699.331	671.988	624.092	619.019	599.551	623.761	631.739
Calabria	-	-	604.571	561.535	616.533	683.220	769.372	714.557	644.981	636.640	625.506	654.354	660.084
Sicilia	-	-	573.772	577.237	617.274	712.278	746.150	694.841	572.874	587.732	600.587	633.776	612.011
Sardegna	-	-	440.921	568.663	637.798	686.591	731.785	687.897	604.616	601.345	611.107	643.270	631.124
Totale	-	-	564.986	625.643	748.400	1.053.975	860.052	767.922	683.956	675.207	686.018	869.963	718.199

REGIONI	Classi di età												
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	Totale
Piemonte	-	-	621.786	720.912	1.036.176	1.748.331	1.442.038	1.228.567	1.083.628	972.795	891.574	471.559	1.113.923
Valle d'Aosta	-	-	380.883	666.212	1.213.745	1.647.273	1.350.373	1.097.707	989.940	904.823	849.806	342.365	1.044.626
Lombardia	-	-	670.031	795.598	1.152.907	1.873.111	1.486.531	1.291.299	1.150.900	1.044.466	934.411	1.042.444	1.189.368
Liguria	-	-	827.691	835.342	1.412.929	1.974.012	1.540.985	1.255.207	1.079.104	948.606	861.862	513.347	1.089.643
Trentino Alto Adige	-	-	631.476	792.031	862.644	1.422.002	1.192.297	1.020.140	895.965	809.032	732.539	920.257	904.769
Veneto	-	-	717.019	730.064	985.916	1.521.249	1.277.730	1.084.303	918.438	843.376	778.583	975.741	960.813
Friuli Venezia Giulia	-	-	784.909	719.207	1.148.607	1.559.445	1.324.370	1.094.316	891.958	790.035	764.788	977.669	925.046
Emilia Romagna	-	-	638.676	733.940	955.672	1.491.216	1.280.810	1.128.607	996.221	906.529	792.583	714.547	998.253
Toscana	-	-	640.387	730.403	971.496	1.511.981	1.285.143	1.123.693	951.320	874.294	781.545	683.415	964.171
Umbria	-	-	614.522	687.848	854.911	1.368.939	1.157.485	981.307	842.797	785.730	722.962	782.733	867.401
Marche	-	-	570.051	643.809	711.524	1.027.739	955.346	840.997	761.491	722.870	687.060	807.024	773.079
Lazio	-	-	613.292	743.009	1.047.720	1.509.693	1.407.970	1.255.490	999.476	886.050	817.165	820.546	1.014.997
Abruzzo	-	-	596.819	632.924	693.906	842.965	876.632	819.564	692.452	665.221	659.337	579.227	710.339
Molise	-	-	572.056	586.659	631.029	750.829	742.267	695.957	608.730	603.566	636.340	645.413	635.555
Campania	-	-	604.801	657.532	822.313	1.134.359	1.019.561	929.922	781.125	711.797	711.427	783.542	811.523
Puglia	-	-	614.087	656.403	739.129	1.263.605	1.093.782	959.826	829.788	796.846	711.328	671.593	858.979
Basilicata	-	-	739.800	611.845	664.063	865.787	833.616	780.945	711.785	686.865	667.192	636.431	718.015
Calabria	-	-	649.752	585.685	651.998	772.321	830.756	800.889	711.374	679.445	670.773	669.985	714.583
Sicilia	-	-	615.214	627.313	681.614	925.319	1.001.920	910.730	747.021	718.797	697.480	732.006	770.366
Sardegna	-	-	535.360	638.957	764.027	1.020.616	1.012.032	950.617	816.244	789.075	755.990	947.139	843.164
Totale	-	-	648.029	709.938	923.752	1.518.964	1.290.278	1.099.433	933.312	856.504	793.395	644.305	964.332

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996

MASCHI

Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	690.412	683.628	691.903	692.259	704.404	631.723	547.081	472.848	422.371	347.384	305.754	403.950	392.865
Valle d'Aosta	696.807	663.711	755.919	1.010.329	662.276	557.610	410.289	437.791	396.208	303.196	248.882	-	361.346
Lombardia	733.161	698.509	728.564	679.093	711.786	651.039	564.613	485.621	427.982	370.838	346.071	562.317	431.122
Liguria	707.175	682.287	726.164	697.727	689.322	599.062	533.207	450.418	381.778	306.876	266.571	659.050	357.244
Trentino Alto Adige	694.528	659.840	569.107	638.989	625.944	568.472	501.628	411.987	370.872	293.357	222.419	-	347.411
Veneto	683.318	642.166	674.538	640.456	661.019	589.318	526.007	474.112	416.077	331.842	259.792	522.335	378.435
Friuli Venezia Giulia	698.949	705.930	670.195	663.155	643.940	619.911	526.183	445.635	374.295	303.235	224.133	-	345.705
Emilia Romagna	700.184	680.893	689.483	690.814	661.594	598.466	519.027	469.342	423.815	369.862	284.909	151.583	380.725
Toscana	683.851	664.557	689.044	678.714	651.041	609.419	523.798	459.160	397.608	321.420	247.035	264.225	347.079
Umbria	691.403	653.457	785.341	673.210	705.942	597.825	501.687	456.142	370.793	291.042	188.625	787.225	307.782
Marche	681.188	591.976	653.728	639.420	640.691	576.015	523.138	454.937	373.571	296.939	200.028	-	311.578
Lazio	718.910	715.659	818.230	683.227	754.899	681.084	602.232	508.416	415.416	315.346	237.825	403.062	372.694
Abruzzo	659.134	646.669	641.650	636.041	638.998	580.650	546.760	459.158	324.941	231.272	156.385	458.500	262.546
Molise	673.979	614.695	664.300	650.618	597.037	625.258	542.364	463.223	312.328	213.995	148.044	-	237.360
Campania	689.650	637.309	710.565	663.301	686.358	659.061	601.560	533.651	413.009	301.902	220.130	259.467	368.283
Puglia	672.063	661.058	671.860	668.776	659.472	641.267	609.427	548.554	477.116	389.906	327.062	45.225	421.428
Basilicata	674.558	630.483	671.321	628.610	634.951	616.622	584.545	487.453	358.316	268.315	213.626	-	303.151
Calabria	668.507	648.481	622.281	647.246	639.817	628.515	589.400	518.357	441.947	334.861	256.084	95.907	360.676
Sicilia	658.305	654.946	704.271	662.912	674.116	652.837	622.073	545.358	424.456	313.417	227.744	659.050	353.696
Sardegna	692.360	632.996	641.241	669.345	653.496	612.582	593.842	496.007	421.246	296.004	219.098	-	360.026
Totale	697.008	668.727	702.388	669.989	680.829	628.081	559.062	488.656	414.386	332.587	264.228	417.633	374.197

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996

FEMMINE
Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	737.804	667.907	721.737	803.365	860.190	826.836	803.162	781.424	750.860	684.391	631.645	841.129	701.403
Valle d'Aosta	672.980	652.845	686.178	800.214	797.909	803.188	770.878	769.221	817.274	791.994	784.891	-	789.852
Lombardia	717.541	705.154	719.812	846.518	881.491	866.802	840.178	829.077	823.486	781.328	722.667	805.255	783.864
Liguria	706.885	684.737	738.950	840.328	887.047	890.433	839.291	828.530	815.070	771.899	752.307	938.642	783.808
Trentino Alto Adige	682.357	628.626	624.144	768.997	764.175	724.270	682.693	645.164	627.630	581.810	534.711	747.566	596.682
Veneto	683.103	662.837	694.624	768.959	784.317	713.251	715.257	678.893	659.843	621.067	578.353	829.736	635.538
Emilia Venezia Giulia	648.668	675.715	723.326	768.212	779.614	749.765	720.121	671.383	623.426	607.163	598.882	796.637	625.320
Emilia Romagna	721.627	662.916	680.228	776.338	796.292	781.034	745.785	708.077	679.436	612.527	549.640	654.608	623.148
Toscana	660.000	670.525	712.313	780.452	803.337	773.721	745.933	715.934	697.231	646.131	600.336	860.640	654.302
Lombria	626.803	696.076	695.895	793.425	791.926	741.574	663.702	630.857	603.014	541.133	495.657	758.428	561.334
Marche	662.978	623.687	645.164	770.685	747.126	677.155	618.938	559.488	547.457	494.150	434.034	814.714	506.778
Lazio	687.111	667.098	786.781	831.486	886.354	850.250	809.370	760.943	722.052	674.668	640.962	846.077	701.671
Abruzzo	670.296	631.541	654.697	729.026	713.389	632.973	600.558	532.349	496.406	451.449	416.036	740.964	477.778
Molise	655.435	580.061	585.005	692.711	631.329	610.810	533.926	438.755	396.197	345.653	311.977	621.330	378.434
Campania	693.289	659.682	691.658	757.408	761.667	737.429	699.171	616.612	614.650	565.082	530.382	750.514	598.350
Puglia	664.769	664.702	686.997	726.902	739.207	705.552	665.234	624.882	604.670	571.652	535.597	732.276	587.468
Basilicata	671.578	683.519	612.701	708.147	692.090	655.587	617.531	536.911	493.783	419.565	374.372	621.494	459.324
Calabria	686.067	623.395	681.543	685.447	670.934	651.018	607.841	561.672	533.384	485.946	442.713	654.515	508.789
Sicilia	639.236	650.428	668.504	712.324	709.318	692.497	664.105	628.717	598.281	557.043	529.119	720.221	579.117
Sardegna	627.519	655.472	649.876	737.326	756.780	732.133	697.500	660.748	616.668	613.484	581.484	752.246	629.720
Totale	690.956	667.578	707.525	776.997	798.278	775.123	742.972	708.159	684.757	636.590	594.197	790.613	652.960

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996

MASCHI+FEMMINE

Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età											Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80		Senza ind.
Piemonte	713.903	676.095	712.205	785.981	839.746	800.429	771.120	745.784	714.700	649.463	589.811	838.628	664.896
Valle d'Aosta	686.879	659.183	650.546	827.769	783.360	772.573	727.922	731.806	783.989	745.257	731.389	-	746.530
Lombardia	725.473	702.037	742.430	822.942	855.756	839.277	808.230	791.177	786.048	744.259	682.696	804.225	747.549
Liguria	707.017	683.659	733.622	817.174	858.300	853.738	805.977	790.977	776.869	733.623	705.417	937.847	743.408
Trentino Alto Adige	688.501	646.246	605.289	749.393	712.401	703.369	662.276	623.356	600.962	557.933	500.603	747.566	570.593
Veneto	683.215	651.883	688.281	749.644	767.258	724.734	696.472	660.670	639.877	597.276	545.442	825.518	611.120
Friuli Venezia Giulia	676.180	690.823	704.483	753.084	761.027	733.051	699.183	651.316	605.246	586.860	567.525	796.637	602.477
Emilia Romagna	709.525	672.690	683.665	763.737	774.607	751.461	713.121	676.214	646.638	582.927	510.496	645.886	589.808
Toscana	670.427	667.816	704.000	765.688	779.485	751.477	720.039	688.126	667.931	614.090	557.722	857.157	620.063
Umbria	663.141	669.049	722.729	772.836	779.782	723.141	644.383	613.572	575.945	513.007	452.038	758.649	529.790
Marche	673.484	604.867	648.258	751.401	731.547	662.775	607.800	548.509	529.580	473.078	398.464	814.711	482.310
Lazio	704.039	690.735	797.875	814.360	868.712	831.722	789.016	739.000	693.304	640.634	591.897	842.328	666.991
Abruzzo	664.535	639.894	649.445	715.599	704.187	626.939	594.637	525.810	478.273	426.749	370.370	738.442	449.329
Molise	665.325	595.935	618.045	688.431	627.495	611.882	534.844	411.711	384.390	326.729	275.904	621.340	355.161
Campania	691.527	648.691	698.908	741.227	750.626	728.131	688.851	634.318	591.502	534.412	480.671	748.824	568.330
Puglia	668.634	662.895	681.015	716.952	728.025	697.814	659.012	616.661	590.439	549.895	501.402	730.169	565.225
Basilicata	672.855	653.212	650.878	701.165	684.265	650.760	613.800	530.575	475.937	397.329	337.649	621.494	433.108
Calabria	675.285	635.095	659.496	680.159	666.361	648.249	605.777	557.010	522.669	466.897	405.651	645.864	486.943
Sicilia	648.312	652.751	679.184	705.601	705.081	688.824	660.805	622.752	585.760	538.261	489.026	720.139	557.280
Sardegna	660.590	634.324	646.475	724.580	740.567	719.501	687.702	646.780	628.083	587.912	532.384	752.246	601.156
Totale	694.062	668.158	703.706	761.116	781.551	756.793	722.444	685.777	657.810	606.557	551.136	788.560	621.245

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero pensioni - Anno 1996

MASCHI

Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età										oltre 80	Senza ind.	Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79			
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	2.146	2.458	1.407	2	6.013
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	56	67	52	-	175
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	5.149	5.026	3.119	5	13.899
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	1.403	1.710	1.014	1	4.128
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	574	615	301	-	1.490
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	2.611	2.801	1.450	2	6.864
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	987	1.030	441	2	2.460
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	2.719	2.947	1.381	4	7.051
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	2.887	3.310	1.822	-	8.019
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	1.152	1.344	771	1	3.268
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	1.359	1.520	991	1	3.871
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	5.008	5.453	2.355	16	12.832
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	1.794	1.682	725	1	4.202
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	342	291	118	-	751
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	6.387	6.209	2.376	9	14.981
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	3.342	3.187	1.381	1	7.911
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	641	606	358	2	1.607
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	2.086	1.976	824	6	4.892
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	4.857	5.322	2.587	4	12.770
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	1.142	872	325	-	2.339
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	46.642	49.026	23.798	57	119.523

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero pensioni - Anno 1996

FEMMINI

Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età										Senza ind.	Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79			oltre 80
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	9.655	12.616	8.201	33	30.485
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	309	420	275	-	1.004
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	20.677	28.179	19.982	55	68.893
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	6.280	8.858	6.389	20	21.557
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	1.951	2.355	1.405	1	5.712
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	12.624	16.151	10.514	25	39.644
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	3.771	5.168	3.118	2	12.059
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	8.928	12.044	8.397	19	29.388
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	15.029	20.222	12.715	32	47.998
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	3.803	4.839	3.425	3	12.070
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	4.242	5.566	4.136	12	13.956
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	19.836	24.137	13.394	68	57.435
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	6.291	7.361	3.552	10	17.214
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	976	1.143	587	1	2.707
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	23.734	27.251	12.726	69	63.780
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	16.262	18.975	8.818	33	44.118
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	1.993	2.125	1.344	8	5.470
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	7.400	8.844	3.921	23	20.188
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	32.312	36.379	15.971	35	84.697
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	6.306	7.004	3.034	5	16.349
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	202.359	249.937	141.974	454	594.724

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero pensioni - Anno 1996
 MASCHI+FEMMINE
 Pensioni sociali

REGIONE	Classi di età											Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80		
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	11.781	15.074	9.608	35	36.498
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	365	487	327	-	1.179
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	25.826	33.805	23.101	60	82.792
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	7.683	10.568	7.413	21	25.685
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	2.525	2.970	1.706	1	7.202
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	15.235	19.252	11.994	27	46.508
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	4.758	6.198	3.559	4	14.519
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	11.647	14.991	9.778	23	36.439
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	17.916	23.532	14.537	32	56.017
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	4.955	6.183	4.196	4	15.338
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	5.601	7.086	5.127	13	17.827
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	24.844	29.590	15.749	84	70.267
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	8.085	9.043	4.277	11	21.416
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	1.318	1.434	705	1	3.458
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	30.121	33.460	15.102	78	78.761
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	19.604	22.162	10.229	34	52.029
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	2.634	2.731	1.702	10	7.077
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	9.486	10.820	4.745	29	25.080
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	37.169	41.701	18.558	39	97.467
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	7.448	7.876	3.359	5	18.688
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	249.001	298.963	165.772	511	714.247

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996

MASCHI

Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età											Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80		Senza ind.
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	398.094	418.598	431.009	438.050	414.191
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	380.014	396.832	409.923	-	395.340
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	395.915	410.415	425.554	375.550	408.428
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	406.477	422.721	425.718	-	417.925
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	391.389	414.596	431.514	-	409.073
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	401.903	421.497	428.049	375.550	415.414
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	392.045	396.803	409.468	438.050	397.198
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	390.101	401.204	408.855	438.050	398.467
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	388.804	406.351	411.492	-	401.202
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	380.770	385.775	385.698	-	384.028
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	386.314	395.923	393.579	375.550	391.944
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	415.221	426.515	438.344	438.050	424.293
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	386.526	391.674	400.411	375.550	390.979
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	380.983	403.291	395.094	-	391.844
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	424.773	436.256	451.623	403.327	433.778
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	396.418	407.504	419.481	375.550	404.932
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	379.052	388.901	385.622	375.550	384.225
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	400.493	405.358	423.329	396.383	406.300
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	412.212	419.409	428.340	438.050	418.487
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	394.783	412.725	427.005	-	405.949
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	402.311	414.427	423.354	1.240.092	411.477

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensionati vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996
 FEMMINE
 Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	332.973	346.599	413.507	318.106	360.261
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	329.689	321.877	363.967	-	335.810
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	336.539	357.098	417.061	374.466	368.333
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	356.909	368.081	406.422	356.142	376.196
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	338.811	358.194	394.973	500.550	360.645
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	335.551	352.595	411.955	335.424	362.945
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	340.609	342.745	384.311	371.075	352.829
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	357.594	366.307	402.286	379.998	373.949
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	349.599	359.378	395.502	330.136	365.866
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	364.861	375.535	392.903	375.550	377.100
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	356.181	368.891	394.543	357.120	372.620
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	371.633	381.597	425.445	394.129	388.396
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	365.074	371.019	396.246	358.315	374.045
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	365.022	383.336	401.347	375.550	380.636
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	387.363	399.733	439.259	405.263	403.022
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	360.900	370.918	410.150	364.628	375.089
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	361.864	375.313	386.536	328.612	373.102
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	380.826	388.622	419.258	384.702	391.710
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	371.995	383.718	418.887	375.324	385.874
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	356.654	364.982	400.426	400.550	368.358
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	360.410	371.523	412.299	370.952	377.475

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1996
 MASCHILE-FEMMINE
Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età											Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80		Senza ind.
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	421.640	428.155	187.453	341.654	441.958
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	398.559	385.181	411.480	-	404.719
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	435.130	439.038	183.686	408.607	450.732
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	447.719	449.686	473.882	374.920	456.225
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	453.961	466.464	187.118	500.550	467.353
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	418.676	424.360	470.820	365.468	431.870
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	143.221	121.829	442.225	809.125	433.856
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	476.398	464.491	469.528	472.219	469.552
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	424.286	425.891	454.467	330.136	432.895
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	480.203	482.681	479.727	542.400	481.077
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	479.944	477.012	488.846	388.416	481.334
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	476.464	477.955	502.517	497.200	483.191
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	475.299	460.517	477.974	395.870	469.484
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	498.522	486.011	480.770	375.550	489.315
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	501.673	499.132	523.579	457.871	504.910
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	412.368	439.572	475.623	376.008	477.699
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	183.777	486.218	489.254	422.500	185.981
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	493.722	479.190	508.221	488.106	490.165
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	133.957	145.075	488.270	425.387	148.970
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	428.148	416.366	446.166	400.550	426.136
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	453.140	452.814	483.262	423.058	460.171

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1996

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	1.106	227	1	706.376	565.980	100
30-39	10.519	2.898	42	791.331	618.592	1.394.848
40-49	48.014	14.118	2.170	1.101.281	681.663	2.118.978
50-54	154.667	66.302	10.711	1.882.378	1.166.606	2.824.219
55-59	373.236	179.315	24.810	1.889.255	1.116.125	2.973.558
60-64	726.645	221.538	35.652	1.492.683	943.810	2.921.634
65-69	874.177	283.760	84.912	1.289.577	759.731	1.326.692
70-79	1.186.900	331.647	94.808	1.152.204	688.725	1.189.269
oltre 80	560.782	209.186	48.333	1.057.456	659.774	971.421
senza ind.	1.908	940	378	1.184.938	925.298	134.307
Totale	3.938.254	1.310.261	301.817	1.328.871	825.199	1.607.977

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1996

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	468	76	1	573.082	522.564	85
30-39	5.966	1.368	24	643.788	531.836	1.462.849
40-49	32.898	10.428	500	780.660	577.530	2.189.473
50-54	64.147	35.365	1.193	1.190.611	750.663	2.698.471
55-59	452.410	87.383	4.324	877.408	681.619	2.650.026
60-64	649.972	299.772	4.193	815.479	644.170	2.243.395
65-69	669.884	336.206	207.247	803.254	627.865	389.345
70-79	1.035.475	545.940	260.056	779.114	613.698	390.607
oltre 80	654.558	423.878	154.276	806.059	603.633	403.066
senza ind.	7.188	641	1.353	1.023.978	711.381	126.869
Totale	1.572.966	1.245.197	423.187	813.279	625.172	426.175

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1996

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	1.574	303	2	666.744	555.090	123
30-39	16.485	4.266	66	737.935	590.772	1.419.576
40-49	80.912	24.876	2.670	970.921	638.011	2.156.561
50-54	218.814	101.667	11.904	1.679.581	1.021.920	2.811.616
55-59	825.646	266.698	29.134	1.334.817	973.760	2.925.540
60-64	1.376.617	521.310	39.845	1.172.940	771.506	2.850.261
65-69	1.544.361	619.906	292.159	1.078.629	688.220	661.772
70-79	2.222.375	877.587	354.864	978.369	642.051	603.983
oltre 80	1.215.340	633.064	202.609	922.058	622.184	538.649
senza ind.	9.096	1.581	1.731	1.057.741	838.568	128.494
Totale	7.511.220	3.051.318	934.984	1.084.564	711.065	807.666

