

*Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.*

*I risultati preliminari della ricerca:  
uno sguardo comparativo e ipotesi per il futuro*

*Documento di sintesi della ricognizione effettuata nelle Regioni  
sull’assistenza domiciliare e residenziale*

*Documento di lavoro per il seminario:*

*“L’organizzazione dei servizi per l’anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative”, Roma, 14 luglio 2005*

*Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.*

*A cura del Gruppo di lavoro della ricerca*

*Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.*

## **Indice**

1. Evoluzione delle politiche sanitarie e sociali a favore degli anziani	
1.1 Gli aspetti demografici .....	pag. 1
1.2 L’evoluzione delle politiche sociali e sanitarie a favore degli anziani: .....	pag. 2
a) Le politiche nazionali per gli anziani dagli anni ‘80 agli anni 2000	
b) Politiche regionali dagli anni ‘70, agli anni 2000	
c) Considerazioni sugli assetti normativi, programmatori e finanziari delle politiche per gli anziani	
d) Le strategie per una politica organica a favore degli anziani (e delle persone non autosufficienti)	
2. Analisi dei documenti e dei dati presentati per la ricerca : ADI e RSA	
2.1 Osservazioni generali .....	pag. 10
2.1 Analisi comparata dell’Assistenza Domiciliare nelle regioni .....	pag. 12
oggetto della ricerca	
2.2 Analisi comparata delle RSA nelle regioni oggetto della ricerca .....	pag. 17
3. Indicazioni prospettiche per il prossimo quinquennio .....	pag. 21

*Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.*

# 1. Evoluzione delle politiche sanitarie e sociali a favore degli anziani

## 1.1 Gli aspetti demografici.

La dinamica demografica pone l'Italia fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani nella popolazione. L'Annuario dell'Istituto nazionale di statistica costituisce una guida fondamentale per aggiornare le conoscenze sulla realtà del nostro paese e misurarne l'evoluzione. I dati pubblicati, relativi alla popolazione anziana fanno emergere al 1.1.2003, il 19% di ultrasessantacinquenni, con punte del 25% in regioni come la Liguria, mentre gli ultrasessantacinquenni arrivano a circa il 9%. L'aumento dell'aspettativa di vita è quantificato in 82,9 anni per le donne e in 77 per gli uomini. I grandi vecchi di età superiore agli 80 anni rappresentano il 23% degli anziani. Cresce l'indice di vecchiaia<sup>1</sup> che raggiunge il 135,4% (era il 133,8% nel 2002).

Una valutazione dell'evoluzione demografica negli ultimi decenni, permette di comprendere come nella nostra società si siano verificati importanti cambiamenti e come si sia ancora in fase di transizione; la vita media ha raggiunto i 77 anni per gli uomini e gli 83 per le donne. Se a questo si aggiunge la riduzione del tasso di fecondità (tra i più bassi registrati al mondo), si può sottolineare come l'Italia sia il paese del mondo con più elevato indice di vecchiaia. Nel 2020 gli anziani rappresenteranno il 23% della popolazione, l'indice di vecchiaia salirà a 179 e la vita media sarà di 84,7 anni per le donne e 78,3 anni per gli uomini.

Una caratteristica del fenomeno di invecchiamento è che lo stesso si manifesta in maniera differenziata in relazione all'ambiente alla cultura alle opportunità avute nel corso degli anni. Non tutti gli anziani sono da considerarsi persone da assistere, ma certamente sono portatrici di una "nuova normalità" e di proprie esigenze. Esiste però anche un invecchiamento gravato da malattia; le curve di sopravvivenza della popolazione italiana indicano che fra i nati, l'80% degli uomini e il 90% delle donne superano l'età dei 65 anni, quindi, gran parte delle morti precoci sono state rimosse e prevalgono sempre più le malattie-cronico degenerative.

L'anziano in condizioni di malattia è spesso portatore di pluripatologia i cui esiti possono condurre a disabilità e quindi a riduzione dell'autonomia. Secondo i dati ISTAT il 52% degli uomini e il 66% delle donne ultrasessantacinquenni dichiarano almeno due malattie croniche in atto, il 44% e il 51% rispettivamente, ne dichiarano almeno 3. Per l'anziano, salute significa principalmente autonomia e questa può sussistere anche in presenza di malattia. Il 45% dei soggetti di età compresa tra i 65 e 75 anni, anche se affetti da una compromissione fisica, dichiarano uno stato di salute buono o molto buono.

---

<sup>1</sup> Indice di vecchiaia: rapporto tra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella con meno di 15 anni.

L'anziano è però *persona fragile*, non soltanto per le caratteristiche fisiologiche, ma anche per le condizioni socioeconomiche che lo portano sovente a soglie di povertà relativa. Si trovano in stato di povertà il 5,4% degli uomini ed il 7,4% delle donne di età superiore ai sessantacinque anni. Spesso, la condizione socioeconomica, più della malattia, è determinante nel definire l'autonomia dell'anziano.