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1996

Maschi

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	1.362	455	17	706.434	656.617	1.022.832
15-19	2.113	659	56	674.961	607.224	1.157.247
20-29	1.942	551	85	715.587	563.211	1.303.019
30-39	3.122	617	31	686.354	553.019	1.393.124
40-49	11.635	3.116	181	705.988	551.439	1.291.055
50-54	10.459	3.290	157	652.653	515.587	1.348.576
55-59	17.181	6.180	221	578.310	475.935	1.387.233
60-64	21.391	9.643	225	506.704	424.571	1.278.682
65-69	34.299	15.299	261	449.598	320.645	1.281.772
70-79	74.736	39.756	370	389.293	217.123	1.284.954
oltre 80	86.686	67.778	247	358.866	140.013	1.135.837
senza ind.	17	24	1	196.786	226.563	1.283.100
Totale	267.973	147.398	1.855	443.713	236.433	1.278.607

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1996

Femmine

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione					
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	1.303	416	20	700.409	637.537	1.186.221
15-19	2.093	629	52	678.740	594.382	1.103.681
20-29	3.530	1.066	105	725.301	598.915	1.212.576
30-39	15.915	5.444	463	802.000	661.804	1.272.026
40-49	63.433	23.762	2.718	829.032	641.440	1.451.669
50-54	69.276	25.506	2.864	809.353	603.325	1.477.126
55-59	136.838	45.665	5.183	777.104	559.398	1.459.230
60-64	228.522	64.954	8.246	758.976	436.356	1.440.842
65-69	349.766	88.964	11.684	744.691	351.085	1.431.211
70-79	812.341	210.153	25.287	711.542	255.773	1.393.629
oltre 80	781.928	223.905	24.981	685.129	196.600	1.311.627
senza ind.	12.910	87	11	793.147	357.575	1.241.850
Totale	2.477.855	690.551	81.614	722.616	316.320	1.386.530

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio

Anno 1996

Maschi+Femmine

CLASSI DI ETÀ	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione					
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	2.665	871	37	703.488	647.504	1.111.151
15-19	4.206	1.288	108	676.842	600.953	1.131.456
20-29	5.472	1.617	190	721.853	586.748	1.253.037
30-39	19.037	6.091	497	783.034	650.248	1.280.310
40-49	75.068	26.878	2.899	809.961	631.006	1.441.641
50-54	79.735	28.796	3.021	788.799	593.300	1.470.445
55-59	154.019	51.845	5.404	754.928	549.449	1.456.286
60-64	252.913	74.597	8.471	734.647	434.833	1.436.535
65-69	384.065	104.263	11.945	718.338	346.619	1.427.946
70-79	887.077	249.909	25.657	684.393	249.625	1.392.061
oltre 80	868.614	291.683	25.228	652.569	183.451	1.309.906
senza ind.	12.957	111	12	792.072	329.248	1.245.288
Totale	2.745.828	837.949	83.469	695.397	302.267	1.384.131

Pensioni sociali vigenti al 1° gennaio

Anno 1996

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	246.883	246.883	246.705	353.208	353.208	349.558
70-79	292.524	292.524	291.775	364.982	364.982	369.049
oltre 80	173.460	173.460	185.134	398.165	398.165	388.478
senza ind.	606	606	770	362.420	362.420	354.461
Totale	713.473	713.473	724.394	368.973	368.973	367.361

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997

MASCH

Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	89	913	3.828	28.367	75.075	96.225	106.492	132.298	65.938	190	509.415
Valle d'Aosta	-	-	4	57	339	1.121	2.119	2.513	2.826	3.569	1.625	-	14.173
Lombardia	-	-	290	2.310	7.903	56.798	147.954	179.136	191.144	228.078	97.389	688	911.690
Liguria	-	-	15	343	1.894	7.792	21.761	32.100	43.222	60.631	31.872	75	199.705
Trentino Alto Adige	-	-	39	265	792	4.205	11.280	14.751	18.849	24.781	11.665	60	86.687
Veneto	-	-	123	913	3.720	26.002	64.916	79.263	95.306	124.237	54.910	203	449.593
Friuli Venezia Giulia	-	-	18	235	1.361	7.603	19.563	23.112	28.441	52.403	24.003	70	156.809
Emilia Romagna	-	-	169	1.251	4.402	25.279	64.715	83.949	100.707	144.610	73.510	145	498.737
Toscana	-	-	92	813	3.800	16.549	45.550	64.345	86.403	126.151	64.048	187	407.938
Umbria	-	-	19	195	1.002	4.623	11.584	16.237	21.916	32.476	15.145	148	103.345
Marche	-	-	43	502	1.876	7.334	19.581	30.713	41.613	58.626	27.640	122	188.050
Lazio	-	-	42	693	3.673	9.123	29.815	65.763	98.359	126.444	58.148	394	392.454
Abruzzo	-	-	25	308	1.621	3.218	9.288	19.977	32.625	47.187	23.401	109	137.759
Molise	-	-	4	85	407	610	1.843	5.282	9.675	14.375	7.575	16	39.872
Campania	-	-	44	1.010	6.420	12.772	28.306	62.384	98.920	121.672	51.207	209	382.944
Puglia	-	-	66	736	4.228	12.382	27.050	54.308	78.103	101.041	47.988	96	325.998
Basilicata	-	-	9	113	580	1.056	3.193	9.216	14.864	20.178	10.103	23	59.335
Calabria	-	-	22	455	2.308	3.088	7.758	24.345	43.319	63.059	32.461	63	176.878
Sicilia	-	-	57	954	5.251	9.481	27.855	65.013	101.803	140.718	74.027	295	425.454
Sardegna	-	-	23	430	2.309	4.544	11.504	22.600	30.347	39.999	21.733	47	133.536
Totale	-	-	1.193	12.581	57.714	241.947	630.710	951.232	1.244.934	1.662.533	794.388	3.140	5.600.372

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997

FEMMINE

Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	31	438	2.919	12.371	56.997	95.854	108.726	167.822	122.387	316	567.861
Valle d'Aosta	-	-	1	30	168	315	1.134	2.160	2.646	4.086	2.633	5	13.178
Lombardia	-	-	101	1.196	5.422	20.115	107.696	180.676	199.760	303.695	199.138	3.572	1.021.401
Liguria	-	-	4	165	989	2.155	14.054	30.014	39.285	67.489	48.091	98	202.374
Trentino Alto Adige	-	-	7	115	491	1.461	8.105	16.074	18.750	31.053	21.575	71	97.702
Veneto	-	-	64	500	2.035	7.606	37.011	72.308	87.629	143.410	95.943	169	446.705
Friuli Venezia Giulia	-	-	10	110	737	2.346	11.471	21.982	26.746	49.880	37.203	57	150.542
Emilia Romagna	-	-	65	726	3.379	10.990	50.420	90.836	104.052	179.283	124.525	163	564.439
Toscana	-	-	38	365	2.541	6.351	30.515	60.545	81.232	140.165	94.679	175	416.606
Umbria	-	-	5	109	652	1.845	8.089	16.171	21.918	37.255	22.603	118	108.765
Marche	-	-	27	315	1.529	4.371	16.529	31.519	37.728	62.704	41.521	97	196.340
Lazio	-	-	18	366	2.838	5.508	30.109	64.037	89.923	140.409	78.812	474	413.094
Abruzzo	-	-	11	180	1.026	2.473	8.822	20.963	30.412	49.686	30.699	93	144.365
Molise	-	-	1	35	275	600	2.359	7.131	9.067	14.617	9.906	15	44.009
Campania	-	-	18	551	3.787	6.480	27.132	61.313	93.476	136.380	71.451	189	400.807
Puglia	-	-	29	457	2.903	5.518	27.164	52.970	73.321	106.905	60.255	190	329.712
Basilicata	-	-	3	57	427	769	4.195	11.318	14.594	21.766	12.730	28	65.887
Calabria	-	-	21	368	1.961	2.713	14.125	31.750	41.824	65.901	39.480	153	198.296
Sicilia	-	-	15	354	2.331	4.079	19.592	48.103	88.212	136.186	76.992	192	376.056
Sardegna	-	-	6	188	1.282	2.450	9.296	19.828	27.214	39.998	22.806	36	123.104
Totale	-	-	475	6.625	37.692	100.546	484.815	936.215	1.196.515	1.898.720	1.213.429	6.211	5.881.243

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997

MASCHI+FEMMINE
Pensioni dirette

REGIONE	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Scen. Ind.	
Piemonte	-	-	120	1.351	6.747	40.738	132.072	192.079	215.218	300.120	188.325	506	1.077.276
Valle d'Aosta	-	-	5	87	507	1.436	3.253	4.673	5.472	7.655	4.258	5	27.351
Lombardia	-	-	391	3.506	13.325	76.943	255.650	359.812	390.904	531.773	296.527	4.260	1.933.091
Liguria	-	-	19	508	2.883	9.947	35.815	62.144	82.507	128.120	79.963	173	402.079
Trentino Alto Adige	-	-	46	380	1.283	5.666	19.385	40.825	37.599	55.834	33.240	131	184.389
Veneto	-	-	187	1.413	5.755	33.608	101.927	151.571	182.935	267.677	150.853	372	896.298
Friuli Venezia Giulia	-	-	28	345	2.098	9.949	31.034	45.094	55.187	102.283	61.206	127	307.351
Emilia Romagna	-	-	234	1.977	7.781	36.269	115.135	174.785	204.759	323.893	198.035	308	1.063.176
Toscana	-	-	130	1.178	6.341	22.900	76.065	124.890	167.635	266.316	158.727	362	824.544
Umbria	-	-	24	304	1.654	6.468	19.673	32.408	43.834	69.731	37.748	266	212.110
Marche	-	-	70	817	3.405	11.705	36.110	62.232	79.341	121.330	69.161	219	384.390
Lazio	-	-	60	1.059	6.511	14.631	59.924	130.400	188.282	266.853	136.960	868	805.548
Abruzzo	-	-	36	488	2.647	5.691	18.110	40.940	63.037	96.873	54.100	202	282.124
Molise	-	-	5	120	682	1.210	4.202	12.116	18.742	28.992	17.481	31	83.881
Campania	-	-	62	1.561	10.207	19.252	55.438	123.727	192.396	258.052	122.658	398	783.751
Puglia	-	-	95	1.193	7.131	17.900	54.214	107.278	151.424	207.946	108.243	286	655.710
Basilicata	-	-	12	170	1.007	1.825	7.388	20.534	29.458	41.944	22.833	51	125.222
Calabria	-	-	43	823	4.269	5.801	21.883	56.095	85.143	128.960	71.941	216	375.174
Sicilia	-	-	72	1.308	7.582	13.560	47.447	113.116	190.015	276.904	151.019	487	801.510
Sardegna	-	-	29	618	3.591	6.994	20.800	42.428	57.561	79.997	44.539	83	256.640
Totale	-	-	1.668	19.206	95.406	342.493	1.115.525	1.887.447	2.441.449	3.561.253	2.007.817	9.351	11.481.615

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997
MASCHI
Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	160	218	175	294	1.168	1.297	2.334	3.448	5.028	10.982	14.174	-	39.278
Valle d'Aosta	6	12	8	8	29	36	66	87	102	276	275	-	905
Lombardia	347	450	422	596	2.582	2.686	4.783	6.488	8.672	18.723	20.443	2	66.194
Liguria	56	68	76	94	392	415	753	1.089	1.566	3.864	4.809	-	13.182
Trentino Alto Adige	44	65	34	67	258	297	435	560	818	1.727	2.036	-	6.341
Veneto	146	195	142	307	1.184	1.201	1.867	2.577	3.488	8.104	9.483	5	28.699
Friuli Venezia Giulia	55	53	48	85	361	395	676	830	1.153	2.909	3.418	-	9.983
Emilia Romagna	152	165	154	254	1.138	1.278	2.396	3.340	5.036	12.678	16.372	-	42.963
Toscana	66	113	118	202	876	920	1.499	2.160	3.181	8.535	11.575	1	29.246
Umbria	19	27	28	64	193	207	343	515	896	2.465	2.984	1	7.742
Marche	44	69	52	97	356	388	649	936	1.434	3.778	5.443	-	13.246
Lazio	128	170	215	228	1.012	917	1.546	2.179	3.344	8.337	9.752	5	27.833
Abruzzo	30	40	66	76	286	268	472	669	1.116	3.192	4.888	-	11.103
Molise	6	13	13	15	83	44	128	249	433	1.136	1.863	1	3.984
Campania	134	247	249	432	1.447	1.190	1.826	2.863	4.389	9.815	10.981	1	33.574
Puglia	100	176	168	282	937	776	1.177	1.894	2.997	7.643	10.056	2	26.208
Basilicata	10	25	19	24	145	145	229	433	637	1.725	2.714	-	6.106
Calabria	64	101	104	153	517	436	728	1.208	1.758	4.650	7.233	3	16.955
Sicilia	110	169	158	312	1.052	812	1.136	1.731	2.501	6.801	10.674	1	25.457
Sardegna	52	78	104	161	472	366	506	667	943	2.155	3.363	-	8.867
Totale	1.729	2.454	2.353	3.751	14.488	14.074	23.549	33.923	49.492	119.495	152.336	22	417.866

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997

FEMMINE

Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	151	206	359	1.610	7.217	8.178	16.128	25.936	39.637	94.160	98.262	303	292.147
Valle d'Aosta	2	9	16	46	249	292	488	760	1.139	2.642	2.485	-	8.128
Lombardia	322	489	727	3.615	14.537	17.568	35.441	55.441	81.658	186.642	175.785	1.285	573.510
Liguria	55	83	116	534	2.246	2.926	5.975	9.600	15.598	42.193	46.052	56	125.434
Trentino Alto Adige	50	49	70	497	1.472	1.719	3.116	4.805	7.255	18.512	16.942	50	54.437
Veneto	135	186	317	1.783	7.045	8.510	16.132	25.454	38.565	90.808	83.405	339	272.679
Friuli Venezia Giulia	42	54	107	480	2.118	2.609	5.050	8.312	14.307	40.388	38.046	106	111.819
Emilia Romagna	110	177	291	1.472	5.900	6.794	13.271	21.459	34.050	90.548	96.511	28	270.611
Toscana	94	130	241	1.092	4.656	5.426	11.110	17.443	28.730	77.634	84.318	249	231.123
Umbria	16	17	57	290	1.100	1.299	2.580	4.291	7.086	18.804	18.041	113	53.694
Marche	40	36	83	486	2.001	2.321	4.859	7.856	12.296	31.757	31.544	135	93.414
Lazio	108	187	381	1.581	6.452	7.349	13.846	21.866	32.896	79.173	71.430	772	236.031
Abruzzo	32	41	77	427	2.005	1.976	3.837	6.459	9.904	24.806	23.893	152	73.609
Molise	5	12	20	140	572	510	1.042	1.860	2.759	6.853	7.024	18	20.815
Campania	133	273	443	2.008	8.223	8.493	14.525	23.137	34.225	74.038	58.035	530	224.063
Puglia	87	175	265	1.300	5.529	5.691	9.830	15.547	23.941	56.773	53.107	334	172.579
Basilicata	13	30	54	220	1.011	876	1.755	2.991	4.268	9.986	9.376	57	30.637
Calabria	39	103	183	886	3.253	3.141	5.409	9.524	13.644	32.749	30.301	210	99.442
Sicilia	108	166	383	1.922	7.614	7.739	13.677	22.120	32.810	82.132	72.286	893	241.850
Sardegna	45	82	178	738	2.529	2.703	4.660	7.168	10.455	24.428	22.092	46	75.124
Totale	1.587	2.505	4.368	21.027	85.729	96.110	182.731	292.029	445.223	1.085.226	1.038.935	5.676	3.261.146

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997

MASCHILE-FEMMINE

Pensioni indirette

REGIONI	Fino a 14	Classi di età										oltre 80	Senza ind.	Totale
		15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79				
Piemonte	311	424	534	1.904	8.385	9.175	18.462	29.384	11.665	105.112	112.436	303		531.425
Valle d'Aosta	8	21	24	51	278	328	551	817	1.241	2.918	2.760	0		9.033
Lombardia	669	939	1.149	4.211	17.119	20.251	40.224	61.929	90.330	205.365	196.228	1.287		639.704
Liguria	111	151	192	628	2.638	3.341	6.728	10.689	17.164	46.057	50.861	56		138.616
Trentino-Alto Adige	94	114	104	464	1.730	2.016	3.551	5.365	8.073	20.239	18.978	50		60.778
Veneto	281	381	459	2.060	8.229	9.711	17.999	28.031	42.053	98.912	92.888	344		301.578
Emilia-Venezia Giulia	97	107	155	565	2.479	3.004	5.726	9.112	15.460	43.497	41.464	106		121.802
Emilia Romagna	262	342	445	1.726	7.038	8.072	15.667	24.799	39.086	103.226	112.883	28		313.574
Toscana	160	243	359	1.294	5.532	6.346	12.609	19.603	31.911	86.169	95.893	250		260.369
Umbria	35	44	85	351	1.293	1.506	2.923	4.806	7.982	21.269	21.025	114		61.436
Marche	84	105	135	583	2.357	2.709	5.508	8.792	13.730	35.535	36.987	135		106.660
Lazio	236	357	596	1.809	7.461	8.256	15.392	24.015	36.240	87.510	81.182	777		263.864
Abruzzo	62	81	143	503	2.291	2.244	4.309	7.128	11.020	27.998	28.781	152		84.712
Molise	11	25	33	155	655	554	1.170	2.169	3.192	7.989	8.887	19		24.799
Campania	267	520	692	2.410	9.670	9.683	16.351	26.000	38.614	83.853	69.016	531		257.637
Puglia	187	351	433	1.582	6.466	6.467	11.007	17.441	26.938	64.416	63.163	336		198.787
Basilicata	23	55	73	241	1.156	1.021	1.984	3.424	1.905	11.711	12.090	57		36.743
Calabria	103	204	287	1.039	3.770	3.577	6.157	10.732	15.402	37.399	37.534	213		116.397
Sicilia	218	335	541	2.234	8.666	8.551	14.813	23.851	35.311	88.933	82.960	894		267.307
Sardegna	97	160	282	899	3.001	3.069	5.166	7.835	11.398	26.583	25.455	46		83.991
Totale	3.316	4.959	6.721	24.778	100.217	110.184	206.280	325.952	494.715	1.204.721	1.191.471	5.698		3.679.012

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensionati vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997

MASCHI

Pensionati dirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	610 413	802 140	1 140 899	1 966 286	1 957 990	1 747 223	1 505 167	1 341 574	1 149 046	1 153 466	1 550 005
Valle d'Aosta	-	-	679 750	728 741	1 338 546	1 908 469	1 849 026	1 549 899	1 394 321	1 291 887	1 266 920	-	1 486 697
Lombardia	-	-	716 789	871 866	1 293 206	2 083 159	2 049 999	1 859 507	1 632 105	1 500 050	1 300 773	1 367 744	1 697 919
Liguria	-	-	736 556	994 222	1 698 123	2 301 809	2 178 838	1 860 999	1 546 111	1 356 906	1 201 596	1 106 122	1 582 771
Trentino Alto Adige	-	-	730 688	866 611	983 145	1 657 011	1 674 588	1 467 548	1 209 116	1 095 395	948 335	1 490 713	1 263 622
Veneto	-	-	749 691	837 429	1 172 256	1 718 368	1 708 184	1 522 834	1 256 931	1 104 331	986 654	1 403 237	1 313 976
Friuli Venezia Giulia	-	-	772 816	817 385	1 472 648	1 782 364	1 789 900	1 568 637	1 213 527	982 131	948 939	1 397 513	1 248 587
Emilia Romagna	-	-	734 345	816 976	1 227 714	1 731 483	1 733 141	1 585 361	1 332 561	1 190 181	1 011 590	1 410 720	1 355 910
Toscana	-	-	633 811	783 520	1 210 588	1 770 740	1 769 957	1 592 864	1 315 037	1 184 866	1 026 485	1 190 250	1 339 795
Umbria	-	-	607 671	747 292	987 491	1 610 974	1 584 120	1 344 029	1 109 699	1 016 108	910 296	1 228 238	1 159 935
Marche	-	-	595 287	704 754	831 451	1 287 364	1 329 260	1 111 325	917 702	861 705	813 430	1 096 283	972 650
Lazio	-	-	661 928	805 879	1 218 340	1 884 883	2 142 618	1 864 402	1 389 192	1 192 842	1 060 782	1 145 715	1 421 561
Abruzzo	-	-	602 357	699 658	809 612	1 039 801	1 211 555	1 084 162	842 990	771 860	571 138	736 405	867 038
Molise	-	-	728 875	659 512	697 272	941 039	1 007 113	815 628	641 336	619 389	663 258	889 406	686 505
Campania	-	-	577 688	728 496	986 537	1 451 880	1 529 997	1 263 839	989 000	917 017	850 888	1 086 663	1 046 545
Puglia	-	-	632 589	738 660	861 697	1 698 879	1 536 472	1 229 573	1 018 654	972 225	913 490	861 356	1 089 677
Basilicata	-	-	719 394	661 979	758 301	1 155 992	1 162 888	1 007 602	833 339	795 456	778 879	803 337	860 326
Calabria	-	-	871 354	636 918	703 188	901 347	1 063 509	983 810	809 068	753 237	750 096	868 330	813 058
Sicilia	-	-	615 613	686 464	748 486	1 089 003	1 308 881	1 153 710	945 987	886 536	832 489	916 983	961 544
Sardegna	-	-	613 699	715 994	893 791	1 328 867	1 477 714	1 270 370	1 057 414	1 018 786	949 930	1 152 525	1 105 460
Totale	-	-	685 611	787 736	1 075 302	1 779 058	1 793 012	1 541 501	1 246 752	1 120 345	998 904	1 182 000	1 305 034

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997

FEMMINE

Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Scenari ind.	
Piemonte	-	-	445.284	683.875	906.178	1.366.428	1.035.032	864.812	798.797	772.260	804.047	483.155	839.575
Valle d'Aosta	-	-	138.800	638.421	754.119	952.015	820.153	703.789	668.857	643.921	640.131	657.127	681.872
Lombardia	-	-	606.876	726.159	958.201	1.569.247	1.054.037	888.599	816.524	794.107	827.712	1.068.578	866.185
Liguria	-	-	943.500	579.394	936.915	1.197.063	896.159	769.519	693.246	678.246	693.482	403.896	720.042
Trentino Alto Adige	-	-	842.393	693.787	753.530	927.454	803.412	730.308	678.761	656.666	655.691	840.248	689.707
Veneto	-	-	607.340	658.537	769.288	1.095.627	853.747	759.709	692.488	693.516	708.901	781.476	727.783
Friuli Venezia Giulia	-	-	430.035	670.949	785.045	1.107.559	875.231	749.297	671.716	659.026	687.736	921.273	705.731
Emilia Romagna	-	-	540.254	666.927	769.253	1.127.042	968.621	848.184	785.344	763.403	719.455	665.878	796.665
Toscana	-	-	581.367	636.629	728.445	1.056.636	885.730	783.045	693.138	675.745	670.942	482.067	715.023
Umbria	-	-	649.170	635.532	752.206	896.457	853.066	757.819	674.585	655.851	648.071	751.045	692.579
Marche	-	-	531.540	623.815	640.475	805.874	740.962	700.389	656.202	649.101	648.075	724.780	669.619
Lazio	-	-	539.439	663.086	973.238	1.182.364	1.029.526	838.255	708.299	695.014	695.355	768.489	753.224
Abruzzo	-	-	482.527	587.355	628.163	760.722	751.156	687.337	610.111	618.200	627.470	579.047	639.069
Molise	-	-	141.650	508.881	599.083	663.443	690.502	663.862	621.726	633.489	652.960	651.720	643.517
Campania	-	-	516.744	591.666	656.474	761.398	788.843	724.793	633.395	645.256	659.180	671.298	668.781
Puglia	-	-	613.168	619.717	690.666	849.573	869.791	803.722	706.549	701.316	664.856	674.779	728.400
Basilicata	-	-	479.150	554.977	636.431	682.756	739.303	700.746	647.559	641.819	623.167	708.757	656.209
Calabria	-	-	580.919	597.746	647.129	749.207	820.223	749.340	667.383	663.320	649.075	705.073	687.207
Sicilia	-	-	683.213	592.757	642.629	766.736	796.545	724.203	593.998	609.894	624.353	672.194	635.394
Sardegna	-	-	404.258	623.654	674.317	742.236	777.579	721.944	627.859	625.491	633.762	645.572	657.391
Totale	-	-	571.446	649.373	777.179	1.132.550	930.256	802.430	713.443	703.067	712.413	897.049	749.603

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997
 MASCHI+FEMMINE
Pensioni dirette

REGIONI	Classi di età											Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	
Piemonte	-	-	567.755	763.798	1.039.350	1.784.126	1.559.678	1.306.870	1.148.316	1.023.223	924.841	734.853 1.175.518
Valle d'Aosta	-	-	571.560	697.596	1.144.890	1.698.662	1.490.360	1.158.802	1.043.521	947.422	879.335	657.127 1.098.924
Lombardia	-	-	688.397	822.161	1.156.891	1.948.829	1.630.436	1.372.005	1.215.326	1.096.887	983.080	1.116.894 1.258.450
Liguria	-	-	780.123	859.485	1.436.994	2.064.817	1.675.508	1.333.514	1.140.200	999.412	896.009	708.329 1.148.543
Trentino Alto Adige	-	-	747.686	814.309	895.272	1.468.892	1.310.344	1.083.107	944.637	851.388	758.390	1.138.171 959.522
Veneto	-	-	700.972	774.127	1.029.764	1.577.433	1.397.927	1.158.780	976.134	884.188	810.002	1.120.770 1.021.824
Friuli Venezia Giulia	-	-	650.394	770.695	1.231.102	1.623.243	1.451.814	1.169.233	950.942	824.564	790.171	1.183.767 982.693
Emilia Romagna	-	-	680.431	761.874	1.028.622	1.548.329	1.398.342	1.202.249	1.054.483	953.948	827.895	1.016.534 1.059.008
Toscana	-	-	618.481	738.006	1.017.381	1.572.693	1.415.232	1.200.275	1.013.679	916.910	814.407	847.896 1.024.125
Umbria	-	-	616.316	707.220	894.742	1.407.158	1.283.531	1.051.521	892.132	823.635	753.279	1.016.551 920.286
Marche	-	-	570.699	673.548	745.694	1.107.561	1.059.972	903.196	793.354	753.280	714.159	931.736 817.867
Lazio	-	-	625.181	756.529	1.111.506	1.620.412	1.583.341	1.355.759	1.063.999	930.902	850.502	939.718 1.078.831
Abruzzo	-	-	565.743	658.235	739.281	918.528	987.278	880.971	730.638	693.048	683.558	663.958 750.385
Molise	-	-	611.430	615.599	657.680	803.388	829.368	741.189	631.849	626.498	657.423	774.397 663.951
Campania	-	-	559.995	680.133	864.077	1.219.471	1.167.267	996.584	816.228	773.392	739.214	889.417 853.358
Puglia	-	-	626.660	693.097	792.071	1.437.065	1.202.431	1.019.303	867.530	832.951	775.084	737.406 908.015
Basilicata	-	-	659.333	626.102	706.624	956.584	922.405	838.468	741.300	715.729	692.066	751.411 752.927
Calabria	-	-	729.514	619.403	677.437	830.195	906.473	851.099	739.469	707.288	694.658	752.690 746.540
Sicilia	-	-	629.697	661.103	715.942	992.061	1.097.325	971.061	782.581	750.479	726.377	820.475 808.520
Sardegna	-	-	570.367	687.904	815.438	1.123.370	1.164.808	1.014.072	854.327	822.141	788.037	932.642 890.532
Totale	-	-	653.100	740.009	957.523	1.589.262	1.418.052	1.174.905	985.386	897.869	825.762	992.733 1.020.525

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997

MASCHI

Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Scenari ind.	
Piemonte	713.053	741.202	708.807	732.229	748.206	680.315	606.185	545.151	517.992	477.669	465.217	-	511.991
Valle d'Aosta	690.333	750.820	737.143	1.045.113	747.965	589.672	475.883	488.723	502.420	442.721	435.018	-	483.231
Lombardia	780.995	728.003	774.740	702.199	755.666	694.183	612.113	554.095	516.046	476.130	475.360	540.400	525.592
Liguria	728.121	722.834	773.348	769.996	751.742	654.555	600.089	531.000	485.293	452.917	435.056	-	487.009
Trentino Alto Adige	732.519	718.813	709.376	672.556	681.253	609.148	556.523	488.843	478.385	428.103	405.704	-	469.535
Veneto	733.133	695.235	727.369	689.177	705.513	642.769	582.599	549.083	510.789	475.623	447.775	719.130	507.105
Friuli Venezia Giulia	738.169	744.249	730.814	659.968	708.461	652.408	574.927	536.839	483.975	450.038	415.833	-	481.559
Emilia Romagna	763.771	706.963	736.298	731.242	696.773	650.550	578.080	549.872	523.786	498.925	457.165	-	508.012
Toscana	700.188	704.661	771.353	738.824	697.967	640.539	582.239	530.125	506.745	471.870	434.205	56.900	487.246
Umbria	697.310	677.766	791.071	709.982	738.707	639.509	595.006	542.802	501.583	469.025	416.798	952.000	478.941
Marche	706.375	616.779	676.910	674.314	706.719	617.042	577.050	541.354	485.902	461.603	416.960	-	473.202
Lazio	787.736	732.843	803.257	739.271	778.186	742.809	659.219	594.138	528.065	477.036	438.192	524.570	516.218
Abruzzo	685.788	660.787	704.942	702.926	693.422	636.893	610.695	519.643	470.432	435.791	396.272	-	452.575
Molise	690.917	670.099	646.492	649.450	649.458	691.870	619.315	524.604	474.228	423.842	379.139	685.400	431.533
Campania	730.720	662.154	734.808	699.520	722.733	702.070	648.990	606.161	530.501	471.081	430.257	76.100	513.050
Puglia	705.200	702.429	712.573	706.781	697.960	683.627	649.556	613.186	567.383	526.047	495.410	214.175	546.660
Basilicata	685.400	644.688	752.952	665.420	666.471	648.213	633.614	552.868	497.040	442.454	425.583	-	468.924
Calabria	714.857	666.557	667.300	679.914	678.226	667.393	641.547	593.483	538.839	487.610	451.467	284.383	506.825
Sicilia	695.886	678.166	715.027	689.467	708.668	688.152	670.601	608.429	527.226	468.361	423.453	685.400	497.430
Sardegna	716.169	702.016	682.871	706.904	690.564	670.743	657.235	571.190	515.445	459.376	428.220	-	505.011
Totale	738.515	703.313	738.591	707.873	722.325	673.619	612.489	562.389	517.484	476.167	369.991	7.763.289	551.538

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997

FEMMINI

Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età											Totale	
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80		Senza ind.
Piemonte	759.924	717.245	733.885	830.986	893.791	866.045	846.038	829.700	815.200	761.363	707.032	945.518	767.862
Valle d'Aosta	685.400	655.666	699.969	814.549	826.143	838.875	787.579	826.497	839.168	856.439	835.084	-	838.220
Lombardia	763.817	732.271	762.822	882.100	926.175	910.212	885.498	871.102	873.537	840.925	782.988	969.810	838.080
Liguria	718.851	722.913	814.121	848.278	925.391	931.754	884.832	870.838	866.213	832.149	811.164	963.897	838.133
Trentino Alto Adige	684.612	674.258	667.166	807.274	794.703	769.001	717.350	689.820	682.559	646.321	602.185	829.529	654.635
Veneto	726.012	705.609	703.308	804.051	831.364	778.157	759.199	724.993	714.369	690.278	651.572	927.590	696.634
Friuli Venezia Giulia	687.965	721.761	754.190	803.657	830.065	785.838	770.185	718.941	679.279	661.322	652.026	792.687	676.621
Emilia Romagna	787.043	701.217	732.970	810.800	842.828	818.879	791.779	756.508	743.243	687.110	626.483	673.316	690.661
Toscana	707.780	705.797	758.479	820.945	841.106	812.629	786.114	762.772	752.697	716.920	673.239	902.985	717.692
Umbria	634.193	697.718	728.218	828.184	829.751	772.281	722.573	688.448	671.948	637.861	593.012	834.005	644.141
Marche	751.290	682.492	675.899	798.698	772.054	713.703	648.951	617.820	612.388	583.886	534.980	852.725	586.316
Lazio	750.498	711.666	835.596	861.752	928.456	892.589	858.341	813.078	789.416	746.582	715.315	903.836	766.721
Abruzzo	673.633	735.191	669.119	772.500	756.494	680.042	649.771	592.368	570.278	549.588	522.200	771.697	563.106
Molise	691.930	671.371	661.618	730.208	681.359	616.890	582.571	507.162	473.352	450.418	436.959	664.019	473.482
Campania	736.451	684.573	711.556	799.896	795.805	772.197	755.582	696.348	683.021	645.609	613.523	805.260	666.387
Puglia	683.233	678.258	697.333	776.942	770.329	736.658	705.289	668.456	659.373	641.660	613.545	776.352	650.182
Basilicata	688.196	662.003	711.905	745.333	729.300	695.426	650.654	586.833	569.765	522.489	483.555	709.120	545.041
Calabria	704.169	655.358	713.414	715.648	701.532	680.608	647.368	610.315	594.102	563.155	534.623	718.014	578.154
Sicilia	662.328	670.712	699.518	741.655	737.618	727.318	698.241	668.595	655.816	626.382	601.224	767.276	639.111
Sardegna	681.290	691.302	689.412	760.507	797.373	761.964	740.077	710.391	708.186	687.471	652.802	844.009	692.807
Totale	729.820	702.411	734.999	811.851	836.143	812.314	783.504	754.700	743.669	707.569	668.131	864.692	713.977

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997
 MASCHILE-FEMMINE
 Pensioni indirette

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	735.810	729.563	725.666	815.737	873.512	841.139	815.715	796.310	781.743	731.732	676.548	945.518	737.538
Valle d'Aosta	689.100	710.040	712.360	848.707	817.988	811.524	750.445	791.713	811.766	817.307	795.222	0	802.654
Lombardia	772.727	730.226	767.199	856.638	900.458	881.589	852.990	837.891	839.217	807.667	750.940	969.142	805.745
Liguria	723.527	722.877	797.982	836.561	899.588	897.322	852.963	836.215	831.459	800.333	775.603	963.897	804.742
Trentino Alto Adige	707.037	699.663	680.966	787.821	777.784	745.451	697.649	668.842	661.871	627.700	581.106	829.529	635.324
Veneto	729.712	700.299	710.752	787.177	813.257	761.413	740.880	708.821	697.483	672.691	630.766	924.560	678.586
Friuli Venezia Giulia	716.431	732.900	746.951	782.040	812.357	768.293	747.133	702.408	664.714	647.192	632.556	792.687	660.634
Emilia Romagna	773.541	703.989	734.122	799.092	819.212	792.229	759.097	728.677	714.967	663.998	601.926	673.316	665.636
Toscana	704.649	705.269	762.711	808.125	818.440	787.681	761.877	737.138	728.180	692.648	644.385	899.601	691.807
Umbria	668.457	685.475	748.923	806.814	816.164	754.032	707.604	672.841	652.824	618.293	568.003	835.041	623.323
Marche	729.191	639.275	676.288	778.003	762.185	699.859	640.479	609.680	599.178	571.204	517.612	852.725	572.269
Lazio	770.695	721.750	823.930	846.315	908.082	875.953	838.341	793.238	765.300	720.902	682.025	901.396	740.297
Abruzzo	679.514	698.448	685.653	761.987	748.533	674.888	636.586	588.358	560.167	536.614	500.813	771.697	548.619
Molise	691.377	670.710	655.659	722.393	677.316	623.084	586.591	509.221	473.471	446.639	424.838	665.144	466.743
Campania	733.575	673.924	719.923	782.125	784.871	763.578	725.912	686.417	665.685	625.180	584.364	803.886	646.405
Puglia	694.980	690.378	703.246	764.436	759.841	730.295	699.330	662.454	649.139	627.942	594.737	773.006	636.534
Basilicata	686.980	654.132	722.588	737.473	721.419	688.721	648.687	582.538	560.321	510.700	470.541	709.120	532.392
Calabria	710.810	660.903	696.704	710.386	698.336	678.998	646.677	608.420	587.795	553.766	518.598	711.906	567.764
Sicilia	679.261	674.472	704.047	734.367	734.104	723.599	696.122	664.228	646.709	614.297	578.351	767.184	625.618
Sardegna	699.988	696.525	687.000	750.908	780.574	751.085	731.963	698.541	692.240	668.980	623.131	844.009	672.981
Totale	734.353	702.857	736.257	796.111	819.689	794.599	765.753	734.686	721.041	684.617	655.567	891.328	697.300

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997

MASCHI

Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	2.150	2.546	1.300	2	5.998
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	52	62	47	-	161
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	5.185	5.735	2.780	3	13.703
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	1.380	1.763	949	-	4.092
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	591	626	274	-	1.491
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	2.606	2.838	1.352	1	6.797
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	952	1.069	397	1	2.419
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	2.673	3.017	1.225	2	6.917
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	2.887	3.381	1.569	-	7.837
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	1.112	1.365	669	-	3.146
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	1.309	1.560	866	1	3.736
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	5.204	5.731	2.176	14	13.125
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	1.724	1.827	602	1	4.154
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	350	321	109	-	780
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	6.691	6.474	2.058	8	15.231
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	3.459	3.412	1.204	1	8.076
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	684	622	303	1	1.610
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	2.190	2.177	729	5	5.101
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	4.892	5.609	2.294	3	12.798
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	1.253	978	268	-	2.499
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	47.344	51.113	21.171	43	119.671

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997

FEMMINE
Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età										Senza ind.	Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	8.940	12.648	7.713	27 29.318
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	281	425	255	- 961
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	19.177	28.178	18.415	37 65.807
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	5.869	8.813	5.841	13 20.566
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	1.824	2.436	1.272	1 5.533
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	11.424	16.813	9.733	21 37.991
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	3.405	5.227	2.821	1 11.454
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	8.467	12.238	7.573	14 28.292
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	13.884	20.549	11.577	27 46.037
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	3.518	5.026	3.083	3 11.630
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	1.023	5.641	3.701	11 13.376
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	19.168	24.697	12.467	54 56.386
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	5.045	7.676	3.144	6 16.771
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	927	1.183	552	1 2.663
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	23.846	27.809	11.411	49 63.115
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	15.811	19.860	8.052	23 43.746
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	1.963	2.179	1.164	3 5.309
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	7.401	9.174	3.596	17 20.188
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	31.172	37.519	14.428	22 83.141
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	6.198	7.141	2.676	3 16.018
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	193.233	255.262	129.474	333 578.302

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Numero Pensioni - Anno 1997
MASCHILE-FEMMINE
Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	11.080	15.194	9.013	29	35.316
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	333	487	302	-	1.122
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	24.362	33.913	21.195	40	79.510
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	7.249	10.006	6.790	13	24.658
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	2.415	3.062	1.546	1	7.024
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	14.030	19.651	11.085	22	44.788
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	4.357	6.296	3.218	2	13.873
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	11.140	15.255	8.798	16	35.209
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	16.771	23.930	13.116	27	53.874
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	4.630	6.391	3.752	3	14.776
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	5.332	7.201	4.567	12	17.112
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	24.372	30.428	14.643	68	69.511
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	7.669	9.503	3.746	7	20.925
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	1.277	1.504	661	1	3.443
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	30.537	34.283	13.469	57	78.346
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	19.270	23.272	9.256	24	51.822
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	2.617	2.801	1.467	4	6.919
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	9.591	11.351	4.325	22	25.289
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	36.064	43.128	16.722	25	95.939
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	7.151	8.119	2.944	3	18.517
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	240.577	306.375	150.645	376	697.973

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997

MASCHI

Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	414.929	431.135	446.221	453.100	428.603
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	399.258	420.097	425.936	-	415.071
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	412.039	424.896	444.147	390.600	423.929
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	421.960	435.436	442.887	-	432.619
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	404.881	427.088	450.394	-	422.569
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	415.648	434.476	446.215	390.600	429.586
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	404.389	417.031	429.142	390.600	414.033
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	405.037	414.934	427.964	390.600	413.410
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	405.098	420.551	427.908	-	416.331
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	396.205	399.128	402.557	-	398.824
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	402.692	410.129	409.009	390.600	407.259
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	429.799	442.810	457.817	453.100	440.150
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	402.715	407.773	419.434	390.600	407.359
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	393.204	410.943	420.949	-	404.381
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	437.376	450.023	465.633	421.850	446.561
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	409.468	421.168	436.840	390.600	418.490
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	396.246	402.726	405.259	390.600	400.442
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	413.082	421.061	440.467	415.600	420.403
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	425.656	436.234	447.645	473.933	434.245
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	407.970	424.746	446.295	-	418.645
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	416.938	428.995	441.196	1.287.130	426.383

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997

FEMMINE
Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	
Piemonte	-	-	-	-	-	-	-	-	349.139	357.903	428.599	323.251	373.800
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	350.988	332.855	379.171	-	350.447
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	351.586	369.939	433.456	401.137	382.383
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	371.696	383.461	422.006	372.973	391.044
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	352.034	367.484	412.148	515.600	372.685
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	344.705	363.547	424.739	350.926	373.551
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	355.344	359.497	403.614	241.600	369.118
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	370.973	381.313	418.618	411.127	388.219
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	362.229	370.983	408.691	352.534	377.815
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	375.866	388.975	408.101	390.600	390.081
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	367.867	382.494	411.004	377.754	385.979
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	383.467	399.304	445.132	406.078	404.060
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	376.180	388.422	419.412	399.691	389.896
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	377.773	397.875	420.631	390.600	395.591
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	396.189	413.215	454.623	407.096	414.264
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	371.253	383.013	424.618	388.068	386.423
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	373.706	390.109	407.859	390.600	387.936
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	390.741	405.758	439.946	399.017	406.337
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	381.223	398.475	437.047	395.513	398.700
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	367.148	379.256	416.113	390.600	380.730
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	372.304	385.545	428.737	386.081	390.792

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio - Importo medio mensile - Anno 1997
MASCHI+FEMMINE
Pensioni sociali

REGIONI	Classi di età												Totale
	Fino a 14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Scenari ind.	
Piemonte	0	-	-	-	-	-	-	-	449.038	414.689	503.808	356.814	461.485
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	424.872	394.140	457.677	-	419.985
Lombardia	-	-	-	-	-	-	-	-	462.991	456.417	500.506	432.807	470.658
Liguria	-	-	-	-	-	-	-	-	470.913	470.272	493.963	372.973	477.122
Trentino Alto Adige	-	-	-	-	-	-	-	-	483.221	477.236	509.167	515.600	486.556
Veneto	-	-	-	-	-	-	-	-	439.521	436.886	486.722	369.526	450.409
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	-	-	-	-	-	468.407	444.786	464.007	632.200	456.559
Emilia Romagna	-	-	-	-	-	-	-	-	498.842	483.606	487.845	466.927	489.292
Toscana	-	-	-	-	-	-	-	-	446.464	440.178	466.684	352.534	448.688
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-	501.102	497.373	495.454	390.600	497.966
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	498.895	495.914	506.708	413.263	499.729
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	500.155	502.059	525.040	523.548	506.514
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	492.964	485.478	499.723	464.791	490.795
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	526.232	509.382	503.753	390.600	514.035
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	518.913	517.981	538.601	475.969	522.029
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	460.833	455.371	489.938	405.051	463.681
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	511.776	505.068	513.352	520.800	509.373
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	512.974	505.676	529.240	521.252	512.562
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	448.024	463.691	508.221	460.140	465.544
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-	449.624	437.427	460.809	390.600	446.044
Totale	-	-	-	-	-	-	-	-	474.458	471.446	500.579	461.398	479.603

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	19.895	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	1.314.818

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	89.484	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	354.746	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			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