L'autonomia, secondo la classificazione dell'OMS dipende dallo stato fisico, dall'atteggiamento psico-affettivo e dall'interazione sociale. Il 21% degli anziani presenta difficoltà nell'espletare le attività di base (ADL) e/o le attività strumentali della vita quotidiana (IADL).

Un indicatore di civiltà nel nostro Paese è l'aumento della vita media, come occasione per l'anziano di progettare una "nuova stagione di vita". In questi termini anche i servizi pubblici, non solo quelli sociali e sanitari, ma l'intera politica di sviluppo urbano, devono tenere conto di questo mutamento sociale per dare, come affermano le moderne teorie della gerontologia "vita agli anni".

Queste considerazioni dovrebbero essere punti di riferimento per le politiche sociosanitarie del terzo millennio, invece dall'analisi condotta dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali possiamo verificare come l'approccio a politiche organiche per la terza sia appena agli inizi; le differenze tra le regioni non sono da considerarsi "creatività", ma difficoltà a far decollare un sistema moderno di servizi, prevalentemente per motivi culturali, anche se in apparenza il motivo è legato a scarse disponibilità finanziarie.

Il problema di fondo consiste nel non affrontare ancora in maniera sistematica l'assetto delle *long term care* e gli interventi per gli anziani rispondono ancora ad improvvisazioni ed a risposte di emergenza (si veda l'emergenza estiva del 2003). Obiettivo di questo rapporto è quindi quello di illustrare provvedimenti, norme e programmi per consolidare modelli organizzativi che rispondano con continuità e organicità alle esigenze degli anziani.

## **1. 2 L'evoluzione delle politiche sociali e sanitarie a favore degli anziani**

Come emerge dalle precedenti considerazioni gli aspetti demografici non sono stati determinanti ai fini di politiche sistematiche a favore degli anziani. Analizzando le fasi storiche in cui si sono evoluti gli interventi a favore della terza età si possono individuare tre periodizzazioni che possono così riassumersi:

### **a) Le politiche nazionali per gli anziani dagli anni '80 agli anni 2000.**

L'Assemblea mondiale sulla condizione anziana, Vienna 1982, accoglie e diffonde la raccomandazione n.13 del Piano di Azione mondiale approvato nello stesso anno dall'ONU: *"Occorre ampliare l'assistenza a domicilio, perché le persone anziane possano abitare nelle loro comunità di origine e vivere autonomamente il più a lungo possibile"*.

Un primo atto del Parlamento che affronta i problemi degli anziani è la legge finanziaria 11 marzo 1988 n. 67, che all'articolo 20 prevede la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio. Un successivo provvedimento il D.P.C.M. 22 dicembre 1989 "*Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali*", ha dettato indirizzi alle Regioni per la realizzazione delle RSA. Di seguito è stato abrogato e allo stesso è seguito il DPR del 14 gennaio 1987 che definisce i requisiti minimi per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, tra cui le RSA.

Sul versante delle prestazioni il primo atto che introduce le prestazioni socio-sanitarie a favore degli anziani non autosufficienti è il DPCM 8.8.85, che disciplina la possibilità di finanziare con il Fondo Sanitario *interventi a favore di non autosufficienti presso strutture sociali che dispongano anche di personale e strumenti idonei a fornire assistenza sanitaria*.

L'applicazione del disposto normativo non è omogenea nelle regioni e solo il Piano sanitario 1994/1996, che ha regolamentato i **livelli assistenziali di assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale per non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati**, ha permesso di iniziare la realizzazione di una rete di servizi residenziali per non autosufficienti. L'obiettivo dei livelli è quello di promuovere, attraverso trattamenti sanitari in regime semiresidenziale e residenziale, il recupero di autonomia nelle persone anziane nonché di prevenire l'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche.

Come si può osservare, ci troviamo di fronte a risposte più appropriate per rispondere al bisogno di trattamenti prolungati. Ancora una volta, però, dobbiamo sottolineare che i problemi non si sono risolti: si è imboccata la strada giusta anche se con differenza tra le regioni, ci si è trovati di fronte ai problemi economici che, con l'aumento della domanda, hanno trovato impreparati Stato, Regioni e Comuni, con una disponibilità di risorse troppo limitata per **rendere organica**, come è necessario, la **rete** tra domiciliarità e residenzialità.

Di seguito il **Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani 91/95"** (POA), approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale 92/94, costituisce per le Regioni e gli Enti Locali, il primo riferimento d'indirizzo e programmazione degli interventi a favore degli anziani ultra sessantacinquenni, disegnando la rete dei servizi territoriali e residenziali agli stessi destinati (ADI - Ospedalizzazione a domicilio, R.S.A.) e attribuendo alle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) un ruolo centrale nell'individuare bisogni e prospettive di risposta.

Da sottolineare che l'assistenza domiciliare integrata (ADI) vede per la prima volta disciplinata in un provvedimento nazionale l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e quelle assistenziali. Il progetto pianifica anche l'assistenza residenziale e semiresidenziale: RSA e Centri Diurni. Nella consapevolezza delle innovazioni introdotte, il ministero della Sanità emana il 5 agosto 1992,

Linee guida per la realizzazione del PO "Tutela della salute degli anziani". Ulteriori Linee guida del gennaio 1994 regolamentano "Aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali" (RSA).