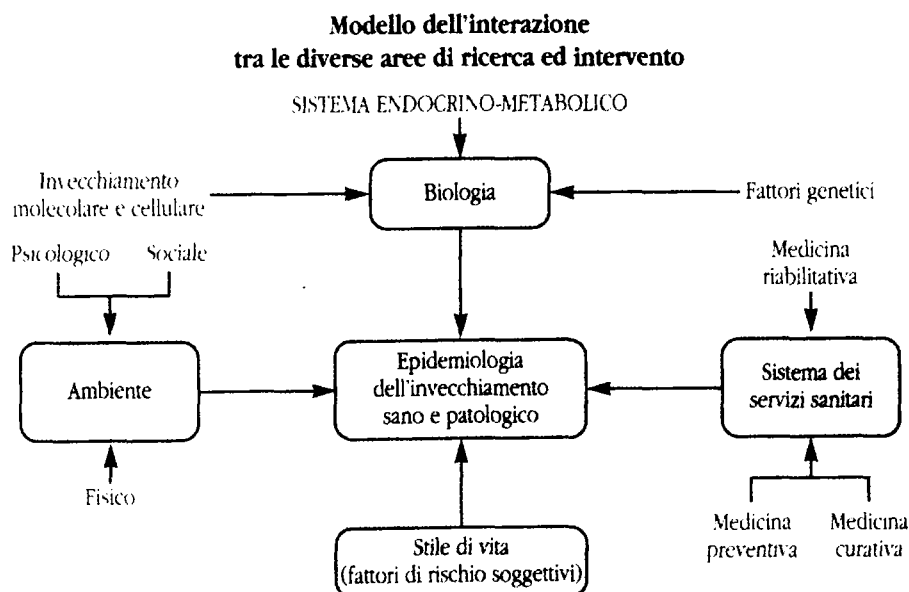
Finora, la comparazione delle variazioni geografiche dei tassi di patologie croniche (cardiovascolari, neoplastiche, demenze) e dei loro potenziali fattori di rischio sono state utili nel formulare nuove ipotesi eziologiche. Tuttavia, questi studi sono stati spesso carenti nel fornire informazioni sulla 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

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 finanziamenti 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 (CH)	CHIETI	80	20 PL finanziamento 1° triennio art. 20 e fondi regionali 60 PL previsti nel 2° triennio art. 20
Villa degli Ulivi (CH)	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

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.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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 accentrate 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 $\geq 75\%$ | 7; |
| - interventi con stato avanzamento $< 75\%$ e $\geq 50\%$ | 7; |
| - interventi con stato avanzamento $< 50\%$ e $\geq 25\%$ | 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;

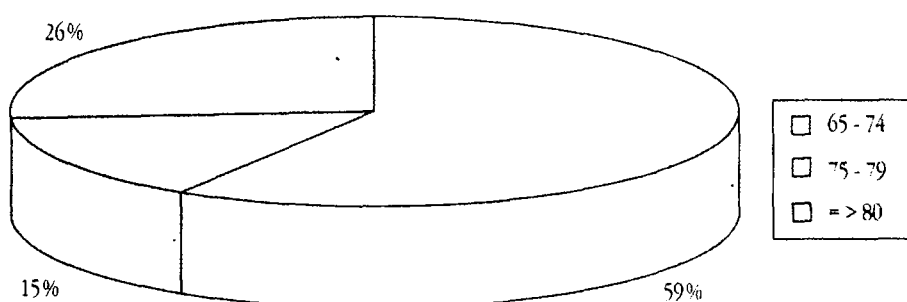
b) il finanziamento degli oneri oggi gravanti sul Fondo sanitario, in fase caratterizzata dal contenimento delle spese sanitarie e dall'espansione dei servizi per anziani (con conseguente necessità aumentare la spesa a carico del Fondo sanitario). Questo problema si connette strettamente a quello della 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)

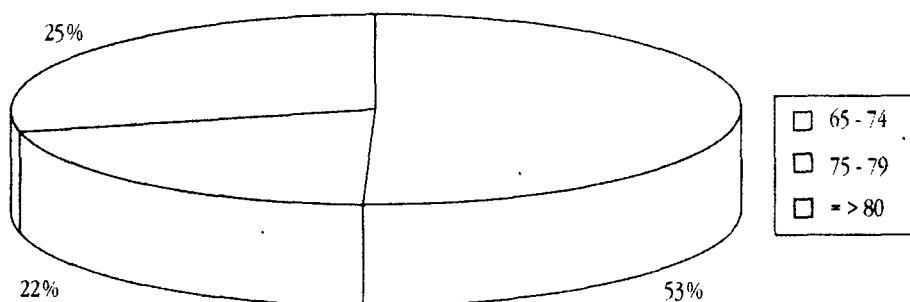
Comparazione dati al 31 dicembre 1996 con dati 1° Semestre 1997

	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	

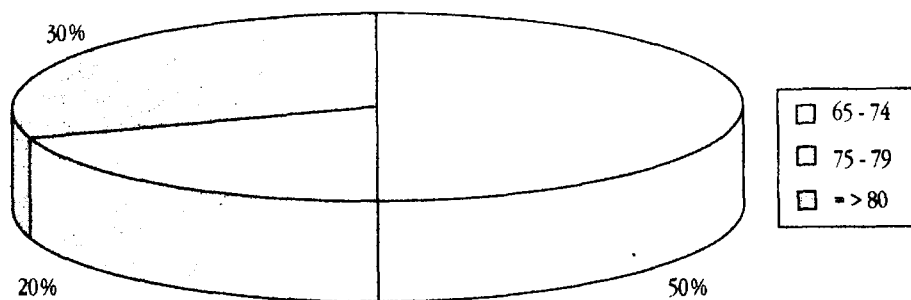
Composizione interna della popolazione anziana
= > 65 anni - anno 1995



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

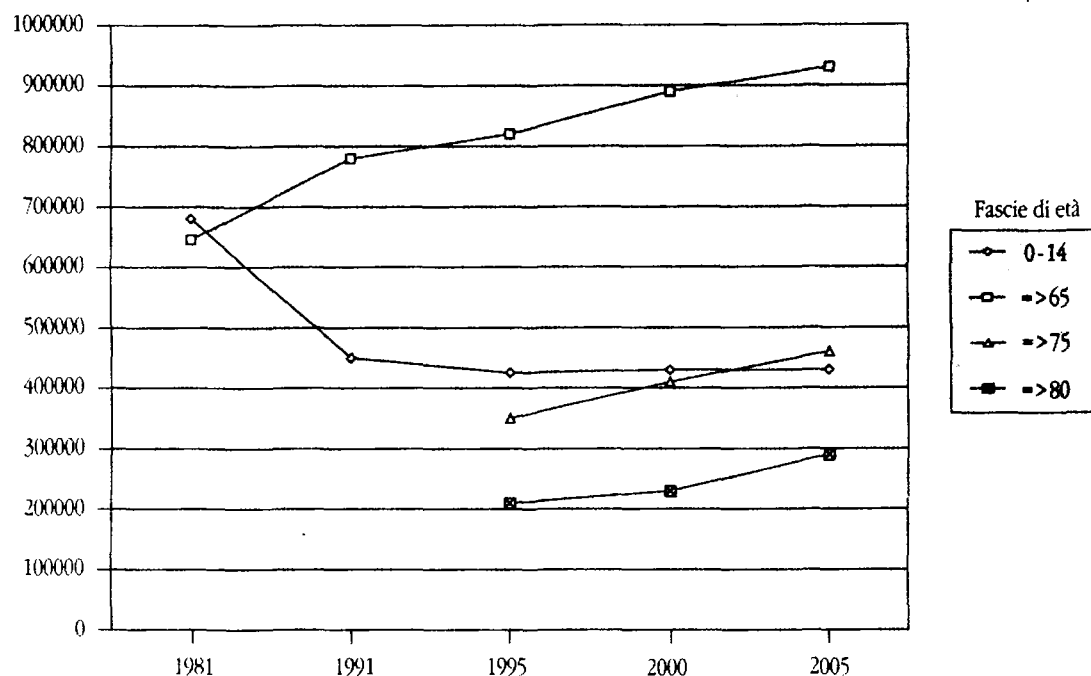


Composizione interna della popolazione anziana
= > 65 anni - anno 2005



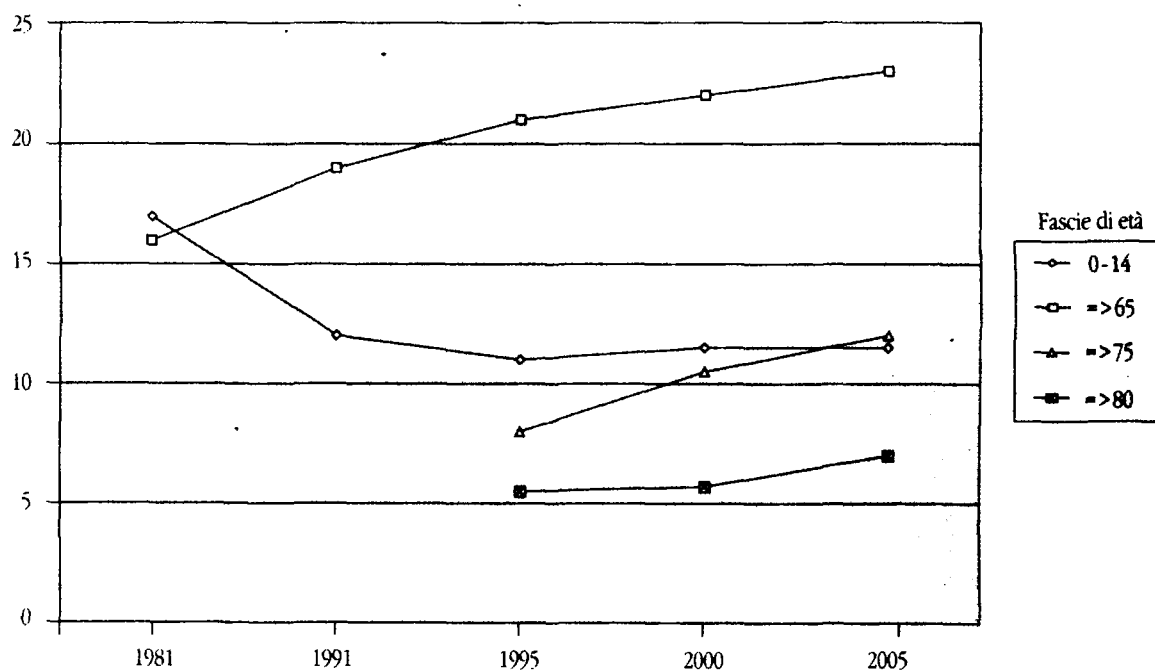
**Popolazione anziana della Regione Emilia Romagna
e rapporto con la popolazione infantile**

Valori assoluti



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

Valori percentuali



XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Percentuale totale posti convenzionati per azienda USL al 30 giugno 1997

Azienda USL	Popolazione => 75	Posti convenzionati Case Private	% 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 Assis. domiciliare con riconoscimento oneri a rilievo assistenza	% Anziani non autosufficienti in Assis. domiciliare con riconoscimento oneri a rilievo assistenza	Totale Anziani che hanno usato di Assistenza di cura	% Anziani con Assistenza 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 F.	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	835	0,22	2,99	1.153	0,31	2.975	0,80	508	1,37

(*) Bologna città

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

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Riepilogo Posti Convenzionati per Aziende USL aggiornati al 30 giugno 1997

Azienda USL	RSA		Case private		Centri dialisi		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

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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 totale	% copertura su pop. età > 74 ADI MAG	% 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

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

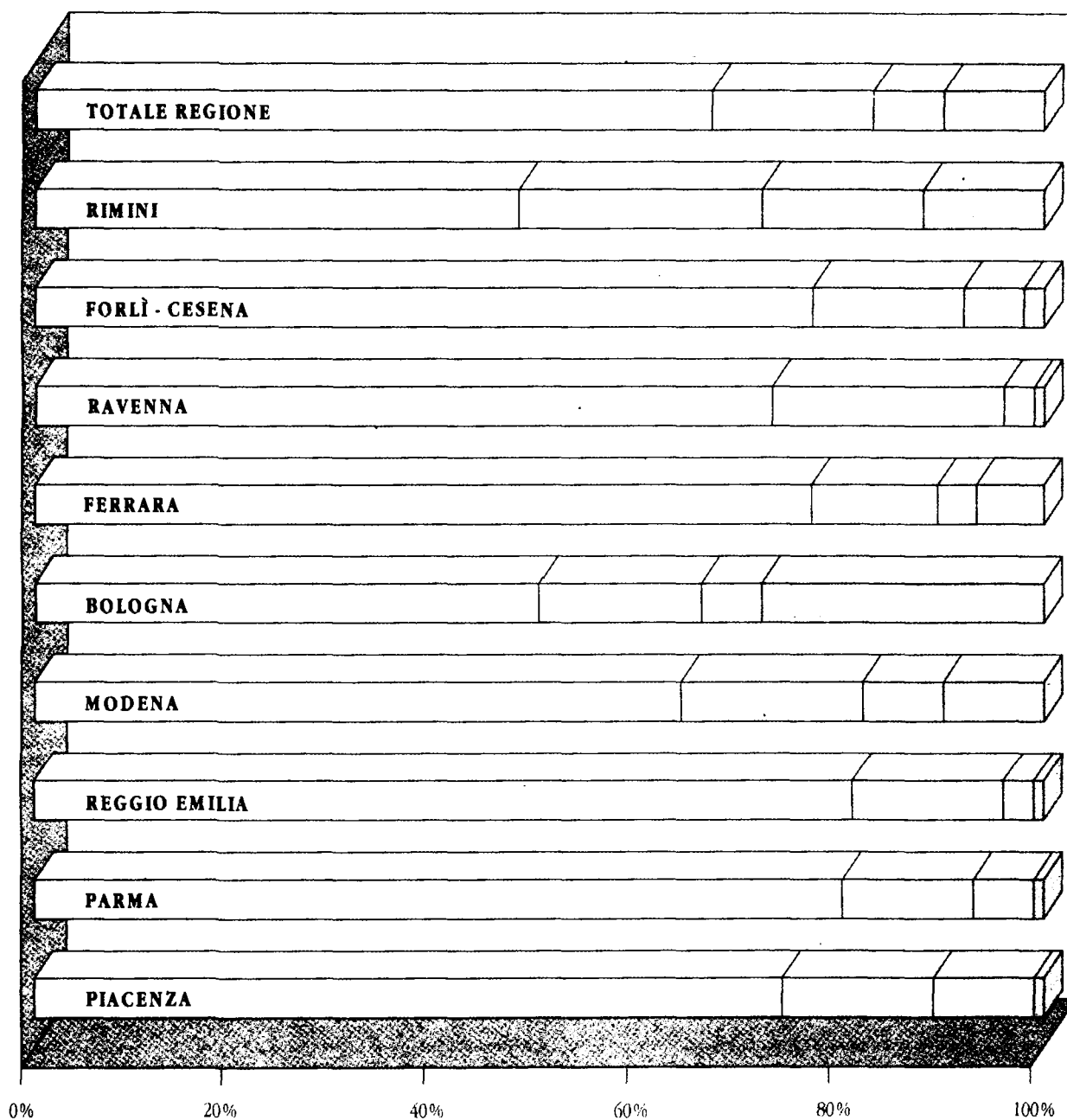
Assegno di cura, numero contratti
anno 1996

Dati aggiornati al 31 dicembre 1996

Aziende - USL	Contratti tipo A attivi al all'1/1/96		Contratti tipo A sottratti dall'1/1/96		Contratti tipo B attivi al all'1/1/96		Contratti tipo B sottratti dall'1/1/96		Contratti tipo B attivi al all'1/1/96		Contratti tipo B sottratti dall'1/1/96		Totale contratti attivi al dall'1/1/96		Totale famiglie destinate di assegno di cura dall'1/1/96 al 31/12/96	
	attivi al all'1/1/96	31/12/96	attivi al dall'1/1/96	31/12/96	attivi al all'1/1/96	31/12/96	attivi al dall'1/1/96	31/12/96	attivi al all'1/1/96	31/12/96	attivi al dall'1/1/96	31/12/96	attivi al dall'1/1/96	31/12/96	attivi al dall'1/1/96	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.

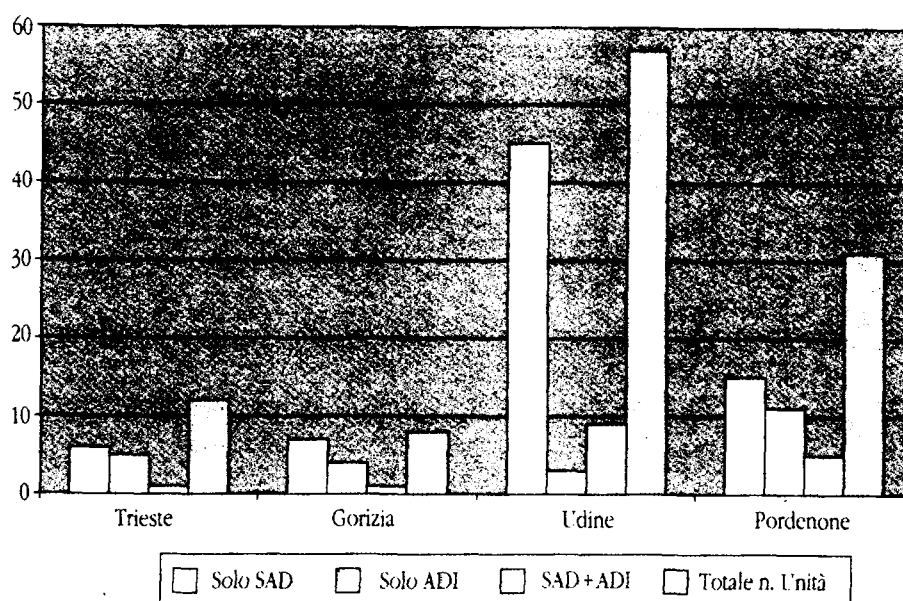
Delle 112 Unità organizzative censite 87 fanno capo ai Servizi Sociali di Base (SSB) e 25 ai Distretti delle Aziende Sanitarie; sono però 73 quelle che erogano soltanto prestazioni socio-assistenziali e 23 solo prestazioni di carattere sanitario, 16 Unità organizzative (pari al 14,3% del totale) erogano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

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REGIONE LOMBARDIA

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

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

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

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

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

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

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

In tema di finanziamenti in conto capitale:

per interventi strutturali

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

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

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

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

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

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

Per il 1998 si prevede di stanziare la somma di:

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

per attrezzature e arredi vari

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

In tema di finanziamenti di parte corrente:

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

Per il '97 si prevedono i seguenti interventi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

per i non autosufficienti parziali

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

per i non autosufficienti totali

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

per i nuclei Alzheimer

sono fissati per L. 78.000 giornaliere.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tra questi:

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

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

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

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

REGIONE MARCHE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Altri obiettivi posti dalla Regione sono:

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

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

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

In tal modo sarà possibile accertare:

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



REGIONE MOLISE

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

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

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

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

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

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

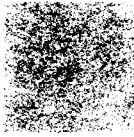
Come dato positivo va ricordato che nel corrente anno alcune Aziende Sanitarie molisane (Campobasso, Isernia e Agnone) hanno provveduto all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, che mira ad assicurare ai soggetti anziani non autosufficienti, un insieme di prestazioni di carattere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

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

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

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

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



REGIONE PIEMONTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'assistenza domiciliare

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

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

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

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

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

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

L'assistenza domiciliare integrata

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I servizi residenziali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I problemi aperti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REGIONE PUGLIA

Nel periodo '96-97 si è proseguito nell'impegno di migliorare la qualità dei servizi residenziali, verificando la osservanza, da parte dei gestori responsabili (pubblici e privati), della normativa regionale con cui sono stati fissati gli standards strutturali, organizzativi e funzionali dei servizi residenziali.

Tale attività ha determinato:

- 1) l'autorizzazione all'esercizio per:
 - n. 2 Comunità alloggio;
 - n. 7 Case di Riposo;
 - n. 5 Case Protette;
 - n. 1 Centro Aperto Polivalente.
- 2) la riclassificazione di strutture residenziali preesistenti alla Legge Regionale 49/81 per:
 - n. 5 Case di Riposo;
 - n. 3 Case Protette.
- 3) la chiusura di n. 1 struttura abusiva.
- 4) la sospensione dell'attività per il mancato adeguamento alla normativa vigente per n. 1 struttura.

Attualmente risulta in corso di realizzazione da parte di n. 49 Comuni interessati (con popolazione superiore ai 20.000 abitanti) il progetto di assistenza predisposto precedentemente e finanziato con fondi regionali a destinazione vincolata.

Al fine di favorire l'attuazione ed il miglioramento del servizio di assistenza domiciliare da parte di tutti i Comuni della Regione, si è disposto che il 30% del fondo globale per i servizi socio assistenziali, assegnato agli stessi, venisse destinato a tale servizio in concorso con le Aziende U.S.S.LL. competenti.

Inoltre, è in corso la procedura prevista dalla deliberazione di Consiglio Regionale n. 162/96, con cui sono state stabilite le linee guida ai Comuni e alle A.A.S.S.LL. per gli interventi di assistenza domiciliare integrata, rivolta agli anziani non autosufficienti.

Per la realizzazione di tale servizio sono stati previsti finanziamenti regionali, subordinati alla presentazione, da parte dei Comuni interessati (n. 209 con popolazione inferiore ai 20.000 abitanti) di progetti e accordi con le A.A.S.S.LL. e ad una graduatoria regionale formulata in base alla popolazione anziana residente e ad accordi intercomunali stipulati ai sensi dell'art. 27 della Legge 142/90.

Sempre con lo scopo di perseguire il miglioramento delle condizioni di vita degli anziani, in particolare quelli a grave rischio socio-sanitario, è stato promosso un progetto sperimentale di telesoccorso e telecontrollo con finanziamento regionale, cui sono interessati i cinque Comuni capoluogo di provincia, previa apposita richiesta da parte degli stessi definita di intesa con le A.A.S.S.LL. competenti.

Infine, si ritiene menzionare che è stato emanato il regolamento regionale sulla assegnazione delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti, ospitate nelle strutture residenziali protette.

Tale regolamento fa riferimento alla Legge n. 833/78, all'art. 30 della Legge n. 730/83 ed al Piano Sanitario Nazionale 1994/1996.

PAGINA BIANCA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La presentazione dei dati sulla condizione degli anziani nel biennio 1996-97 si avvale in parte dei materiali utilizzati per la predisposizione degli strumenti di programmazione socio-assistenziale e sanitaria per il triennio 1998-2000, in parte di ulteriori elementi informativi di natura socio-economica.

La conoscenza della distribuzione degli anziani e delle tendenze demografiche, lo studio delle loro condizioni di vita e di salute costituiscono infatti il riferimento necessario per valutare la domanda di servizi e per misurare la congruità e l'efficacia dell'attuale offerta di servizi sulla base del quale predisporre i piani di intervento occorrenti per i prossimi anni.

La relazione analizza i seguenti aspetti:

- la distribuzione della popolazione anziana nell'ambito regionale e territoriale;
- le tendenze demografiche per i prossimi anni;
- le condizioni di vita e di salute degli anziani con la connessa domanda di servizi sociali e sanitari;
- l'attuale offerta dei servizi sociali e sanitari;
- la programmazione degli interventi per il prossimo futuro.

1. La distribuzione regionale e territoriale della popolazione anziana. Le tendenze demografiche per i prossimi decenni

L'invecchiamento della popolazione anziana è un fenomeno che interessa tutti i paesi occidentali. Esso è il risultato dell'aumento della speranza di vita e del progressivo calo della fecondità.

Mentre in Italia la popolazione anziana di 65 anni e più è cresciuta passando dal 9,5% del 1961 al 15,3% del 1991 (+5,8%) in Sardegna nello stesso periodo è cresciuta più lentamente passando dall'8,8% al 12,5% (+3,7%) come si rileva dalla tabella 1.

Tab. 1 - Popolazione anziana di 65 anni e più nei censimenti dal 1961 al 1991

	1961		1971		1981		1991	
	va.	%	va.	%	va.	%	va.	%
Sardegna	124.380	8,8	150.501	10,2	177.093	11,1	206.417	12,5
Italia	4.827.415	9,5	6.101.820	11,3	7.485.125	13,2	8.700.185	15,3

Ciò è avvenuto con notevoli diversificazioni tra i diversi territori. Una maggior percentuale di anziani è presente nel distretto di Ghilarza (20,35%), di Ales (18,38%), di Sorgono (17,93%), di Ozieri (16,54%), di Alghero (15,43%), di Macomer (15,16%); ma minore percentuale è invece presente nei distretti sanitari di Cagliari 21 (7,85%), di Quartu S.E. (8,28%) di Olbia (10,86%), di Cagliari 20 (11,14%), di Sassari (11,29%) come si rileva dalla tabella 2.

Analogo andamento territoriale si registra per la popolazione di 75 anni e più.

Questi dati, uniti alla diminuzione della natalità, determinano alti indici di vecchiaia soprattutto nei comuni del distretto sanitario di Ghilarza (124,73%), di Ales (112,43%), di Sorgono (106,10%) mentre, nel distretto sanitario di Cagliari 21 (35,78%),

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 2 - Censimento della popolazione 1991. Classi d'età anziani per distretti sanitari (ex USL) - Dati ISTAT Regionale

Distretti sanitari (ex USL)	75 anni e più	65 anni e più	Totale generale	% 75 anni e più	% 65 anni e più
n. 1 Sassari	9.502	22.343	197.978	4,80	11,29
n. 2 Alghero	5.544	12.318	79.847	6,94	15,43
n. 3 Tempio Pausania	3.340	7.074	47.012	7,10	15,05
n. 4 Olbia	4.033	9.272	85.350	4,73	10,86
n. 5 Ozieri	3.475	7.528	45.511	7,64	16,54
n. 6 Macomer	2.654	5.927	39.090	6,79	15,16
n. 7 Nuoro	5.069	11.254	91.048	5,57	12,36
n. 8 Siniscola	1.966	4.407	36.650	5,36	12,02
n. 9 Lanusei	3.668	8.007	59.149	6,20	13,54
n. 10 Sorgono	1.720	3.741	20.866	8,24	17,93
n. 11 Isili	1.993	4.259	25.395	7,85	16,77
n. 12 Ghilarza	3.564	7.318	35.952	9,91	20,35
n. 13 Oristano	5.619	12.822	99.955	5,62	12,83
n. 14 Ales	1.832	3.871	21.063	8,70	18,38
n. 15 Guspini	3.295	7.582	63.100	5,22	12,02
n. 16 Iglesias	2.738	6.695	56.698	4,83	11,81
n. 17 Carbonia	5.243	12.259	92.101	5,69	13,31
n. 18 Senorbi	3.067	6.668	44.424	6,90	15,01
n. 19 Sanluri	3.579	8.161	60.903	5,88	13,40
n. 20 Cagliari	13.078	32.040	28.771	4,55	11,14
n. 21 Cagliari	1.909	4.609	58.691	3,25	7,85
n. 22 Quartu S.E.	3.443	8.262	99.724	3,45	8,28
Totale	90.331	206.417	1.648.248	5,48	12,52

Tab. 3 - Censimento della popolazione 1991. Indici per Distretto sanitario (ex USL) - Dati ISTAT Regionale

Distretti sanitari (ex USL)	Indice di vecchiaia	Indice di ricambio	Indice di dipendenza
n. 1 Sassari	62,35	50,00	41,62
n. 2 Alghero	92,87	64,41	47,14
n. 3 Tempio Pausania	85,97	69,39	48,26
n. 4 Olbia	57,29	48,90	42,50
n. 5 Ozieri	90,70	71,92	53,32
n. 6 Macomer	84,39	64,47	49,54
n. 7 Nuoro	64,40	54,26	46,10
n. 8 Siniscola	62,81	54,34	45,28
n. 9 Lanusei	70,68	57,10	48,57
n. 10 Sorgono	106,10	83,19	53,44
n. 11 Isili	96,12	66,28	52,02
n. 12 Ghilarza	124,73	86,40	57,91
n. 13 Oristano	67,34	58,10	46,79
n. 14 Ales	112,43	77,31	53,20
n. 15 Guspini	60,47	54,94	46,82
n. 16 Iglesias	61,01	57,87	45,27
n. 17 Carbonia	72,21	52,00	46,51
n. 18 Senorbi	82,34	64,38	49,79
n. 19 Sanluri	71,52	62,67	47,35
n. 20 Cagliari	65,83	51,98	38,98
n. 21 Cagliari	35,78	35,11	42,45
n. 22 Quartu S.E.	38,52	37,38	42,43
Totale	67,91	54,94	44,85

di Quartu S.E. (38,52%), di Olbia (57,29%) si riscontrano gli indici più bassi. Inoltre ad alti indici di vecchiaia si accompagnano alti indici di dipendenza ad indicare il peso delle componenti estreme della popolazione (anziani e bambini) sulle componenti giovani e produttive (tabella 3).

Questi dati delineano una più forte incidenza della popolazione anziana nei territori dell'interno e una minor incidenza nei comuni della provincia di Cagliari, nei comuni capoluoghi e nei comuni costieri.

Il quadro demografico appena descritto fornisce già sufficienti indicazioni sul tipo di domanda che pone la popolazione anziana sia a livello regionale che locale. Per avere ulteriori elementi di riflessione e di valutazione sullo sviluppo della popolazione anziana è opportuno uno sguardo sulle tendenze demografiche dei prossimi decenni.

Secondo le previsioni dell'Istituto Ricerche sulla Popolazione (I.R.P.) gli anni che verranno saranno ancora caratterizzati da una forte diminuzione della natalità e dall'ulteriore accrescimento della durata media della vita.

L'I.R.P. ha indicato tre possibili scenari dello sviluppo della popolazione in relazione ad una ipotesi di fecondità costante, ad una di fecondità crescente e ad una di fecondità decrescente. Nell'ipotesi di fecondità decrescente, che riteniamo più plausibile rispetto ai processi in corso, prevede che la popolazione della Sardegna nel 1999 raggiungerà la numerosità massima di 1.662.000 e quindi — rispetto ai dati del censimento del 1991 — avrà un accrescimento di sole 13.752 unità. Negli anni successivi invece tenderà a decrescere progressivamente portandosi tra il 2004 e il 2009 a valori inferiori a quelli del 1991, mentre la popolazione di 65 anni e più subirà un progressivo incremento (tabella 4).

Tab. 4 - Indicatori demografici sulla popolazione della Sardegna nel periodo 1999-2044 calcolati dall'I.R.P. con base 1994 e nell'ipotesi di fecondità decrescente

Indicatori demografici	1999	2009	2019	2029	2044
% popolazione 0-14	15,02	12,07	9,33	7,71	6,38
% popolazione 15-64	70,44	70,19	68,37	64,06	52,81
% popolazione 65 e più	14,54	17,74	22,30	28,23	40,81
Età media	38,97	42,81	46,92	50,71	55,48
Indice di vecchiaia $100 \times [P(65+) / P(0-14)]$	96,82	146,94	238,93	336,28	639,75
Indice di dipendenza anziani $100 \times [(65+) / P(20-64)]$	22,77	27,22	34,79	46,52	81,53
Indice di ricambio $100 \times [P(15-19) / P(60-64)]$	132,81	84,84	60,15	37,32	32,27
Numero medio di figli per donna	1,01	0,90	0,90	0,90	0,90
Vita media alla nascita	78,88	80,63	81,04	81,01	80,99

Questo scenario accentua la necessità di governare e accompagnare i cambiamenti demografici e sociali con politiche illuminate nei vari campi dell'intervento pubblico e, per quanto ci interessa, con indicazioni di politica sociale e di sviluppo dei servizi appropriate alla nuova realtà e massimamente produttive di efficacia, tenuto conto delle sempre più scarse risorse che il bilancio dello Stato e della Regione potrà stanziare.

2. Le condizioni di vita e di salute degli anziani e la domanda di servizi

2.1 Le condizioni di vita

Secondo un'Indagine Multiscopo sulla Famiglia dell'ISTAT, circa il 22% degli anziani in Sardegna vive solo, in gran parte nelle zone centrali della Regione; poco meno del 20% non ha telefono (ISTAT, I.M.F. vol. 8/1991).

La percentuale dei soggetti gravemente non autosufficienti, confinati a letto, è pari al 3,5%, mentre, considerando anche i soggetti confinati nell'abitazione, si raggiunge l'8,2%. Un'analisi più approfondita dell'autosufficienza, nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, rileva che circa un terzo degli intervistati non è in grado di camminare per più di duecento metri ed ha gravi difficoltà a salire/scendere le scale. Inoltre, circa il 20% non è in grado di vestirsi da solo e più del 10% ha bisogno di aiuto per lavarsi e/o mangiare. Infine l'8% degli anziani intervistati ha difficoltà nel linguaggio.

Gli elementi riportati consentono di individuare un'area di necessità assistenziale piuttosto ampia, che va dall'8% dei confinati all'interno dell'abitazione fino ad un 30% di soggetti con importanti difficoltà di spostamento al di fuori dell'abitazione. D'altra parte, ad ulteriore riprova dell'attendibilità dei risultati riferiti, l'indagine I.M.F. rileva come circa un terzo degli anziani intervistati in Sardegna abbia ricevuto, nei sei mesi precedenti l'intervista, aiuto a domicilio da parte dei propri familiari, e poco meno del 20% abbia avuto bisogno di essere accompagnato da qualcuno negli spostamenti al di fuori di esso.

La presenza di disabilità risulta essere età-correlata: i confinati a letto passano infatti, dall'1% nella classe di età 65-74 anni, al 7,4% fra gli ultra settantacinquenni, mentre i confinati in casa dal 5% al 13,9%; la percentuale di soggetti con importanti difficoltà di spostamento fuori dall'abitazione passa dal 21 al 50%.

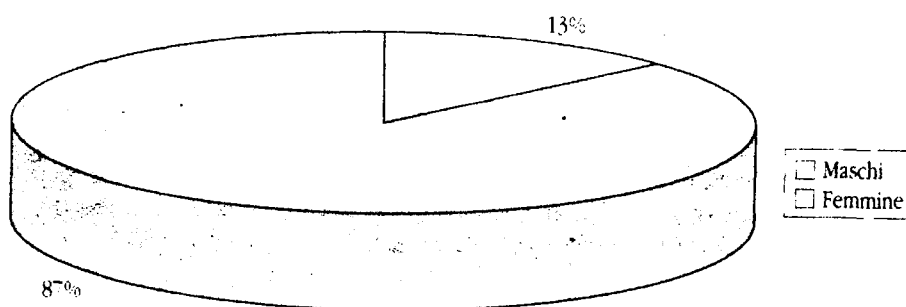
A tutto ciò si aggiunge che tra gli ultrasettantacinquenni una percentuale pari al 27,8% vive solo.

2.2 Le condizioni di reddito. I percettori dell'assegno sociale

L'assegno sociale, istituito con la L. 8 agosto 1996 n. 335 in sostituzione della pensione sociale erogata dall'Inps, può ritenersi un significativo indicatore economico della condizione anziana in quanto riferito a soggetti che hanno compiuto il 65° anno di età e sono sprovvisti di redditi, ovvero posseggano redditi di importo inferiore ai limiti di legge.

I beneficiari di tali provvidenze sono prevalentemente le donne e costituiscono l'87% del totale (Grafico 1).

Grafico 1 - Distribuzione per sesso dei percettori di assegno sociale
Pensionati sociali INPS



Sul piano regionale 8,4 anziani su 100, di età 65 anni e più, percepiscono l'assegno sociale (tabella 5). Rispetto alla media regionale, la provincia di Cagliari presenta la maggiore incidenza dei beneficiari con 9,5 anziani su 100, quella di Sassari la minore incidenza con 7,3 anziani su 100.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 5 - Assegni sociali erogati dall'INPS in Sardegna suddivisi per provincia al 30 giugno 1997

Provincia	Assegni sociali INPS maschi	Assegni sociali INPS femmine	Assegni sociali INPS totale	Assegni + Censi	Beneficiari assegno sociale INPS agli INPS assegni + Censi
Cagliari	843	7.421	8.264	86.276	9,58
Nuoro	559	2.486	3.045	37.595	8,10
Oristano	264	1.573	1.837	24.011	7,65
Sassari	581	3.690	4.271	58.535	7,30
Totale	2.247	15.170	17.417	206.417	8,44

Fonte: Sedi provinciali e territoriali INPS della Sardegna

Maggiori difformità si riscontrano nella distribuzione territoriale dei percettori dell'assegno sociale (tabella 6).

Tab. 6 - Assegni sociali erogati dall'INPS in Sardegna suddivisi per provincia al 30 giugno 1997

Distretti sociali (ex USL)	Assegni sociali INPS maschi	Assegni sociali INPS femmine	Assegni sociali INPS totale	Assegni + Censi	Beneficiari assegno sociale INPS agli INPS assegni + Censi
n. 1 Sassari	309	1.545	1.854	22.343	8,30
n. 2 Alghero	99	434	533	12.318	4,33
n. 3 Tempio Pausania	28	246	274	7.074	3,87
n. 4 Olbia	68	906	974	9.272	10,50
n. 5 Ozieri	77	559	636	7.528	8,45
n. 6 Macomer	91	418	509	5.927	8,59
n. 7 Nuoro	219	831	1.050	11.254	9,33
n. 8 Siniscola	54	271	325	4.407	7,37
n. 9 Lanusei	74	214	288	8.007	3,60
n.10 Sorgono	71	340	411	3.741	10,99
n.11 Isili	50	412	462	4.259	10,85
n.12 Ghilarza	90	234	324	7.318	4,43
n.13 Oristano	134	981	1.115	12.822	8,70
n.14 Ales	40	358	398	3.871	10,28
n.15 Guspini	54	576	630	7.582	8,31
n.16 Iglesias	56	639	695	6.695	10,38
n.17 Carbonia	102	1.196	1.298	12.259	10,59
n.18 Senorbi	61	669	730	6.668	10,95
n.19 Sanluri	58	424	482	8.161	5,91
n.20 e 21 Cagliari	432	3.076	3.508	36.649	9,57
n.22 Quartu S.E.	80	841	921	8.262	11,15
Totali	2.247	15.170	17.417	206.417	8,44

Fonte: Sedi provinciali e territoriali INPS della Sardegna

Si evidenziano infatti delle punte massime che nella provincia di Sassari riguardano il distretto di Olbia, nella provincia di Nuoro i distretti di Sorgono e di Isili, nella provincia di Oristano il distretto di Ales e nella provincia di Cagliari riguarda i distretti di Iglesias, Carbonia, Senorbi e Quartu S.E. Si rilevano altresì delle punte minime che nella Provincia di Sassari riguardano i distretti di Alghero e di Tempio, nella provincia di Nuoro il distretto di Lanusei, e nella provincia di Oristano il distretto di Ghilarza.

2.3 *Le condizioni di salute*

L'aspettativa di vita media alla nascita è passata da 69,4 anni nel periodo 1960/62, a 73,9 anni per i maschi e a 80,6 anni per le femmine nel 1991.

I dati relativi alla mortalità (elaborazioni A.S.S.R. su dati ISTAT, cause di morte 1992 e ISTAT censimento della popolazione 1991) sembrano mettere in luce una situazione sostanzialmente confrontabile con quella che si osserva nella popolazione nazionale, per quello che riguarda il versante epidemiologico; infatti, analizzando la mortalità per neoplasia e per malattie cardiocircolatorie (oltre i due terzi della mortalità globale), si possono osservare modesti scostamenti dei tassi di incidenza della mortalità specifica, per patologia, nel confronto tra anziani sardi ed italiani.

Generalmente, l'incidenza è minore nella popolazione sarda, per lo più in relazione alla sua diversa struttura (minore rappresentazione delle classi di età più avanzata), fatta eccezione per i tumori del colon-retto e della prostata, con particolare riferimento alle classi di età superiori ai 75 anni.

Si tenga presente, inoltre, che gli ultrasessantacinquenni sono oggi il segmento maggiormente colpito dalla patologia neoplastica che rappresenta, anche in Sardegna, la prima causa di morte per la fascia di età 65-74 anni.

Al di fuori delle patologie circolatorie e neoplastiche, l'unica differenza degna di nota sembra essere una certa concentrazione di decessi per «sintomi, segni o stati morbosi maldefiniti» che rappresentano il 4% delle morti, tra gli anziani sardi.

3. *L'offerta dei servizi socio-assistenziali*

L'offerta assistenziale rivolta agli anziani è riferibile essenzialmente a tre raggruppamenti di servizi:

- a) i servizi che favoriscono e assicurano la permanenza nel proprio domicilio;
- b) i servizi semiresidenziali che integrano le offerte a domicilio attraverso forme che, in parte, sostituiscono il domicilio stesso o per il giorno o per la notte;
- c) i servizi residenziali che diventano temporaneamente o permanentemente alternativi al domicilio.

3.1 *Area dei servizi che favoriscono e garantiscono la vita a domicilio*

Rimanere nel proprio domicilio è un diritto fondamentale dell'anziano, e i vari servizi devono favorire, per quanto possibile, la soddisfazione di tale diritto, specialmente nelle situazioni in cui l'anziano stesso risulta incapace a provvedere in autonomia, o quando la famiglia o l'ambiente circostante non sono in grado di fornire il necessario aiuto.

Le modalità dell'intervento a domicilio sono numerose e comprendono quelle di contenuto materiale ed economico, come l'assistenza economica erogata dai Comuni, quella di assistenza sanitaria erogata dal medico di medicina generale, i servizi con contenuti sociali e sanitari diversi (aiuto nella gestione della casa, aiuto nella cura della persona, interventi medici e infermieristici, interventi di riabilitazione, ecc.).

3.1.1 *Il servizio di assistenza domiciliare*

L'assistenza domiciliare viene definita come quell'insieme di interventi diretti ai cittadini ed ai nuclei familiari che, per particolari contingenze o per non completa autosufficienza, non siano in grado, anche temporaneamente, di garantire il pieno soddi-

sfacimento delle esigenze personali e domestiche al fine di salvaguardare l'autonomia dei cittadini e la loro permanenza all'interno del proprio nucleo familiare o nella propria residenza abituale.

L'assistenza domiciliare consiste in prestazioni di aiuto, da parte di personale in possesso dei requisiti di legge, per il governo della casa e per il soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona e, se necessario, per consentire l'accesso ai servizi territoriali.

Le prestazioni sanitarie curative e riabilitative, erogate in forma coordinata e integrata, sono di competenza dei servizi della Azienda USL e i relativi oneri fanno carico al fondo sanitario regionale.

Possono inoltre essere previsti interventi di assistenza domiciliare per il supporto o la sostituzione temporanea del nucleo familiare di minori, interdetti e inabilitati.

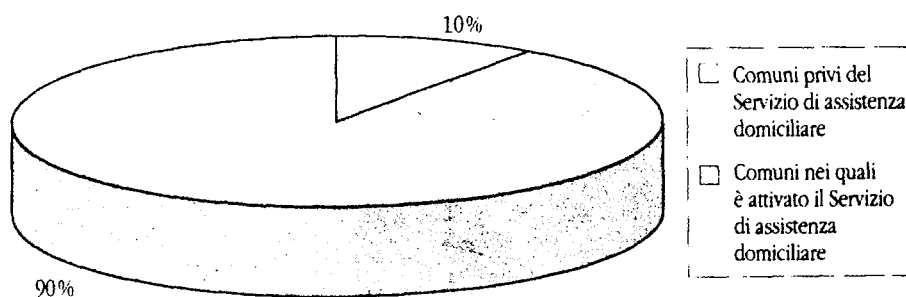
Le cooperative giovanili promosse con la L.R. 28/84 hanno trovato nei servizi alla persona, e soprattutto in quelli rivolti agli anziani, un impianto normativo particolarmente elastico e un'area di lavoro ancora inesplorata entro la quale sviluppare una specifica progettualità, condizionando fortemente la domanda, inizialmente debole ed incerta, e inducendo un bisogno destinato a crescere rapidamente nel tempo.

Accogliendo la domanda sempre crescente degli Enti Locali e recependo la necessità di riqualificazione avanzata dalle cooperative, l'Assessorato Regionale al lavoro e alla formazione professionale ha promosso numerosi corsi di formazione nell'intero territorio regionale. Nei primi anni i corsi rilasciavano il titolo di «assistente geriatrico» e solo successivamente, adeguandosi ad una visione più allargata dell'intervento a domicilio il titolo si è trasformato in «assistente domiciliare e dei servizi tutelari».

Oggi possiamo pensare ad una contrazione del numero dei corsi in quanto consideriamo superata ogni emergenza in questo campo e la richiesta di formazione è decisamente più contenuta.

Il servizio di assistenza domiciliare è sicuramente tra i servizi più diffusi poiché risulta presente nel 90% dei Comuni della Sardegna, ossia in 339 Comuni su 377 (grafico 2).