Il successivo Progetto Obiettivo Anziani (POA) elaborato nel 1999 e mai formalmente emanato, perseguiva obiettivi di maggior respiro rispetto al quadro organizzativo di servizi fornito dal primo progetto e si proponeva una tutela più ampia della salute degli anziani, attraverso:

1. *La partecipazione degli anziani alla vita sociale*
2. *L'equità di accesso ai servizi*
3. *L'appropriatezza e flessibilità della rete dei servizi sociosanitari*
4. *La promozione di stili di vita positivi*
5. *La prevenzione delle principali patologie*
6. *Il sostegno per convivere attivamente con la cronicità*
7. *La promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali*
8. *La promozione della ricerca sull'invecchiamento e sulle malattie croniche invalidanti*
9. *La formazione mirata alla multidisciplinarietà, alla qualità delle prestazioni e alla umanizzazione dei servizi*

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, poneva gli interventi a favore degli anziani come uno degli obiettivi del *patto per la salute* e dell'integrazione sociosanitaria, in tali termini affermava: *"la promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dalla assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale, in termini di diritti così come di doveri"*.

Sul versante delle politiche sociali la Legge 8 novembre 2000 n. 328 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" e il *Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2001/2003*, **valorizzano le famiglie** quali ambiti di sviluppo e di cura delle persone e promuovono, in particolare, azioni di sostegno dell'autonomia e alla vita indipendente, centri diurni e forme di ospitalità temporanea nelle strutture residenziali, individuando risorse finanziarie e strumenti (titoli di acquisto dei servizi), per favorire la permanenza a domicilio, anche per gli anziani non autosufficienti.

Il 29 novembre 2001, a seguito di un'intesa Stato Regioni dell'agosto 2001, viene emanato il decreto sui **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, quale risposta del sistema sanitario ai diritti sanciti dalla legge di Riforma Sanitaria 833/78 e dal Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni. Le prestazioni più importanti, che le regioni devono erogare all'interno dell'organizzazione sanitaria regionale, consistono in:

- assistenza sanitaria di base, attraverso il medico di medicina generale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza protesica;
- assistenza integrativa, con la erogazione di materiale sanitario e per l'incontinenza;
- assistenza ambulatoriale di medicina generale e specialistica;
- diagnostica clinica e strumentale;



- assistenza domiciliare di tipo infermieristico e riabilitativo (anche integrata con prestazioni sociali, da cui assume la denominazione di ADI);
- assistenza semiresidenziale e residenziale per trattamenti riabilitativi o di mantenimento per anziani non autosufficienti, non curabili a domicilio;
- assistenza ospedaliera, nella forma degenziale, di Day Hospital o a carattere domiciliare.

Anche il **Piano Sanitario Nazionale** 2003/2005 tra i dieci progetti strategici che devono attuare il *cambiamento* individua “ una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l’assistenza a malati cronici, anziani e disabili”, sottolineando la necessità di affrontare questi eventi con nuovi mezzi e strategie, ma soprattutto con un’offerta integrata di servizi sanitari sociosanitari e sociali.

#### **b) politiche regionali dagli anni '70, agli anni 2000.**

L’ emanazione del DPR 616/1977, promuove nelle regioni per le politiche sociali una prima risposta attraverso norme e piani, intesi particolarmente come risposta ai problemi di disagio economico e di solitudine dell’anziano, all’aiuto e al sostegno familiare: sono avviate forme di assistenza domiciliare, mirate particolarmente all’aiuto personale e domestico. E’ in questo periodo che vengono anche disciplinate le strutture residenziali definendone i profili assistenziali, le figure professionali i requisiti strutturali e organizzativi.

La caratteristica di norme e programmi, anche se le finalità sono analoghe: *sostenere l’anziano e la sua famiglia nei processi di invecchiamento*, è quella di una notevole disomogeneità: Nelle norme che riguardano la domiciliarità si registrano “timidi tentativi” di introdurre anche un’assistenza sanitaria con particolare riferimento a quella infermieristica, a cui fa seguito anche la funzione riabilitativa.

Negli anni '80, particolarmente verso la fine del decennio, appaiono i primi provvedimenti nazionali che indicano l’interesse al fenomeno anche da parte dello Stato.

Le politiche regionali dagli anni '80 agli anni 2000, dopo l’emanazione della Riforma sanitaria e dei decreti legislativi che l’hanno completata e riorganizzata, nonché dopo la legge quadro sui servizi sociali 328/2000, fanno emergere “chiaroscuri”: in alcune zone emergono aspetti di grande innovazione, in altre si rilevano pesanti differenziazioni sia nell’applicazione dei livelli essenziali sociosanitari che nell’offerta di prestazioni sociali. Va detto che per le politiche sociali manca ancora una definizione nazionale dei livelli essenziali, connessi alla lettera m) dell’articolo 117 della Costituzione, come rinnovellata dalle modifiche costituzionali del titolo V.