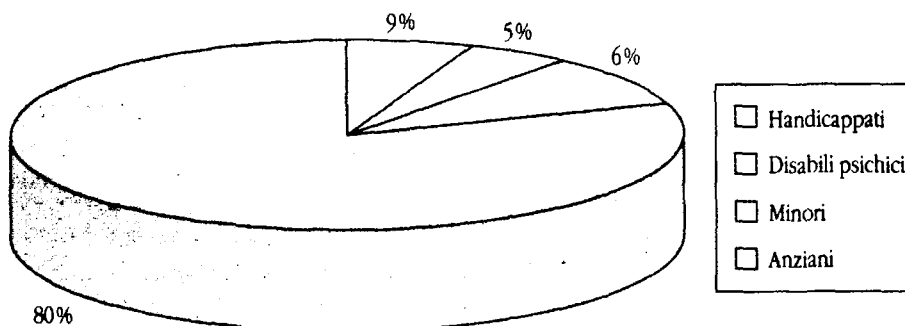
Grafico 2 - Diffusione in Sardegna del servizio di assistenza domiciliare



Gli utenti del servizio sono complessivamente 7.700; di questi l'80% è costituito da persone anziane (grafico 3).

Per individuare i livelli di utilizzo del servizio e la presenza di eventuali aree di sofferenza nelle quali potrebbe essere ancora necessario un intervento promozionale della Regione, è utile verificare l'incidenza del servizio stesso in relazione alla popolazione anziana delle diverse aree territoriali individuate dai distretti sanitari (ex USL).

Grafico 3 - Utenti del servizio di assistenza domiciliare ripartiti per tipologia

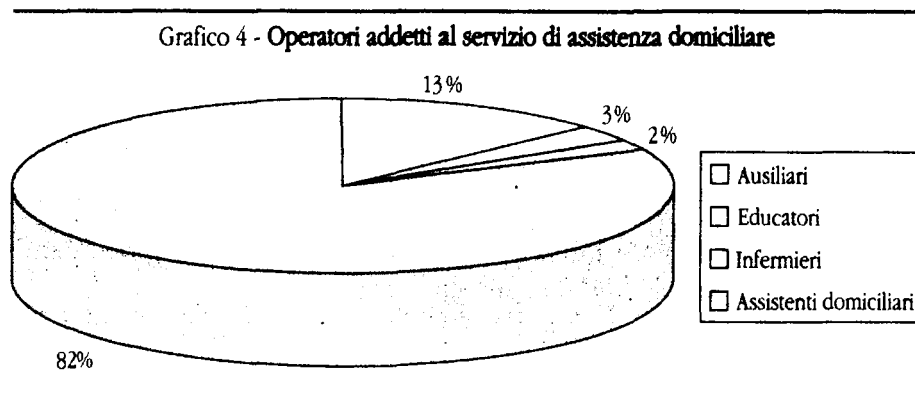


Sul piano regionale si evidenzia che la percentuale di anziani assistiti dal servizio rispetto alla totalità degli anziani (ultrasessantacinquenni) è in media del 3% (tabella 7). La maggiore incidenza si registra nei distretti sanitari di Macomer (5,3%) e di Sorgono (5,2%), mentre la minore incidenza si registra nei distretti sanitari di Cagliari (1,3%) e di Quartu S.E. (1,7%).

Gli operatori addetti al servizio di assistenza domiciliare sono prevalentemente formati nei corsi regionali con la qualifica di «assistente geriatrico» e «assistente domiciliare e dei servizi tutelari»; permane tuttavia un consistente numero di addetti generici (ausiliari) senza qualificazione alcuna (grafico 4).

Tab. 7 - Incidenza del servizio di assistenza domiciliare sulla popolazione anziana

Distretti sanitari (ex USL)	Anziani + 65enni	Anziani assistiti dal S.A.D.	% di assistiti su anziani + 65enni
n. 1 Sassari	22.343	468	2,09
n. 2 Alghero	12.318	280	2,27
n. 3 Tempio Pausania	7.074	257	3,63
n. 4 Olbia	9.272	241	2,60
n. 5 Ozieri	7.528	365	4,85
n. 6 Macomer	5.927	319	5,38
n. 7 Nuoro	11.254	360	3,20
n. 8 Siniscola	4.407	204	4,63
n. 9 Lanusei	8.007	312	3,90
n. 10 Sorgono	3.741	198	5,29
n. 11 Isili	4.259	200	4,70
n. 12 Ghilarza	7.318	340	4,65
n. 13 Oristano	12.822	521	4,06
n. 14 Ales	3.871	153	3,95
n. 15 Guspini	7.582	168	2,22
n. 16 Iglesias	6.695	129	1,93
n. 17 Carbonia	12.259	446	3,64
n. 18 Senorbì	6.668	329	4,93
n. 19 Sanluri	8.161	327	4,01
n. 20 e 21 Cagliari	36.649	498	1,36
n. 22 Quartu S.E.	8.262	141	1,71
Totali	206.417	6.256	3,03



L'estensione del servizio domiciliare anche ad altre classi di età oltre agli anziani, che si è verificata negli ultimi anni, ha favorito l'ingresso nel servizio di altre professionalità quale quella degli educatori, mentre la perdurante assenza dei servizi sanitari nella gestione del servizio ha costretto ad immettere nel servizio un certo numero di infermieri per coprire almeno le esigenze più gravi.

La provincia ove è presente il più alto numero di operatori generici è quella di Sassari che raggiunge il 29,2% sul totale degli addetti al servizio, mentre le altre province oscillano tra il 4,5% della provincia di Nuoro, il 5,8% della provincia di Oristano e l'8,4% della provincia di Cagliari.

All'interno della provincia di Sassari l'area più scoperta è quella riferita alla ex USL n. 3 di Tempio Pausania in quanto il 60% degli addetti è privo di adeguata qualifica, e sotto questo profilo meritano particolare attenzione le situazioni esistenti nei comuni di Calangianus, Benetutti e Olbia.

3.1.2 L'Assistenza Domiciliare Integrata

Sino ad ora in Sardegna non sono stati attivati i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata né le Unità Valutative Geriatriche, non essendovi reale integrazione fra il comparto sociale e quello sanitario.

Il nuovo modello di assistenza geriatrica previsto nei progetti obiettivo anziani sia del Piano socio assistenziale che di quello sanitario, assegna all'Assistenza Domiciliare Integrata il ruolo guida all'interno della rete dei servizi territoriali. Se, infatti, l'obiettivo dei progetti citati è quello di assistere gli anziani non autosufficienti, mantenendoli all'interno della propria famiglia e della propria abitazione, una precisa programmazione socio-sanitaria (anche riferita alla dotazione dei posti letto ospedalieri e residenziali) potrà essere effettuata solo dopo aver provveduto all'attivazione di un'efficiente assistenza domiciliare.

Già il primo Piano socio-assistenziale sosteneva l'esigenza di estendere l'assistenza domiciliare in quanto sistema integrato di interventi socio-assistenziali ed interventi sanitari espletato a livello locale dal Comune e dall'Unità Sanitaria Locale, ma la mancanza di criteri di coordinamento tra Comune ed Azienda USL, e la non completa descrizione della «continuità assistenziale» rivolta all'anziano, sono le cause principali del mancato decollo dell'Assistenza Domiciliare Integrata nella nostra Regione.

3.1.3 Gli affidamenti eterofamiliari

L'affidamento familiare di anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti teorizzato nel primo piano regionale si è realizzato raramente perché di non facile

accettazione dalle parti interessate: famiglia di origine famiglia affidataria, comunità e ambiente sociale in cui si realizza.

La famiglia originaria e in particolare figli e nipoti, sono più propensi ad accettare la permanenza dell'anziano in un istituto, giustificandola con l'esigenza di mantenere i rapporti con lui e di sottrarsi alle critiche della comunità o dell'ambiente parentale, piuttosto che a favorire la ricerca di una soluzione alternativa.

Per altro verso, l'affidamento di un anziano ad una famiglia diversa da quella dell'ambito parentale è guardato dalla gente comune con sospetto ancora maggiore quando l'anziano interessato presenta problemi di autosufficienza.

Normalmente chi fa questa scelta non viene apprezzato per l'atto di solidarietà, ma viene giudicato per la convenienza o per l'interesse che lo muove. Tutto ciò rende l'affidamento di un anziano una scelta impegnativa.

Tenendo conto di questi problemi, già il precedente piano aveva ritenuto essenziale — per la riuscita e l'affermazione del servizio — l'attuazione di un programma promozionale e l'offerta di consulenza ai Comuni sui temi dell'affidamento familiare dell'anziano. Si tratta di un'attività di sensibilizzazione che è rimasta confinata nell'ambito dell'operatività dei servizi e che non si è proposta all'attenzione dell'opinione pubblica più ampia. Conseguentemente non si è allargata l'informazione e la sensibilità verso l'affidamento dell'anziano.

Rimane quindi in eredità al nuovo piano socio assistenziale il compito di promuovere una intensa campagna di sensibilizzazione a livello regionale e territoriale, per creare le condizioni culturali più favorevoli per la legittimazione dell'istituto dell'affido dell'anziano che è previsto dall'art. 37 della L.R. 25 gennaio 1988 n. 4 e disciplinato dal DPGR n. 145/1990. L'attribuzione alla famiglia affidataria di incentivi economici che siano rapportati alla spesa per una retta di ricovero e la collaborazione di un qualificato servizio di assistenza domiciliare possono incoraggiare la crescita dell'affidamento.

3.2 Area dei servizi semiresidenziali

I servizi di assistenza domiciliare spesso possono risultare inadeguati a sostenere una condizione di parziale o temporanea non autosufficienza dell'anziano, soprattutto quando la rete familiare e parentale è inesistente o quando non è in condizioni di riorganizzarsi per potersi far carico per l'intera giornata della cura e dell'assistenza dell'anziano.

Per evitare la istituzionalizzazione, che può compromettere la residua rete di relazione, il servizio semiresidenziale offre il vantaggio di non allontanare la persona anziana dal suo ambiente, di farla rientrare nella sua abitazione e mantenere i contatti con la sua famiglia.

3.2.1 Forme di socializzazione e di aggregazione sociale

La vita di relazione costituisce per l'anziano una delle più importanti condizioni di autosufficienza. Essa deve essere potenziata e valorizzata alla luce dei seguenti aspetti:

a) la cessazione dell'attività lavorativa o il progressivo esaurimento della stessa comporta il distacco da vecchi legami, modifica i tempi di vita e i comportamenti quotidiani influenzando notevolmente sul piano delle relazioni sociali;

b) esiste il rischio di un forte restringimento delle reti di relazione degli anziani con l'aumento dell'età e la presenza di condizioni di disabilità;

c) la modificazione della composizione della famiglia che determina maggiori condizioni di isolamento degli anziani e di dipendenza da altri. In base ai dati del

censimento del 1991, l'ISTAT documenta che in Sardegna la percentuale di famiglie costituite da persone sole di 65/74 anni è del 17,71%, e da persone di 75 anni e più del 27,83%.

I Centri di Aggregazione Sociale attualmente disponibili in gran parte derivati dalla riconversione di una parte dei Centri Diurni per anziani finanziati e costruiti ai sensi della L.R. n. 52/75 e si rende necessario per il prossimo triennio completare questo processo di riconversione per aprirli all'incontro con altre generazioni.

La sede dove attivare i servizi semiresidenziali può essere pertanto individuata nei Centri Diurni ex L.R. n. 52/75, ma anche nei Centri di aggregazione sociale. Il precedente piano individua nel centro di aggregazione sociale, oltre uno standard minimo di funzionalità e di organizzazione, la possibilità di prevedere degli spazi per la confezione e la distribuzione dei pasti, per la lavanderia e la stireria nonché una zona adeguatamente attrezzata e modulata come centro di pronto intervento e/o comunità alloggio.

Tuttavia il servizio semiresidenziale può essere attivato anche nell'ambito di una comunità alloggio e di una comunità protetta. L'organizzazione di queste strutture può assegnare degli spazi attrezzati e modulati per lo svolgimento del servizio semiresidenziale e fornire il personale per le attività di supporto, per le attività di socializzazione e di promozione della vita di relazione.

La disponibilità del servizio semiresidenziale è di particolare importanza anche per realizzare la deistituzionalizzazione di quegli anziani che, avendo un'età inferiore ai 65 anni e non presentando problemi di autosufficienza, si dovessero trovare nella condizione di non poter sostenere il rientro definitivo nella propria abitazione e nel l'ambiente di provenienza.

3.3 Area dei servizi residenziali

L'informazione sull'offerta e sulla distribuzione territoriale delle strutture residenziali costituisce il necessario punto di partenza per la programmazione dei servizi di accoglienza per il prossimo triennio. Ci soffermiamo pertanto su alcuni dati che ci consentono di valutare la situazione dell'offerta e di individuare alcune importanti linee d'intervento per il prossimo triennio.

In base ai dati desunti dalle richieste di autorizzazione al funzionamento inoltrate ai sensi dell'art. 41 della L.R. n. 4/88 le strutture di accoglienza per anziani sono in totale 119.

Tab. 8 - Strutture residenziali per anziani pubbliche e private funzionanti al 1° maggio per Provincia

Province	Strutture pubbliche		Strutture private		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Cagliari	14	43,8	33	38,0	47	39,5
Sassari	7	21,9	29	33,3	36	30,3
Nuoro	7	21,8	11	12,7	18	15,1
Oristano	4	12,5	14	16,0	18	15,1
Sardegna	32	100,0	87	100,0	119	100,0

Le strutture pubbliche sono 32 e costituiscono il 27% del totale. La maggior presenza di strutture pubbliche e private si registra nella Provincia di Cagliari con il 39,5% del totale.

Se approfondiamo la tipologia delle strutture, rileviamo che 82 sono case di riposo e 37 comunità protette, come da tabella 9.

Tab. 9 - Distribuzione per tipologia delle strutture residenziali per anziani nelle 4 province

Tipologia strutture	Provincia Cagliari		Provincia Sassari		Provincia Nuoro		Provincia Oristano		Totali	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Case di riposo	31	66,0	21	58,3	14	77,7	16	88,8	82	68,9
Comunità protetta	16	34,0	15	41,7	4	22,3	2	11,2	37	31,1
Totali	47	100,0	36	100,0	18	100,0	18	100,0	119	100,0

Gli anziani ospitati nelle case di riposo sono circa 3.000 con una media di 36,5 per struttura, mentre nelle comunità protette sono circa 1.000 con una media di 27 per struttura. Il complesso degli utenti inseriti nelle Comunità è quindi di circa 4.000 utenti.

Questi dati sono chiaramente insufficienti a delineare un quadro esauriente dell'offerta assistenziale e quindi non consentono di trarre delle indicazioni certe e definitive. Tuttavia possiamo fare alcune prime riflessioni:

a) è fondamentale una miglior conoscenza della distribuzione dei servizi residenziali sia in rapporto alla popolazione potenzialmente interessata sia alle caratteristiche degli anziani attualmente ospitati.

b) la prevalenza delle strutture private rispetto a quelle pubbliche, oltre che indicare il radicamento e la continuazione di una tradizione di solidarietà, attribuisce loro un rilevante ruolo perché assicurano un servizio di interesse pubblico.

La diversificazione delle rette, in rapporto a parametri di qualità, accertati attraverso opportuni strumenti di monitoraggio e di valutazione della qualità, può motivare il miglioramento della qualità. La diversificazione deve tenere conto sia degli aspetti organizzativi e strutturali che degli aspetti connessi con i risultati.

c) il progressivo superamento delle case di riposo e la loro riconversione in comunità protette, che costituiva un obiettivo del precedente piano, è ancora da concretizzare.

Occorre acquisire un'informazione puntuale sulle problematiche degli utenti ricoverati nelle case di riposo sulla base dei criteri e delle modalità che scaturiscono esclusivamente dall'adozione della scheda di valutazione della non autosufficienza. Conseguentemente per gli anziani autosufficienti si dovrà procedere ad una graduale deistituzionalizzazione attraverso la programmazione di altri servizi come l'assistenza domiciliare, l'A.D.I., il servizio semiresidenziale che ne favoriscano il riavvicinamento o il reinserimento nel Comune nell'ambiente e nella famiglia originari.

L'obiettivo è quello di razionalizzare l'utilizzo delle strutture, di renderle disponibili per gli utenti che ne hanno maggiore beneficio ed esigenza; di qualificare la loro attività e il loro funzionamento.

In questo senso per privilegiare e incrementare l'offerta dei servizi agli anziani non autosufficienti, inclusi quelli residenziali, è prioritario il riutilizzo delle case di riposo esistenti, con gli opportuni adeguamenti strutturali, e indirizzare le strutture ancora in costruzione alla soddisfazione di queste esigenze.

Altri effetti positivi derivanti dall'attivazione delle comunità protette sono dati dalla diminuzione di ricoveri ospedalieri impropri e dal contenimento delle richieste di inserimento nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.

4. L'offerta dei servizi sanitari

L'attuale offerta di servizi sanitari appare condizionata dalla carenza esistente nell'area extra ospedaliera. In generale, è possibile affermare che la distribuzione delle

strutture sanitarie è caratterizzata da una concentrazione delle stesse nei capoluoghi di provincia a scapito dei centri periferici, con un gradiente esattamente inverso alla distribuzione degli anziani nel territorio regionale.

Inoltre, il ritardo nella riorganizzazione delle attività a livello distrettuale, costituisce oggi, uno dei nodi da sciogliere per migliorare l'offerta dei servizi sanitari extra ospedalieri, offrendo loro una sede di riferimento ed un luogo di coordinamento e di integrazione, sia tra servizi sanitari stessi che tra questi ultimi e quelli socio assistenziali.

4.1 I Servizi sanitari ospedalieri

Dal punto di vista sanitario, l'offerta assistenziale si sostanzia nella presenza di posti letto (P.L.) ospedalieri in divisioni di geriatria ed in riabilitazione post acuzie.

I P.L. nelle divisioni geriatriche sono, complessivamente, 302, pari a 0,18‰ abitanti contro uno standard consigliato dalla O.M.S. pari allo 0,4‰ mentre il rapporto tra posti letto geriatrici e popolazione anziana è pari a 1,35‰ contro lo standard O.M.S. del 2,5‰.

La loro distribuzione territoriale appare piuttosto disomogenea, con la concentrazione del 60% di disponibilità nella provincia di Cagliari; le altre divisioni di geriatria si trovano nelle Aziende USL di Nuoro, Lanusei e Sassari. Tutta la Sardegna centro-occidentale è sprovvista di P.L. geriatrici fatta eccezione per due divisioni (una a Bosa ed una a Sassari). In particolare nella provincia di Oristano non esistono P.L. geriatrici, e in quella di Sassari la percentuale è pari allo 0,04‰, con la Azienda USL di Olbia completamente sprovvista della possibilità di ricovero ospedaliero geriatrico.

È ipotizzabile che in queste situazioni l'assistenza agli anziani venga prestata all'interno delle Unità di medicina generale.

4.2 I Servizi sanitari extra ospedalieri

In una valutazione dell'offerta assistenziale, rivolta a soggetti ultra sessantacinquenni, appare necessario inserire anche i Centri di riabilitazione, pur tenendo in considerazione che la popolazione oggetto delle prestazioni, da essi fornite, non è esclusivamente geriatrica.

Allo stato attuale appare, in ogni caso, difficile valutare il loro impatto nei confronti della domanda assistenziale della popolazione geriatrica. Una valutazione appropriata sarà possibile solo dopo una verifica della tipologia degli utenti e dell'attività effettivamente svolta.

Risultano assenti, come già precisato, i servizi di assistenza domiciliare integrata e le Residenze Sanitarie Assistenziali, mentre risulta operante una sola Unità di Valutazione Geriatrica, attiva presso la Casa di Cura Policlinico Sassarese.

5. La programmazione degli interventi per il triennio 1998-2000

Sulla base della domanda espressa dalla popolazione anziana e dell'offerta dei servizi, sia il Piano Socio-Assistenziale per il triennio 1998-2000 (in discussione in Consiglio Regionale) che quello Sanitario (attualmente all'esame delle istituzioni, degli operatori, dei diversi soggetti sociali interessati) si propongono di realizzare azioni fortemente integrate e interventi di più specifica finalizzazione.

5.1 *Il Piano Socio-Assistenziale*

Questo strumento di programmazione si prefigge di perseguire, principalmente, due gruppi di obiettivi tra loro strettamente connessi:

- a) alcuni obiettivi strumentali per rendere efficiente il sistema e creare le condizioni per governare il progetto e sviluppare e sostenere un miglioramento continuo;
- b) alcuni obiettivi finali e quindi riguardanti direttamente la salute degli anziani, come richiesto esplicitamente dalla politica sociale e sanitaria.

Gli obiettivi strumentali si prefiggono di garantire le condizioni per effettuare una programmazione degli interventi veramente integrata e orientata al raggiungimento di risultati di qualità.

Gli obiettivi di salute rivolti agli anziani, che qualificano dal punto di vista dei contenuti il progetto, privilegiano la promozione e il sostegno della vita a domicilio all'interno di una cultura dell'integrazione e della solidarietà, finalizzata a migliorare la qualità della vita degli anziani.

Detti obiettivi, con le convenienti articolazioni, riguardano anche gli anziani che vivono in situazioni residenziali diverse da quelle del proprio domicilio, indipendentemente dalla durata della loro permanenza.

Gli obiettivi strumentali da perseguire nel triennio si riferiscono in prevalenza al sistema socio-assistenziale generale e in quanto tale saranno oggetto di appropriate azioni programmatiche, che si svilupperanno sia a livello regionale che a livello locale. Si tratta di:

- creare le condizioni per l'integrazione del progetto obiettivo a livello di distretto e di ambito del servizio sociale, realizzando le intese e le convenzioni necessarie e già previste tra Aziende USL ed Enti locali; allargare tali intese e convenzioni con enti, associazioni, volontariato nello spirito della partecipazione anche prevista dalla L. 142/1990;
- formare il personale ai diversi livelli e per le diverse professionalità sia su tematiche riguardanti la gestione del progetto, sia su tematiche proprie dell'assistenza agli anziani (l'approccio gerontologico);
- verificare la funzione delle diverse figure professionali e dei diversi operatori nei programmi di assistenza agli anziani, anche nella prospettiva di un coinvolgimento delle loro famiglie, con particolare attenzione al ruolo del medico di medicina generale, a quello dell'operatore addetto all'assistenza domiciliare e al ruolo infermieristico;
- predisporre criteri di valutazione della qualità come modalità per il miglioramento continuo (scelta dei parametri di riferimento e criteri per la misurazione; problemi di accreditamento per gli enti e i servizi in applicazione delle convenzioni, ecc.);
- avviare le connessioni tra sistemi informativi, specialmente tra le banche dati delle Aziende USL e dei distretti, e quelle dei Comuni, con l'Osservatorio epidemiologico e con il Sistema Informativo Socio-Assistenziale e con altri sistemi territoriali rilevanti.