Per analizzare più nel dettaglio le politiche regionali, nella seconda parte della relazione vengono illustrati gli assetti organizzativi delle Regioni che hanno partecipato alla ricerca finalizzata.

c) **Considerazioni sugli assetti normativi, programmatori e finanziari delle politiche per gli anziani.**

Dalla disamina effettuata, si potrebbe pensare che non esista problema per il diritto alla salute degli anziani. Non è così, perché tutti sappiamo come le prestazioni elencate siano sufficienti a fronteggiare un fenomeno acuto, transitorio e comunque circoscritto nel tempo, mentre gravi lacune si riscontrano quando ci si trova di fronte a problemi “di lungo assistenza e cronicità”. La **non autosufficienza o la cronicità** pur non rappresentando una vera e propria patologia, inducono nella persona anziana una **fragilità**, esponendola a bisogni continuativi di *osservazione* e di *cura* per contenere al massimo il deterioramento e consentirne la permanenza a domicilio.

Uno degli aspetti che non ha ancora permesso uno sviluppo organico dei servizi per la terza età è senz'altro l'atteggiamento culturale di fronte a questi problemi: è più difficoltoso di quanto si potesse pensare, passare da uno scenario *fluidico* di tipo *assistenziale* ad un sistema organizzato di tipo sanitario e sociosanitario. Sul piano dell'offerta sanitaria pur con carenze e differenziazioni “qualche” risposta è assicurata, mentre la componente dei servizi sociali è spesso ancora collegata a condizioni di povertà e quindi, offerta solo a pochi e buona parte delle persone deve trovare alle proprie esigenze, risposta privata (il fenomeno delle *badanti* ne è una prova).

Assicurare livelli di assistenza vuol dire quindi anche mutare i paradigmi di riferimento: non la povertà, ma il bisogno, quindi le politiche di cittadinanza debbono poter offrire, in alternativa a servizi diretti, buoni, voucher o altre forme di incentivazione per supportare finanziariamente chi si fa carico di una persona non autosufficiente.

Anche il sistema di **lettura e di risposta al bisogno** deve cambiare: la costituzione di *agenzie di servizi*, aperte alla sussidiarietà orizzontale, con flessibilità di orari e di prestazioni e “pool di operatori” che adattino rapidamente la loro operatività al veloce mutamento della domanda, sono da considerarsi investimenti ben più produttivi, rispetto a servizi rigidamente organizzati e auto-referenziali.

I diritti soggettivi in materia di assistenza sanitaria e sociale trovano nelle modifiche al titolo V della Costituzione, con legge costituzionale 3/2001, un elemento di concretezza. Per i *diritti sociali* lo Stato non ha ancora ottemperato a quanto disposto dalla lettera m) dell'articolo 117 della Costituzione (*individuazione dei diritti civili e sociali*), si deve invece osservare che per i *livelli di assistenza sanitaria e sociosanitaria* di carattere ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, come si ricordava in precedenza sono già stati adottati diversi atti: dal DPCM 29 novembre 2001, confermato dalla legge finanziaria 2002, a successivi accordi Stato-Regioni del 2003 e 2004.

Quanto è sancito sul piano normativo non rappresenta comunque “la certezza del diritto”. I problemi di carattere finanziario hanno una pesante influenza sulla erogazione delle prestazioni. Anche nel 2004 le Regioni hanno sottolineato al governo la cronica insufficienza del Fondo Sanitario per finanziare i livelli

essenziali concordati (circa 4 miliardi di euro). Va aggiunto, inoltre, che tra le prestazioni sanitarie garantite, quelle *territoriali* sono sempre le meno sicure; ciò non significa che non si siano raggiunti buoni risultati, ma per questa materia, come per altre attività innovative, va ribadito che è necessaria *cultura* e *determinazione* da parte delle Regioni, delle Aziende sanitarie e dei Comuni e anche da chi opera direttamente nei servizi.

Sul versante assistenziale, l'omogeneità delle misure e delle azioni è ancora di più aleatoria perché nonostante la legge 328/2000 e le innovazioni introdotte dai Piani di Zona, non si può parlare di *diritti soggettivi*, ma di raccomandazioni, di impegni, di promozione della qualità di vita degli anziani. Il motivo è anch'esso da ricondursi all'esiguità delle risorse finanziarie nazionali e locali. Si ricorda in proposito che la spesa sociale si attesta su una decina di miliardi di euro, pari allo 1,8% del PIL, mentre la media UE è dell'2,8 - 3%. La spesa sanitaria (5,4% del PIL) è oggi più allineata a quella europea (6-7% del PIL) e si avvicina ai 90 miliardi di euro, con un aumento di fabbisogno per il 2005 di circa 8 miliardi di euro.

Va detto ancora che l'Italia è uno degli Stati europei ad alto invecchiamento che non ha adottato alcuna misura per la non autosufficienza, diversamente da ciò che hanno fatto Germania e Francia. La proposta di legge unitaria sul *Fondo per la non Autosufficienza* si è purtroppo arenata alla Commissione Affari Sociali della Camera con il diniego del dicastero dell'Economia ad una nuova imposizione fiscale, sia pure di scopo. La mancanza di un Fondo dedicato che ha prevalenti ricadute sulla componente assistenziale, potrebbe aumentare la risposta domiciliare e rendere *organici* gli interventi di assistenza alla persona oggi affidati, nella maggioranza a personale extracomunitario con limitata preparazione.