Ci sono peraltro obiettivi strumentali che riguardano esclusivamente le realtà locali, rispetto ai quali Comuni e Aziende sanitarie hanno un ruolo primario. Qualora delle situazioni particolari lo richiedessero, potranno essere elaborati specifici progetti obiettivo. Ciò potrà avvenire quando si intenderà:

- elaborare un progetto anziani da parte degli Enti locali e delle USL come atto operativo dell'intesa coerente con il piano regionale, che garantisca concretezza e operatività agli accordi;
- istituire le Unità di Valutazione Geriatrica per legittimare la loro esistenza e il loro funzionamento nell'ambito e delle intese e del progetto, in modo da garantire l'efficacia;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

È quindi fondamentale che i singoli «progetti» esplicitino:

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 *Il Piano Sanitario*

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

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

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

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

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

Attivazione di Ambulatori-geriatrici

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

Avvio dell'Assistenza Domiciliare integrata

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

Riorganizzazione dell'assistenza geriatrica ospedaliera

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

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

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

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

PAGINA BIANCA

REGIONE SICILIA

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

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

Servizi in favore degli anziani										
	AG	CL	CT	EN	ME	PA	RG	SR	TP	Totale
Assistenza domiciliare	2.787	1.775	3.728	1.754	7.387	5.354	2.527	3.072	1.560	29.944
Assistenza abitativa	0	15	0	0	5	3	0	0	0	23
Attività ricreative culturali	3.946	2.300	11.387	1.020	5.293	4.283	5.587	2.379	1.127	37.322
Soggiorni	1.539	897	4.847	825	3.570	3.584	1.211	2.695	1.939	21.107
Integrazione lavorativa	1.134	380	1.536	465	2.287	1.919	835	542	783	9.881
Trasporto	5.069	4.624	10.213	2.951	3.909	6.349	6.053	5.423	3.152	47.743
Progetti prevenzione disagio	0	0	60	0	0	145	0	0	0	205
Ass. econ. continuativa	0	0	2	0	1	1	4	0	0	8
Ass. econ. temporanea	25	0	0	0	0	0	1	5	3	34
Ass. econ. straordinaria	40	0	20	18	41	17	1	9	14	160
Ass. econ. (dato complessivo)	10	0	1.611	25	113	84	30	0	1	1.874
Centro diurno/d'incontro	120	0	3.531	2.270	930	810	1.552	3.307	180	12.700
Ricovero	150	90	395	121	173	395	145	54	271	1.794
Telesoccorso	62	0	14	0	53	26	10	0	50	215
Altro	3	0	0	0	80	240	0	0	0	323
Totale	14.885	10.081	37.344	9.449	23.842	23.210	17.956	17.486	9.080	165.395

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

PAGINA BIANCA

REGIONE TOSCANA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata

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

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

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

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

2. Progetti obiettivo anziani

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

a) Assistenza domiciliare

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

b) Centri di assistenza diurna

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

c) Miglioramento condizioni abitative

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

d) Telesoccorso

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

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

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

e) Sperimentazione

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

3. Osservatorio non autosufficienza

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

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

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

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

4. Servizi residenziali e semiresidenziali

A) *Strutture residenziali*

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

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

B) *Centri diurni*

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

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

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

5. Progetti innovativi e sperimentali: l'Alzheimer

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

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

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

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

6. Attività di interesse sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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

R S A

Azienda U.S.L.	Popolazione residenze > 65 anni	P.L. obiettivo 1,60%	Pubblico					Convenzionati			P.L. pubblico e privato convenzionati a regime		Sconto	
			P.L. esistenti adeguati pubblici	P.L. in corso di realizzazione	P.L. programmati	P.L. esistenti	1° triennio (D.C.R.T. 222/90)	P.L. esistenti	P.L. programmati	P.L. esistenti	numero	%	numero	%
Anno 1995														
1 - Massa Carrara	42.395	678	65	0	120	146		146			331	0,78	347	0,82
2 - Lucca	46.525	744	253	120	104	83		83			560	1,20	184	0,40
3 - Pistoia	53.053	849	160	170	120	191		191			641	1,21	208	0,39
4 - Prato	38.600	618	101	46	40	235		235			422	1,09	196	0,51
5 - Pisa	66.362	1.062	405	40	182	215		215			842	1,27	220	0,33
6 - Livorno	72.967	1.167	80	238	92	11		11			421	0,58	746	1,02
7 - Siena	60.178	987	540	152	92	181		181			965	1,60	22	0,04
8 - Arezzo	66.936	1.071	209	199	102	41		41			551	0,82	520	0,78
9 - Grosseto	48.045	769	217	60	60	114		114			451	0,94	318	0,66
10 - Firenze	171.621	2.746	235	683	140	1.614		1.614			2.672	1,56	74	0,04
11 - Empoli	41.999	672	119	165	45	115		115			444	1,06	228	0,54
12 - Versilia	31.193	499	16	40	28	230		230			314	1,01	185	0,59
Totale	739.874	11.662	2.400	1.913	1.125	3.176		3.176			8.614	1,16	3.248	0,44

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. -E-

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

* a = autosufficienti; n.a. = non autosufficienti.

REGIONE UMBRIA

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

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

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

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

Distribuzione territoriale della popolazione anziana

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

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

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

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

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

In sintesi:

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

Contesto familiare di riferimento

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

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

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

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

La ospedalizzazione degli anziani

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

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

La residenzialità diretta agli anziani

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

Tipologie di servizio

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

Modelli organizzativi e gestionali

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

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Si evidenzia anche nella nostra regione un calo della popolazione giovanile dovuta alla diminuzione delle nascite, e di aumento pertanto della quota delle persone presumibilmente non autonome a carico della popolazione attiva. Dall'ultima rilevazione (anno 1994) la popolazione residente in Valle d'Aosta di età maggiore ai 60 anni è pari al 22,4% del totale.

Obiettivi

Gli obiettivi fondamentali relativi alla popolazione anziana ed inabile per il triennio 97/99 sono contenuti nel nuovo Piano Socio Sanitario regionale approvato con L.R. 16 aprile 1997, n. 13 e sono così sintetizzabili:

- miglioramento dell'efficacia ed efficienza dei servizi esistenti attraverso il trasferimento sull'intero territorio regionale del modello di lavoro sperimentato nell'ambito del progetto ITACA, che presuppone la presa in carico multiprofessionale e/o comunitaria delle situazioni problematiche, l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito macrodistrettuale e l'avvio di un sistema informativo finalizzato alla valutazione dei servizi;
- potenziamento del servizio di assistenza domiciliare affinché lo stesso sia svolto in modo più continuativo nel tempo e integrato con figure sanitarie (A.D.I. assistenza domiciliare integrata);
- garanzia nei servizi residenziali di assistenza di tipo infermieristico, riabilitativo e farmaceutico, sulla base di accordi di programma con l'U.S.L.;
- realizzazione di servizi residenziali a prevalente carattere sanitario (R.S.A.) per i soggetti gravemente dipendenti;
- favorire il più a lungo possibile la permanenza dell'anziano nel proprio o altrui domicilio concedendo un sostegno economico in applicazione della L.R. 22 maggio 1993.

La legge quadro che sinora ha disciplinato i servizi rivolti alle persone anziane ed inabili è la L.R. 93 del 15.12.1982 la quale prevede forme di intervento rivolte ad anziani ed inabili che indipendentemente dall'età versino in condizioni di disagio sociale, sanitario o economico.

Il Piano Socio Sanitario regionale prevede modifiche a tale legge e include fra i destinatari di interventi regionali anche le persone fisiche che assistono a domicilio propri congiunti o conviventi non autosufficienti.

La tipologia dei servizi previsti per la tutela e salute degli anziani è la seguente:

- a) Servizi socio sanitari integrati:
 - Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.);
 - Centro diurno;
 - Microcomunità;
 - R.S.A.

I primi tre sono gestiti in modo unitario dagli enti locali, mentre l'ultimo sarà gestito dall'U.S.L.

b) Altri servizi sociali gestiti dagli enti locali:

- Comunità alloggio;
- Soggiorni climatici;
- Centri di incontro;
- Teleassistenza.

Servizi socio sanitari integrati

Assistenza domiciliare integrata: consiste nel complesso di prestazioni assistenziali (aiuto domestico, disbrigo delle commissioni, preparazione e fornitura dei pasti, igiene della casa e della persona, sostegno psicologico) e sanitarie (visite mediche, interventi infermieristici) volte a mantenere l'utente nel proprio contesto sociale. Nel biennio 96/97 è stato attivato in 72 Comuni. Alcuni Comuni gestiscono autonomamente il servizio, sette si sono consorziati, altri ancora, hanno dato vita ad accordi per gestire congiuntamente il servizio. L'assistenza domiciliare viene erogata in media per 5 o 6 giorni settimanali, in alcuni Comuni è coperta l'intera settimana. Si evidenzia che dai dati al 31.12.1996, 727 utenti usufruiscono del servizio.

Centri diurni: forniscono servizi di ristoro e di pernottamento e costituiscono anche punti di appoggio per i servizi di assistenza domiciliare. Nella Regione sono funzionanti 6 strutture che prevedono anche il pernottamento e 13 che offrono un servizio diurno.

Microcomunità: tali servizi sono destinati a persone anziane ed inabili che hanno bisogno di sostegno di tipo sanitario, infermieristico e alberghiero. Nel corso dell'anno 1997 sono state inaugurate tre nuove microcomunità portando a 27 il numero di queste strutture, per un totale di 473 posti disponibili.

R.S.A.: lo sviluppo di presidi e servizi assistenziali extraospedalieri risponde alla domanda di lunga assistenza e di riabilitazione espressa dagli anziani gravemente dipendenti non curabili a domicilio, si ipotizza nel lungo periodo la realizzazione di una R.S.A. in ciascun macrodistretto contigua alle strutture poliambulatoriali prevedendo nuclei specifici per malati di Alzheimer e sindromi correlate. Attualmente è stata progettata e in fase di appalto una di queste residenze.

Per sopperire all'attuale mancanza di queste strutture il P.S.S.R. prevede di potenziare il servizio infermieristico in almeno una microcomunità per macrodistretto prevedendo anche un supporto di terapisti della riabilitazione.

Servizi sociali gestiti dagli enti locali

Comunità alloggio: la comunità alloggio è dotata di servizi generali comuni, quali la cucina, la lavanderia, la emeroteca nonché di personale per l'aiuto domestico; il servizio è rivolto ad anziani autosufficienti che non abbiano necessità di assistenza particolare. Vi sono nella Regione 2 comunità di questo tipo.

Soggiorni climatici: svolgono la funzione di mantenimento e di ristabilimento dello stato di salute oltre che di animazione, sono gestiti dalle comunità montane e dal comune di Aosta. Nell'anno 1996 hanno usufruito di questo servizio 1.074 anziani.

Centri di incontro: sono ambienti forniti di sussidi idonei per lo svolgimento di attività culturali e del tempo libero possibilmente con la presenza di animatori. Nella Regione sono presenti centri in 21 comuni (4 ad Aosta). La frequenza nei centri di incontro non è quantificabile in quanto alcuni di essi sono autogestiti dagli utenti stessi in accordo con l'ente gestore.

Teleassistenza: questo servizio per ora non è stato organizzato, nel comune di Aosta esiste un servizio di telesoccorso dato in gestione ad una ditta esterna.

Personale operante nelle strutture pubbliche: nei servizi pubblici operano gli assistenti domiciliari e dei servizi tutelari ADEST e gli istruttori amministrativi. Tale personale attualmente inserito in un ruolo speciale regionale in base alla L.R. 12/90 transiterà come previsto nel nuovo P.S.S.R. nelle piante organiche degli Enti gestori.

Il servizio infermieristico con decorrenza 1° gennaio 1996 è garantito dall'U.S.L., sia nelle strutture residenziali che sul territorio nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Case di riposo private: nel settore privato si segnala la presenza nella Regione di 7 case di riposo. Con una di queste è stata stipulata una convenzione ai sensi della legge regionale 41/92.

Ai sensi della medesima legge, si segnala che è stata parimenti stipulata una convenzione con l'unica I.P.A.B. esistente.

Volontariato: per quanto riguarda le associazioni di volontariato è da rimarcare l'attività di tre associazioni iscritte al registro regionale del volontariato, le quali collaborano in attività di animazione presso le microcomunità.

Consulta dei pensionati: questo organismo previsto dalla legge n. 93 del 15.12.1982 ha la funzione di collaborare con l'Amministrazione regionale per la formulazione e la valutazione di interventi di politica sociale, assistenziale e sanitaria a favore delle persone anziane.

Progetto Itaca

Questo progetto è il prodotto della consapevolezza che raggiunta una certa quantità di strutture residenziali, organizzata l'assistenza domiciliare in quasi tutti i comuni, andava cambiata la qualità e l'organizzazione dei servizi rivolti alle persone anziane ed inabili.

Tale progetto si sviluppa nell'ottica di potenziare e qualificare i servizi per anziani in una prospettiva territoriale che privilegi gli interventi domiciliari e la valorizzazione delle risorse della comunità locale, realizzando cioè un sistema di servizi in cui a fronte di bisogni diversi si possano prevedere interventi differenziati a seconda delle esigenze delle persone in difficoltà. Tutto questo presuppone che chi opera nei servizi sia in grado di progettare forme diverse di intervento; perché ciò avvenga occorre poter sviluppare le professionalità, promuovere il cambiamento organizzativo e prevedere un sistema di valutazione che consenta di verificare la qualità del singolo intervento.

Gli interventi formativi ipotizzati nel progetto (delibera di Consiglio n. 4074 / X in data 18 dicembre 1992) sono stati:

– aggiornamento rivolto agli assistenti sociali che lavorano nei distretti sul territorio, finalizzata al potenziamento delle competenze gestionali e di coordinamento;

- iniziativa formativa rivolta agli infermieri professionali finalizzata a fornire elementi per la gestione integrata dei servizi;
- offerta formativa per gli assistenti domiciliari e dei servizi tutelari che operano nei servizi, volta a favorire l'approfondimento delle competenze di base della figura professionale e la diffusione di una cultura omogenea rispetto ai metodi e strumenti di lavoro;
- formazione di un gruppo pilota multiprofessionale per la sperimentazione di un modello relativo alla presa in carico multiprofessionale e integrata dell'utente.

Preso atto che i risultati della sperimentazione per la presa in carico integrata in tre distretti pilota è stata positiva, si sono approvate con la Delibera di Giunta n. 1321 in data 22 marzo 1996 le iniziative formative per il trasferimento del modello a tutto il territorio regionale secondo il seguente percorso formativo:

- messa a regime nei distretti pilota del modello elaborato;
- l'addoccaggio del modello ai tre distretti che apriranno prossimamente nuove strutture;
- messa a punto del modello su tutto il territorio regionale (gennaio dicembre 1998);
- progetto per la qualificazione dei rapporti tra ospedale e territorio;
- formazione per gli istruttori amministrativi; abilitare questa figura per il coordinamento del lavoro all'interno delle strutture residenziali sia dal punto di vista della gestione che dell'organizzazione e gestione delle risorse umane.

L'esito positivo dell'attuazione del progetto Itaca ha determinato la necessità di disciplinare con criteri omogenei l'accesso ai servizi per anziani ed in particolare alle strutture mediante l'istituzione delle U.V.G. e il coordinamento dei servizi stessi.

Unità di valutazione geriatrica: Con la deliberazione della Giunta regionale n. 1320 in data 22.3.1996 è stata istituita l'Unità di Valutazione Geriatrica, gruppo multidisciplinare che realizza l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, nonché fra interventi ospedalieri e territoriali ispirandosi ai principi della valutazione funzionale multidimensionale.

Le U.V.G. previste a livello regionale sono 4, una per ogni macrodistretto, e sono composte dalle seguenti figure professionali:

- geriatra, infermiera, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale (con funzione di coordinatore) e segretario (funzione ricoperta dagli istruttori amministrativi).

Le funzioni dell'U.V.G. sono:

- esaminare e decidere in merito alle proposte di inserimento in strutture residenziali, elaborate dall'équipe multiprofessionale di zona, (costituita dagli operatori di riferimento del domicilio dell'utente);
- monitorare in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico regionale la malattia di Alzheimer e sindromi correlate.

Coordinatore dei servizi per anziani ed inabili: con circolare n. 24 in data 3 giugno 1997 si è istituita la figura del coordinatore dei servizi per anziani ed inabili sul territorio della Regione Valle d'Aosta, ricoperta dall'assistente sociale. Le funzioni del coordinatore sono:

- conoscere il quadro complessivo dei servizi presenti nel territorio di riferimento nonché la specificità del singolo servizio rispetto agli standard di funzionamento;

- individuare, rispetto ai problemi evidenziati dall'analisi delle domande pervenute alle équipes di base, le risposte più idonee;
- curare la documentazione e la raccolta dati;
- coordinare gruppi monoprofessionali e pluriprofessionali;
- fungere da raccordo tra servizi ed Enti gestori;
- essere garante della presa in carico dell'utente che accede ai servizi.

PAGINA BIANCA

REGIONE VENETO

La popolazione regionale stimata all'1.1.1996 in 4.365.481 prevede una popolazione ultrasessantacinquenne così ripartita:

persone anziane tra i 65 e 75 anni:	441.261=
persone anziane ultra 75 anni:	315.249=
per un totale complessivo di	756.510=
pari al 17,39% dell'intera popolazione.	

Dai dati indicati si evince che la Regione Veneto è interessata da un consistente fenomeno di invecchiamento della popolazione che necessariamente comporta risposte a specifici bisogni sia in termini di organizzazione e rete dei servizi, sia in termini di adeguate disponibilità finanziarie.

Nel periodo gennaio 1996 - settembre 1997, la Regione ha proseguito una serie di processi di rinnovamento del sistema della rete dei servizi previsti a favore della popolazione anziana, avendo maturato la consapevolezza che l'assistenza agli anziani autosufficienti e non autosufficienti non è più erogabile a livello di singoli servizi.

L'aumento numerico di tali soggetti e le novità in campo assistenziale, riabilitativo e sanitario esigono un nuovo e più razionale modo di rispondere ai bisogni dei soggetti che hanno perduto autonomia.

In buona sostanza il benessere della popolazione anziana dipende dal coordinamento di una molteplicità di interventi erogati da unità operative e professionalità che fanno capo a diversi soggetti, U.L.S.S., Comuni, Ipad, privato sociale e commerciale.

In questo assetto organizzativo gli obiettivi che la Regione Veneto ha inteso perseguire in questo biennio sono stati:

- mantenere la persona nel proprio ambiente di vita e ricorrere alla sistemazione residenziale solo quando sia stata verificata l'impossibilità di assisterla a domicilio;
- ottenere la migliore qualità di vita possibile e il mantenimento del maggior grado possibile di autosufficienza;
- valutare il fabbisogno della persona così da poter offrire con tempestività la forma di assistenza più adatta;
- assicurare la continuità dell'assistenza;
- raggiungere un elevato grado di umanizzazione e di qualità interpersonale del servizio;
- razionalizzare le risorse selezionando solo gli interventi più appropriati.

Affinché questi obiettivi possano realizzarsi si è ritenuto necessario che l'accesso della persona ai servizi non fosse casuale, ma valutato accuratamente dalle Unità Operative Distrettuali (Unità Valutative Geriatriche), costituite presso tutte le ULSS del Veneto nel corso del 1996.

L'U.O.D. rappresenta il centro e l'unico punto di ingresso della rete dei servizi con il compito di valutare il fabbisogno assistenziale del singolo caso con metodologia multidimensionale e, conseguentemente, allestire il programma d'intervento personalizzato da attuare prioritariamente e preferibilmente in Assistenza Domiciliare Integrata oppure, ove le condizioni non lo consentano, l'individuazione del servizio residenziale più idoneo.

Resta comunque fondamentale il ruolo della famiglia e vanno trovate soluzioni per sostenere i nuclei familiari che si prendono cura direttamente degli anziani. Va segnalato a questo proposito che sono attualmente in corso di predisposizione uno schema tipo di regolamento delle U.O.D., per favorirne l'omogeneità di funzionamento, e uno strumento di valutazione multidimensionale dell'autonomia dell'anziano, che superi il concetto di non autosufficienza e consenta di commisurare il progetto assistenziale al profilo di autonomia dell'anziano.

Tali nuovi indirizzi, attuativi peraltro delle linee guida nazionali del progetto obiettivo «Tutela della salute dell'anziano», hanno trovato un adeguato conforto normativo in un apposito documento della Giunta regionale (D.G.R. n. 2034 del 10.05.1994) avente per oggetto «Standard regionali per le R.S.A.», con il quale la Regione Veneto ha anticipato i contenuti del progetto Obiettivo Anziani del Piano Socio Sanitario Regionale 96/98.

La prossima approvazione di tale Progetto obiettivo completerà il quadro degli strumenti normativi che consentiranno di sintonizzare la programmazione socio-assistenziale territoriale.

Consapevole che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è di enorme rilevanza sociale, la Regione Veneto sostiene e compartecipa finanziariamente alla realizzazione dei seguenti servizi (dati riferiti al 1996).

Riconoscimento delle attività di rilievo sanitario prestate nei servizi socio-assistenziali a favore dei non autosufficienti (D.P.C.M. 8.8.1985):

- anziani ospiti in strutture:	17.613
- anziani ospiti in centri diurni:	127
- anziani seguiti a domicilio:	14.709 (anno 1995)
- anziani serviti dal Servizio Telesoccorso-Telocontrollo:	18.951
- provvidenze economiche a cittadini non autosufficienti assistiti in famiglia (ex L.R. 28/91):	5.204 (anno 1995)

A fronte di tali dati la programmazione regionale sui servizi a favore degli anziani non autosufficienti prevede la definizione per U.L.S.S. del fabbisogno dei posti letto in strutture residenziali (R.S.A. e Case di Riposo).