#### **d) Le strategie per una politica organica a favore degli anziani ( e delle persone non autosufficienti)**

Programmare nel terzo millennio significa ***dare corpo alla rete dei servizi e valorizzare la sussidiarietà***. Per aprire ad una *cultura della terza età* è necessario promuovere anche un interscambio fra le generazioni a favore di una società per tutte le età, evitando emarginazioni e rimuovendo ostacoli che impediscono la dignità, l'autorealizzazione e il benessere personale. Su questo piano devono essere incentivate azioni positive volte a valorizzare il ruolo attivo delle persone anziane ed il rapporto di reciprocità fra generazioni.

Adottare pratiche di concertazione territoriale per la salute, assume il territorio non solo come "luogo" nel quale sono presenti una pluralità di domande e di bisogni, ma "luogo" nel quale esistono e possono essere valorizzate una pluralità di risorse, quindi anche il cittadino anziano non deve essere visto solo come *consumatore di servizi sanitari e sociali*, ma protagonista e alleato per conseguire obiettivi di salute.

Il perseguimento della salute chiama in causa capacità e competenze accumulate dalle persone nel volgere delle generazioni ( fattori relazionali, energie personali,

attitudini e consuetudini di vita); queste risorse, se adeguatamente valorizzate possono diventare una sorta di valore originale, insostituibile per affrontare i bisogni complessi. I servizi sanitari e sociali, per conseguire un livello qualificato e appropriato della prestazione sociosanitaria, debbono combinarsi con i “saperi della vita quotidiana”.

Le istituzioni pubbliche, le forze sociali e culturali, gli operatori, sono chiamati a promuovere a tutti i livelli (nazionale, regionale, territoriale, distrettuale) azioni positive volte a conseguire insieme alle persone anziane ed ai cittadini finalità di salute e di benessere. Ciò, può essere realizzato, dando vita a forme di *cittadinanza attiva* delle persone anziane e a forme di *amministrazione condivisa*, per coniugare le richieste di sussidiarietà che giungono, sempre più numerose da parte della società civile, anche ai servizi sociosanitari.

Secondo l’ottica indicata gli indirizzi di politica sanitaria e sociale debbono valorizzare e sostenere:

- **la famiglia**, quale elemento fondamentale per la qualità della vita delle persone anziane, come il contesto naturale entro cui esse possono esercitare un ruolo attivo, ricevendo sostegno e, se necessario, risposta alle loro esigenze di assistenza. L’aiuto a coloro che aiutano è un elemento indispensabile per una valida strategia di salute a favore delle persone non autosufficienti;
- **gli anziani in buona salute**, per il ruolo che possono svolgere nei confronti dei loro coetanei ai fini di incoraggiare l’invecchiamento attivo. Il rapporto 1999 sulla salute nel mondo dedica ampio spazio al problema dell’invecchiamento della popolazione e sottolinea che il benessere di una società dipende dal buono stato di salute degli anziani;
- **il volontariato**, come testimonianza che qualifica gli interventi di solidarietà, garantendo valori aggiunti nell’incontro fra chi chiede e chi offre aiuto. Ovviamente l’azione del volontariato non va intesa come elemento sostitutivo di garanzie e tutele che competono alle istituzioni e ai servizi sociali e sanitari, e anzi, quando questo non avviene, lo stesso volontariato è chiamato ad agire con funzioni di rappresentanza e di tutela dei diritti delle persone, in particolare di quelle più deboli;
- **l’equità di accesso ai servizi**, come risposta alle scarse risorse economiche e di isolamento di molti anziani, che li rendono particolarmente esposti a diseguaglianze nell’informazione sulla salute e nella fruizione dei servizi. Promuovere cultura della salute, significa anche facilitare l’accesso ai servizi alle situazioni più disagiate;
- **la flessibilità della rete dei servizi sociosanitari**, in maniera che l’anziano possa usufruire delle risposte più adeguate e personalizzate ai suoi bisogni sociosanitari e non di quelle che lo allontanano dal contesto familiare e relazionale;
- **i diritti per la cronicità**, con continuità delle cure più appropriate nelle dimissioni ospedaliere e nella mancanza di autonomia, sostenendo i *care-giver* formali e informali, evitando il più possibile l’istituzionalizzazione;
- **l’integrazione sociosanitaria**, come la risposta più adeguata ai bisogni fisici, psicologici e sociali dell’anziano fragile e a rischio di perdita dell’autonomia. Una **valutazione multidimensionale** ed una rete integrata di servizi è la risposta più efficiente ed efficace ai bisogni complessi di salute nella lungo assistenza;

- **la prevenzione delle principali patologie senili**, attraverso la fruizione di terapie e prestazioni farmacologiche mirate al mantenimento del compenso metabolico e funzionale, nel rispetto del costo-beneficio, ma anche nell'ottica di assicurare qualità della vita all'anziano. Debbono essere impostati programmi di screening e programmi assistenziali, terapeutici e riabilitativi che riducano il rischio di recidive e contrastino la disabilità;
- **la promozione di positivi stili di vita**, nella convinzione che le basi di un invecchiamento sano si pongono nelle fasce di età precedenti, ma anche in età avanzata, possono essere adottate azioni preventive e comportamenti per contrastare la perdita di autonomia con attività fisiche adeguate, alimentazione corretta, evitando l'abuso di farmaci e il consumo di sostanze dannose per la salute.

Infine, come iniziative che non sono finalizzate alla terza età, ma ad un complessivo innalzamento del livello dei servizi sanitari e sociali, vanno individuate attività di **formazione alla qualità** e alla **umanizzazione dei servizi**. E' fondamentale che la formazione sia mirata ad un cambiamento di mentalità, che veda l'anziano non come soggetto "negativo", ma come risorsa nel rapporto intergenerazionale. Nello stesso modo in cui si promuove *qualità nei servizi*, si deve incentivare anche all'interno del servizio sanitario la **ricerca**. Fare ricerca su un fenomeno epocale come l'invecchiamento della popolazione, significa fornire le basi scientifiche a chi deve programmare interventi clinici e modelli innovativi di assistenza.

## 2. Analisi dei documenti e dei dati presentati per la ricerca : ADI e RSA

### 2.1 Osservazioni generali

L'analisi delle schede che riportano la situazione normativa ed il glossario per ADI e RSA di ciascuno dei soggetti partecipanti alle ricerche dell'ASSR, unite alla valutazione dei dati quantitativi sulla presenza e sulla numerosità di interventi di ADI o RSA effettuati dalle stesse regioni, fa emergere una grande differenza tra i partecipanti alla ricerca, come si può rilevare dalla lettura delle schede di sintesi.

Tutto ciò, anche se la normativa nazionale in materia di anziani, come è emerso nella prima parte, ha fornito indirizzi sufficientemente chiari, sia per l'ADI che per le RSA. Un motivo potrebbe derivare dallo scarso supporto finanziario dedicato ad entrambe le attività: si pensi che assistenza domiciliare e residenze sono state prevalentemente finanziate attraverso i Progetti Obiettivo, i Fondi "finalizzati" e in ultimo gli Obiettivi di Piano. Certamente l'approvazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) dal novembre 2001, con l'articolazione della quota capitaria in prevenzione, assistenza ospedaliera e distrettuale, è un'indicazione valida per finanziare in maniera stabilizzata ADI e RSA e superare le incertezze che hanno fatto ritenere fino ad alcuni anni fa queste attività come "residuali".

Purtroppo anche questo primo triennio di applicazione dei LEA rileva ancora incertezze, l'analisi delle relazioni sull'andamento dei LEA 2002 e 2003, far emergere l'elevata differenza della spesa pro-capite tra le diverse regioni; queste differenze non sono certo un effetto delle varie modalità di approccio alle attività domiciliari o residenziali in corrispondenza alla domanda dei cittadini (più accentuata nelle regioni del Nord dove la percentuale di anziani sulla popolazione totale è superiore al 20%), ma, ancora una volta si tratta di sensibilità politica e atteggiamento culturale nei confronti dei problemi degli anziani e dei servizi territoriali.

L'aspetto prevalente della differenziazione di spesa e della quantità di attività ha una sua genesi negli assetti organizzativi dell'intero servizio sanitario, nella stabilità che hanno raggiunto le attività innovative extraospedaliere. Forse, maggior omogeneità la troviamo nell'assistenza residenziale e più accentuate differenziazioni in quella domiciliare, dove tra i problemi più rilevanti emerge:

- a) il differente rapporto con i Comuni (integrazione sociosanitaria)
- b) la limitatezza delle attività assistenziali territoriali a favore delle persone non autosufficienti, sia nei tempi giornalieri, che in quelli prolungati, da cui deriva che il ricorso all'ADI per tali persone, è limitato e rivolto prevalentemente alle prestazioni sanitarie (non integrate), mentre l'assistenza alla persona è affidata alla famiglia, spesso coadiuvata da personale assunto privatamente (colf e badanti).

Se si prendono in considerazione i casi clinici esaminati in un'altra parte del rapporto di ricerca, da cui si deduce *in concreto* il funzionamento della **rete** per gli **anziani**, si ha la conferma, della differenziazione di approccio e di una diffusa carenza di modelli

organizzativi basati su *governo clinico* ed *evidenze scientifiche* dei processi di cura e di assistenza. Spesso, a guidare i percorsi assistenziali, non è l'appropriatezza della risposta, ma il modello di offerta di cui si dispone.

Tra gli aspetti di maggior differenziazione rispetto ad una logica di rete si possono evidenziare: il ruolo dei medici di medicina generale, quello dei presidi ospedalieri e della medicina specialistica, gli ospedali di Comunità e soprattutto l'integrazione sanitario/assistenziale. Questo certamente non contribuisce alla standardizzazione di un modello *forte*, inteso come efficace nei confronti dei problemi per gli anziani.