Con deliberazione in corso di definizione, la Giunta regionale sta determinando ai sensi dell'art. 13 della L.R. n. 56/94 i criteri di localizzazione delle R.S.A. sulla base della previsione del fabbisogno di posti letto per anziani non autosufficienti in strutture residenziali, prevedendo in ottemperanza al D.P.R. 14 gennaio 1997 una gamma di strutture che offrono un livello «alto» di assistenza tutelare e alberghiera e diversi gradi di assistenza sanitaria (nelle sue componenti mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali di rilievo sanitario): medio, ridotto, minimo. Le diverse tipologie di servizi si realizzano attraverso un modello organizzativo modulare sia presso le strutture ospedaliere di riconversione che presso le case per anziani non autosufficienti, tramite specializzazione funzionale di quota parte dei posti letto e relativi servizi annessi.

Per quanto riguarda in particolare l'attivazione di nuclei di R.S.A. (con assistenza sanitaria di intensità media) nelle Case di riposo, essa è ritenuta possibile in fase di prima attuazione solo in strutture con capacità ricettiva complessiva pari o superiore a n. 90 posti letto, facendo riferimento non ai singoli presidi erogativi, bensì agli Enti nel loro complesso, articolati anche in più sedi territoriali decentrate nella stessa U.L.S.S.: la determinazione di ulteriori nuclei è possibile solo nelle strutture con un numero di posti letto multiplo di 90.

Nel prossimo futuro la Regione Veneto intende continuare a garantire idonei livelli di assistenza alle persone anziane (nel rispetto delle disponibilità finanziarie), incentivando forme alternative all'istituzionalizzazione e raccomandando al territorio la definizione di strategie e di linee di intervento atte a garantire la tutela della salute della popolazione anziana.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Nella Provincia di Bolzano si sa che oltre la metà degli ospiti delle strutture per anziani è ultraottantenne e che circa un terzo risulta non più autosufficiente, mentre nei Servizi di assistenza domiciliare la quota di ultraottantacinquenni è superiore al 45%; e i dichiarati non autosufficienti/non autonomi sono circa il 25%.

È attualmente in fase di realizzazione una *survey* sulla problematica della condizione anziana in Provincia di Bolzano volta a dimensionare il peso e la rilevanza dei vari fattori critici e delle fenomenologie in presenza. I risultati conoscitivi che si otterranno saranno una importante base informativa per la successiva azione di politica sociale.

L'offerta di servizi: quadro di sintesi

Indicatori generali (valori %)

	1994	1995
1. Quota di vecchiaia (pop. > 64 - pop. tot.)		
1. Val Venosta	13,1	13,4
2. Burgraviato	14,8	15,0
3. Oltradige-bassa atesina	13,4	13,6
4. Bolzano	17,9	18,5
5. Salto-Sciliar	12,3	12,4
6. Valle Isarco	12,7	13,0
7. Alta Valle Isarco	11,9	12,2
8. Val Pusteria	11,6	11,9
Totale	14,1	14,4

2. Indice di vecchiaia (pop. > 64 - pop. 0-1)

1. Val Venosta	63,1	64,5
2. Burgraviato	87,6	89,7
3. Oltradige-bassa atesina	76,6	78,9
4. Bolzano	136,1	155,6
5. Salto-Sciliar	61,8	62,4
6. Valle Isarco	64,7	67,3
7. Alta Valle Isarco	65,1	67,9
8. Val Pusteria	58,9	61,2
Totale	82,1	84,4

3. Indice 4' età / 3' età (valori %, per unità comprensoriale)

1. Val Venosta	10,0	10,2
2. Burgraviato	11,3	12,0
3. Oltradige-bassa atesina	9,3	9,4
4. Bolzano	10,0	10,5
5. Salto-Sciliar	10,0	11,0
6. Valle Isarco	9,9	10,7
7. Alta Valle Isarco	9,1	9,1
8. Val Pusteria	10,0	10,1
Totale	10,1	10,6

4. Indice di penetrazione (utenti > 64 / pop > 64)

1. Val Venosta	7,3	6,2
2. Burgraviato	4,8	5,0
3. Oltradige-bassa atesina	5,1	4,8
4. Bolzano	2,6	2,4
5. Salto-Sciliar	6,7	6,6
6. Valle Isarco	4,6	4,8
7. Alta Valle Isarco	6,2	6,0
8. Val Pusteria	4,1	3,5
Totale	4,5	4,3

6. Indice di non autosufficienza in CdR (utenti anziani non autosufficienti / tot. utenti anziani)

33,8 35,9

7. Indice di istituzionalizzazione (utenti anziani in CdR / tot. utenti anziani dei servizi nell'anno)

58,7 54,2

8. Indice di territorializzazione (utenti anziani SAD nell'anno / tot. utenti anziani dei servizi)

41,1 45,8

9. Indice di saturazione (posti letto occupati in CdR / posti letto totale)

94,2 97,5

10. Indice di mortalità (decessi in CdR / utenti CdR)

15,6 14,6

11. Tasso di ricambio CdR (nuovi utenti / utenti)

19,3 20,6

12. Tasso di ricambio SAD (nuovi utenti / utenti nel corso dell'anno)

38,1 35,3

13. Indice di domanda insoddisfatta (anziani in lista d'attesa / tot. posti letto):

1. Val Venosta	14,8	13,3
2. Burgraviato	39,1	39,5
3. Oltradige-bassa atesina	32,1	42,4
4. Bolzano	228,2	290,3
5. Salto-Sciliar	42,1	32,6
6. Valle Isarco	1,5	1,1
7. Alta Valle Isarco	5,4	6,2
8. Val Pusteria	48,6	46,1
Totale	64,4	70,8

* Si fa presente che l'indice sovradimensiona il dato di realtà a causa delle liste multiple, cioè della possibilità di iscriversi in attesa presso più di una struttura

POTENZIALITÀ:

1. L'offerta residenziale appare di alto livello qualitativo, in termini di funzionalità gestionale; è corretta la scelta di breve e medio periodo di potenziare l'offerta per lungodegenti;
2. Positive alcune dinamiche registrate nell'ultimo anno nelle strutture: l'aumento dei posti letto per lungodegenti, l'aumento delle dimissioni in famiglia e l'incremento netto delle ammissioni;
3. L'assistenza domiciliare si presenta come un servizio di buona tradizione, fortemente concentrato sull'utenza anziana a differenza di quanto avviene in altri territori;
4. Positiva appare anche la capacità di valorizzare le risorse del territorio rappresentate da volontari e tirocinanti.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Elenco di Contributi anno 1997		
Dizionario / servizi	Assistenze / richieste	Importo / contributo
<i>1° piano di reparto</i>		
Hauspflegedienste / Serv. a domicilio	7	246.800.000
Altenwohnungen / alloggi per anziani	7	461.460.000
Altenklubs / Clubs per anziani	21	780.020.000
Pflegeheime / case per lungodegenti	5	704.380.000
Altersheime - case di riposo	46	4.878.110.000
Totale / totale	86	7.070.770.000

N.B. - Il secondo piano di reparto di Lire 4.039.230.000 - sarà deliberato nel mese di novembre

Elenco di Contributi anno 1996				
Esce	Richieste	Lavori	Acquisti	Totale
<i>1° piano di reparto</i>				
Case di riposo	56	4.170.960.000	1.884.130.000	6.055.090.000
Club - anziani	21	469.080.000	188.410.000	657.490.000
Servizio a domicilio	4	231.000.000	40.120.000	271.120.000
Alloggi per anziani	4	1.667.180.000		1.667.180.000
Centri per lungodegenti	3		547.490.000	547.490.000
Totale	88	6.538.220.000	2.660.150.000	9.198.370.000
<i>2° piano di reparto</i>				
Case di riposo	10	647.800.000	84.230.000	732.030.000
Club - anziani	11	420.740.000	54.860.000	475.600.000
Servizio a domicilio	1	189.000.000		189.000.000
Alloggi per anziani	1	375.000.000		375.000.000
Centri per lungodegenti	1	230.000.000		230.000.000
Totale	24	1.862.540.000	139.090.000	2.001.630.000
Subtotale	112	8.400.760.000	2.799.240.000	11.200.000.000

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L.P. 77/73 art. 24 club anziani 1995 - 1997

	Credito 1995	Credito 1996	Credito 1997	95-96 Variaz. %	96-97 Variaz. %
A.C.L.I. - Gruppi Anziani (6 gruppi)	90.955.000	90.033.000	94.472.000	-1,0	4,9
A.T.L.A. - Ass. Tempo Libero Anziani	338.500.000	370.123.000	418.647.000	9,3	13,1
Altenklub St. Nikolaus Meran	1.740.000	1.638.000	1.860.000	-5,9	13,6
Altenpflegekomitee der Pfarre St. Vigil - Untermals	1.740.000	1.867.000	2.400.000	7,3	28,5
Arbeitsgemeinschaft Seniorenbetreuung	23.620.000	23.600.000	25.280.000	-0,1	7,1
Associazione Anziani 3 ^a età - Bolzano	8.600.000	12.348.000	13.365.000	43,6	8,2
Bezirksgemeinschaft Vinschgau			16.200.000		
Caritas Sacra Famiglia	16.800.000	18.830.000	18.740.000	12,1	-0,5
Centro A.U.S.E.R.	43.567.000	46.444.000	88.015.000	6,6	89,5
Centro Anziani Cristo Re	12.592.000	12.001.000	13.280.000	-4,7	10,7
Centro Anziani di Bronzolo	6.300.000	6.612.000	7.000.000	5,0	5,9
Centro Culturale Ricreativo Deflorian	9.315.000	11.845.000	14.720.000	27,2	24,3
Centro Don Bosco	13.240.000	13.945.000	13.000.000	5,3	-6,8
Centro Studi e Ricerche «A. Palladio»	9.231.000	6.930.000		-24,9	
Circolo Anziani Brunico	33.884.000	25.995.000	31.591.000	-23,3	21,5
Circolo Culturale Ricreativo A. Nikolett			21.920.000		
Circolo ENAL - Terlano			5.680.000		
Circolo Parrocchiale Anziani Maria Assunta	48.400.000	44.412.000	48.347.000	-8,2	8,9
Club 60	18.782.000	36.268.000	48.992.000	93,1	35,1
Club Anziani dei Padri Carmelitani Scalzi	13.964.000	8.825.000	18.397.000	-36,8	108,5
Club Anziani San Virgilio - Merano			3.560.000		
Club degli Anziani di Bressanone	12.341.000	13.302.000	13.966.000	7,8	5,0
Club degli Anziani Millan-Bressanone	5.400.000	4.380.000	4.980.000	-18,9	13,7
Club della Visitazione - Bolzano	30.831.000	30.546.000	35.841.000	-0,9	17,3
Club La Ruga	27.760.000	26.666.000	32.029.000	-3,9	20,1
Club Rodigino	11.700.000	11.110.000	11.710.000	-5,0	5,4
Comitato Anziani di Salorno	17.329.000	18.600.000	24.380.000	7,3	31,1
Comitato Parr. di assistenza di Maia Bassa	16.760.000	16.465.000	20.664.000	-1,8	25,5
Comitato Parr. di assistenza San G. Bosco	27.507.000	27.194.000	34.084.000	-1,1	25,3
Comune di Laives			30.000.000		
Federazione Maestri del Lavoro	9.210.000	6.341.000	21.941.000	-31,2	246,0
Gruppo Anziani Pineta di Laives	6.208.000	5.400.000	5.420.000	-13,0	0,4
Gruppo Anziani San Giusto - Sinigo	3.696.000	4.205.000	3.240.000	13,8	-22,9
K.V.W. (77 Klubs)	135.257.000	137.586.000	153.481.000	1,7	11,6
K.V.W. Hauspflegedienst Meran		7.050.000	17.280.000		145,1
K.V.W. Meeresaufenthalte	11.185.000	21.312.000	60.171.000	90,5	182,3
Parrocch. Duomo - Gruppo Anziani-Bolzano	8.350.000	8.630.000	12.980.000	3,4	50,4
Parrocchia di Vipiteno	12.222.000	15.398.000	16.000.000	26,0	3,9
Parrocchia Laghetti - Gruppo Anziani			16.200.000		
Pfarrei St. Gertraud Haslach	2.963.000	3.000.000	3.200.000	1,2	6,7
Seniorengruppe Gargazon	3.162.000	2.566.000	3.160.000	-18,8	23,1
Seniorenklub Brixen	40.280.000	35.286.000	35.000.000	-12,4	-0,8
Seniorenklub Bruneck	11.932.000	12.500.000	13.659.000	4,8	9,3
Seniorenklub Klausen	2.060.000	2.252.000	2.400.000	9,3	6,6
Seniorenklub Latzfons	2.958.000	2.481.000	2.784.000	-16,1	12,2
Seniorenklub Ritten	6.040.000	5.640.000	8.199.000	-6,6	45,4
Seniorenklub St. Lorezen	3.007.000	1.317.000	1.720.000	-56,2	30,6
Seniorenklub St. Martin in Pass.	4.375.000	6.370.000	7.120.000	45,6	11,8
Seniorenklub Vahrn	1.612.000	2.250.000	2.542.000	39,6	13,0
Seniorenverein Maria Himmelfahrt Meran	3.900.000	3.362.000	6.202.000	-13,8	84,5
Sozialdienste Lana - Altenhilfe	18.060.000	19.091.000	25.454.000	5,7	33,3
Südtiroler Seniorenvereinigung	8.626.000				
Verwaltungskorperschaft für soziale Dienste Leifers - Altenzentrum	5.775.000	5.687.000	6.287.000	-1,5	10,6
Volkshochschule Meraner Urania	10.180.000	10.859.000	11.459.000	6,7	5,5
Somme	1.151.916.000	1.190.362.000	1.549.019.000	4,0	29,2

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Alla fine del 1996 la popolazione complessiva residente nella Provincia di Trento è risultata pari a 464.398 unità.

Le persone appartenenti alle classi di età di 65 anni e oltre risultano 81.662 pari al 17,58% della popolazione.

Interventi

I finanziamenti che la Provincia di Trento ha assicurato per la prosecuzione degli interventi in atto in favore della popolazione anziana riguardano i servizi domiciliari, i servizi residenziali, semiresidenziali e gli interventi in favore degli invalidi civili e sordomuti, nonché per l'applicazione di protesi dentarie.

L'Assistenza *domiciliare*, rientra tra le funzioni delegate ai Comuni dalla L.P. 12.07.1991, n. 14 e viene esercitata dai due Comuni di Trento e Rovereto e, per i comuni con una popolazione inferiore a 20.000 abitanti, dai rispettivi comprensori.

In tutto il territorio della provincia il servizio di assistenza domiciliare offre ai propri utenti una gamma diversificata di prestazioni che si aggiungono all'assistenza domestica.

Infatti sono organizzati servizi di consegna pasti, di lavanderia, di accompagnamento, di telesoccorso e telecontrollo, di vacanze-soggiorno, di accesso ai centri di servizio.

La spesa sostenuta dagli Enti gestori per l'esercizio di tale attività nel 1996 è stata pari a L. 45.743.726.829.

A questo proposito è necessario precisare che l'importo indicato è comprensivo della spesa relativa al personale assistente sociale ed amministrativo che, operando nel settore socio-assistenziale si occupa anche dell'erogazione di altri servizi e/o interventi e delle spese di locazione e delle utenze di sedi, che non sempre sono utilizzate solo per il servizio di assistenza domiciliare, inteso in senso lato.

Si precisa inoltre che a fronte di questa spesa gli Enti gestori hanno incassato nel 1996, quale quota di compartecipazione degli utenti del servizio, Lire 5.557.628.003.

Per l'anno 1997 (dal 1° gennaio al 31 dicembre) è prevista una spesa complessiva pari a Lire 49.165.044.023, con un recupero dall'utenza di Lire 7.591.330.420.

Gli interventi sulle *strutture residenziali* vengono attuati considerando congiuntamente sia la necessità da un lato di ristrutturare l'esistente per adeguarlo a rispondere ai crescenti bisogni di natura socio-sanitaria degli anziani non autosufficienti, ivi compresi gli arredi e le attrezzature, e dall'altro di realizzare ampliamenti e nuove costruzioni per potenziare le zone carenti e riequilibrare sul territorio la distribuzione dell'offerta di servizi residenziali.

La rete di strutture si va completando con una serie di alloggi protetti supportati dai centri di servizi aperti alla popolazione anziana, nonché di centri diurni finalizzati principalmente all'assistenza di persone parzialmente o completamente non autosufficienti.

Quest'ultimo servizio inizia ad essere assicurato anche da qualche Casa di Riposo.

**Spesa della Provincia Autonoma di Trento
per interventi strutturali e acquisto attrezzature**

Intervento	Anno 1996	Gennaio-settembre 1997
Opere	Lire 71.239.940.638	Lire 3.701.387.980
Attrezzature	Lire 16.686.919.820	Lire —

Nel mese di settembre 1997 si è provveduto a ripartire i fondi, pari a Lire 13.567.647.671 da destinare al finanziamento di acquisti di attrezzature ed arredi per strutture per anziani. La relativa delibera di assunzione della spesa verrà approvata entro la fine del 1997.

Per quanto riguarda l'attività svolta all'interno delle strutture residenziali ed in particolare delle case di riposo il Servizio Sanitario Provinciale finanzia parte della quota di spesa di pertinenza sanitaria gravante sulla retta per l'assistenza degli ospiti non autosufficienti.

Il trend della spesa complessiva per gli anni dal 1996 al 1997 è il seguente:

anno 1996 = L. 54.337.224.000.

anno 1997 = L. 62.000.000.000.

Infine, vanno segnalati, quali risorse in favore degli anziani, i finanziamenti che la L.P. 18.06.1990, n. 16, offre per l'adeguamento degli alloggi alle esigenze che l'età comporta.

Gli interventi di ristrutturazione, risanamento, manutenzione straordinaria ecc. relativamente all'anno 1996 sono stati 69.

Interventi finanziari in favore di Invalidi Civili e Sordomuti

La legge provinciale 12 marzo 1990, n. 11 prevede la corresponsione di un assegno mensile non reversibile ad invalidi civili ed ai sordomuti che siano o vengano riconosciuti tali dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età, che non abbiano titolo alla pensione sociale e abbiano conseguito nell'anno di riferimento un reddito personale annuo non superiore al limite fissato per ciascuna delle sopradette categorie.

Attualmente i soggetti nei confronti dei quali viene erogato l'assegno sono n. 7274.

L'importo dell'assegno è pari a Lire 341.315 per l'anno 1996 e L. 352.920 per l'anno 1997.

Interventi finanziari per cure Ortodontiche ed applicazioni di protesi dentarie

La L.P. 31.08.1991, n. 20 prevede interventi finanziari volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica, protesica ed ortodontica, tenuto conto di precisi limiti di reddito. L'erogazione dei citati finanziamenti viene effettuata da parte degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali (Comprensori e Comuni di Trento e Rovereto).

La spesa complessiva è stata pari a L. 601.536.000 nel 1996, mentre per il 1997 (dal 01/01 al 31/12) è prevista una spesa pari a L. 622.574.000.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Amaducci L., Scarlato G., Baldereschi M., Candelise L., Di Carlo A., Grigoletto F., Maggi S., Minicuci N., Scarpini E. & Volonnino G. (1996). *ILSA Resource Data Book*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Consiglio Nazionale delle Ricerche (1996). *Studio di Fattibilità, Progetto Finalizzato Invecchiamento 2*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- The ILSA Study Working Group (1997) *Prevalence of Chronic Diseases in Older Italians: Comparing Self-Reported and Clinical Diagnoses*. *Int J Epidemiol* 26(5), 995-1002.
- Lori A., Golini A. & Cantalini B. (1995). *Atlante dell'invecchiamento della popolazione Italiana*. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Bernabei R. (1995) *Lo strumento di valutazione VAOR per le RSA*. Roma: Progetto Finalizzato Invecchiamento, Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Bernabei R., Carbonin P., Fellin R. (1995) *L'assistenza continuativa all'anziano nei paesi occidentali*. Roma: Progetto Finalizzato Invecchiamento, Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Mafai M. *Il sorpasso. Gli straordinari anni del miracolo economico: 1958-1963*. Le Scie Mondadori, 1997.
- Ianelli M.: *Gli zappaterra. Una vita*. Baldini e Castoldi, 1997.
- Qualità Equità, rivista del welfare futuro*. (1996). Anno I, Numero 3, Ed. Liberetà.
- Qualità Equità, rivista del welfare futuro*. (1997). Anno II, Numero 6, Ed. Liberetà.
- Anziani '97 tra emarginazione e opportunità (1997). *Rapporto sulla condizione della persona anziana a cura della Federazione Nazionale pensionati CISL*. Ed. Lavoro.
- Rapporto 4* (1997) Centro, Europa Ricerche. N. 4 Ed. Vento.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali. *Estate serena 1997*.
- Relazione sulla condizione dell'anziano. Biennio, 1996-1997*. Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Ottobre, 1997.
- Relazione sulla condizione dell'anziano. Biennio 1996-1997*. Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione. Dicembre, 1997.
- Relazione sulla condizione dell'anziano. Biennio 1996-1997*. Ministero dell'Interno. Giugno, 1997.
- Relazione sulla condizione dell'anziano. Biennio 1996-1997*. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento del Turismo. Novembre, 1997.
- Relazione sulla condizione dell'anziano Biennio 1996-1997*. Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale. Ottobre, 1997.
- Relazione sulla condizione dell'anziano. Biennio 1996-1997*. ISTAT. Settembre 1997.
- Allegato 1, capitolo 2: tabelle Ministero della Sanità su Residenze sanitarie assistenziali (RSA).
- Allegato 2, capitolo 2: tabelle Min. Interno su strutture residenziali per anziani.
- Allegato 1, capitolo 3: tabelle INPS su pensioni vigenti all'1.1.1996 e all'1.1.1997.
- Relazione sulla condizione dell'anziano. Biennio 1996-1997*. Regioni e Province autonome.