In questo senso vanno individuati alcuni elementi che possono invece consolidare *governo clinico, continuità assistenziale e appropriatezza*, quali:

- a) limitazione delle pratiche burocratiche;
- b) sistema di valutazione clinica e psico-sociale utilizzabile per tutte le fasi della continuità assistenziale;
- c) integrazione interprofessionale e multidisciplinare tra livelli di assistenza (medicina generale, medicina territoriale, ospedale, servizi dei Comuni);
- d) attività di formazione;
- e) valutazione di outcome per verificare il miglior rapporto di costi/benefici rispetto ai diversi servizi resi;
- f) disponibilità di budget finanziari "certi" e programmabili nel tempo.

Riepilogando i contenuti delle tabelle che seguono, si osserva che:

- tutte le regioni che hanno partecipato alla ricerca (Provincia Autonoma di Trento, Regione Lombardia, Veneto, Toscana, Marche, Molise, Sicilia) hanno regolamentato più o meno compiutamente con norme o provvedimenti amministrativi l'ADI e le RSA;
- è presente in tutte le regioni, anche con composizione, ruoli differenti e appartenenza a servizi diversificati, l'Unità di valutazione Multidisciplinare;
- molto differenziati sono i tempi di assistenza per alcune regioni indeterminati (specie per le RSA) per altre fissati a priori o indicati nel PIA (piano individualizzato di assistenza);
- sulla base dei dati acquisiti per la ricerca (anche se non riguardano che poche regioni) non risulta omogenea la spesa a carico dell'S.S.N;
- è limitato, anche il riferimento ad una rete più completa o ad interventi alternativi al ricovero (forme di assistenza residenziale più leggera, voucher, assegni servizi etc...);
- è diffusa la carenza di "pacchetti assistenziali organici" per le non autosufficienza.

	<b>Norme o delibere che disciplinano l'ADI</b>	<b>Tipologie di ADI previste</b>	<b>Compiti degli operatori</b>	<b>Modalità di accesso all'ADI</b>	<b>Durata del trattamento</b>	<b>Esistenza e compiti dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare</b>	
						<b>Si/No</b>	
<b>Provincia A. Trento</b>	L.P. 28.5.1991 n. 6: "Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità" L.P. 12.7.1991 n. 14 "Ordinamento dei servizi socio-assistenziali in provincia di Trento" L.P. 6.12.1993 n. 38 "Piano Sanitario Provinciale 1993-1995"	1) Integrata: per anziani 2) cure palliative: per pazienti con malattie neoplastiche in fase avanzate. 3) Programmata: visite periodiche per pazienti non deambulanti.	Sono disciplinate le funzioni infermieristiche	Tramite l'UVM, previa segnalazione dell'MMG, del Medico Ospedaliero o dell'assistente sociale che segnala il caso al Distretto.	Secondo il piano personalizzato di assistenza.	Si	L'UVM è prevista dalla D.G.P. 29.12.2000 n. 3634 per valutare tramite l'SVM (scheda di valutazione multidimensionale): 1. il profilo della persona che ha bisogno di assistenza; 2. proporre un progetto di assistenza integrato; 3. proporre l'eventuale accoglienza nelle RSA. L'attività dell'UVM è strettamente integrata con i medici di medicina generale, i reparti ospedalieri e i servizi sociali dei comuni di Trento e Rovereto e dei comprensori.
<b>Regione Lombardia</b>	Deliberazione del Consiglio Regionale n. V/1439 del 08.03.1995 "Progetto Obiettivo Anziani 1995/1997" DGR n. 9379 del 14.06.02 "Voucher socio-sanitario" DGR n. 40903 del 29.12.1998 L.R. n. 23 del 06.12.99 "Politiche regionali per la famiglia" Delib. G.R. n. 2857 del 22.12.00 DGR n. 11555 del 13.12.02 DCR n. 312 del 16.10.01 Delib. G.R. n. 2857 del 22.12.00 DCR n.620 del 22.10.02 DGR n. 3979 del 14.06.02	Rete di servizi preventivi, curativi e riabilitativi regolati in base alla "fragilità" della persona determinata dalla valutazione dell'UVG. Presenti attività specifiche a favore dell'Alzheimer.	-	Ogni Azienda Sanitaria Locale ha individuato una modalità specifica di accesso all'ADI con il coinvolgimento attivo del medico di medicina generale	La ASL stabilisce sia l'entità mensile del voucher socio-sanitario sia le varie altre forme di intervento di assistenza domiciliare.	Si	L'Unità di Valutazione geriatrica (UVG) svolge la valutazione scientifica e l'attività di coordinamento tra gli operatori, compila la cartella clinica domiciliare, classifica i bisogni del paziente, valuta i risultati. Le funzioni dell'UVG variano da ASL a ASL ed è in atto una profonda revisione delle attività svolte dalla UVG.



<p><b>Regione Veneto</b></p>	<p>DGR 5273 del 29.12.1998DPR 489/89DPR 613/96Delib. G.R. n. 2634 del 27/07/99</p>	<p>1) Assistenza domiciliare socio-assistenziale;2) Assistenza domiciliare riabilitativa integrata con intervento sociale;3) Assistenza domiciliare infermieristica integrata con intervento sociale;4) Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale;5) Assistenza ospedaliera a domicilio e riabilitazione intensiva.Le tipologie assistenziali sono suddivise in tre livelli di intensità: bassa, media e alta. E' prevista anche Nutrizione Artificiale Domiciliare.</p>		<p>Tramite l'UVM (definita in Veneto U.V.D.M, ovvero Unità di valutazione Multi Dimensionale)</p>	<p>Secondo il piano personalizzato di assistenza.</p>	<p>Si</p>	<p>L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale applica la Scheda S.VA.M.A. (Scheda per la Valutazione Multidimensionale della persona Anziana).</p>
<p><b>Regione Toscana</b></p>	<p>D.C.R. 214/91; Del. N. 168 del 24.03.92 "Progetto - Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani"; L.R. n. 72 del 3.10.97 "Riordino dei servizi sociali integrati"; D.C.R. n. 228 del 15.07.98 DGR n. 402 del 26.04.2004 "Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del PSR 2002 – 2004 di cui alla DCR n. 60/2002 e rideterminazione della quota caparita sanitaria nelle RSA" (in particolare nell'all. 1A: Linee Guida per la sperimentazione di un modello organizzativo territoriale di AD).</p>	<p>1) Prestazioni di tipo sanitario ( medico-specialistiche, infermieristiche e di riabilitazione); 2) Prestazioni di tipo sociale (assistenza sociale, aiuto domestico, pasti, lavanderia)</p>	<p>Le attività di ADI seguono una logica di "progetto" e non di "prestazione", costruito sulla base della diversa intensità assistenziale: 1. Bassa intensità assistenziale - I° Livello" (operatori coinvolti: MMG + 1 operatore); 2. Media intensità assistenziale - II° Livello (operatori coinvolti: MMG con accesso almeno settimanale + almeno 2 operatori di diversa professionalità; 3. Alta intensità assistenziale - III° Livello</p>	<p>L'ADI è prevista per: ICTUS - Neoplasie - Insufficienza respiratoria - Nutrizione Artificiale Domiciliare Dimissioni ospedaliere con necessita di assistenza e riabilitazione Patologie croniche degenerative. E' previsto che debba essere assicurato dalla zona/distretto un percorso di accesso</p>	<p>Non è prevista nessuna durata.</p>	<p>Si</p>	<p>L'Unità di Valutazione geriatrica (UVG) svolge la valutazione scientifica e l'attività di coordinamento tra gli operatori, compila la cartella clinica domiciliare, classifica i bisogni del paziente, valuta i risultati. La valutazione della condizione dell'utente e l'identificazione delle sue necessità è effettuata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), che fa capo al Distretto. E' compito dell'UVM definire lo stato di salute, la natura del bisogno di assistenza, le risorse della persona e della famiglia, la complessità e l'intensità</p>

			(operatori coinvolti: gli operatori descritti al punto precedente + gli specialisti)	unificato (Punto Unico di Accesso) in viene effettuata una prima distinzione fra problemi esclusivamente sanitari (in cui figura di riferimento è il medico), problemi esclusivamente sociali (in cui la figura di riferimento è l'assistente sociale) e problemi inerenti bisogni complessi che richiedono competenze professionali integrate (UVM).			dell'intervento assistenziale necessario, la sua durata, le risorse finanziarie e professionali da attivare. A questo fine vengono utilizzate 12 strumenti di valutazione suddivisi in tre aree funzionali: cognitivo comportamentale, funzionale organico, socio-ambientale e relazionale. E' individuato il responsabile dei processi di cura ("care manager"), cui è affidato il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale.
<b>Regione Lazio</b>	L.R. 2.12.1988, n.80 "Norme per l'assistenza domiciliare" Deliberazione del consiglio regionale 29.11-1989 n.1020 Deliberazione Giunta regionale 16.12.1997, n. 7878 "Linee guida per l'organizzazione e l'attuazione delle attività di assistenza domiciliare" Progetto "Potenziamento dell'assistenza domiciliare nel Lazio" 1999 ai sensi dell'art.1 comma 34 legge 662/96 Piano Sanitario regionale 2002-2004 deliberazione consiglio regionale 31.7.2002 n.114	Assistenza Domiciliare per anziani e adulti, non autosufficienti e per evitare ricorso improprio alle strutture ospedaliere. L'assistenza è organizzata presso il CAD (Centro Assistenza Domiciliare) presente in ciascun Distretto.	E' indicato solo il nucleo di base: medico, infermiere professionale, assistente sociale, MMG. L'équipe può avvalersi di altre figure professionali).	Tramite Unità Valutazione territoriale su segnalazione da parte del MMG, ospedale, famigliari.	Secondo quanto previsto dal piano personalizzato di assistenza	Si	Unità di Valutazione Territoriale, valuta le capacità psicofisiche, sensoriali e relazionali, il grado di autosufficienza in base alla patologia (o esiti) e al disagio sociale.

<b>Regione Umbria</b>	Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (DCR 1.3.1999, n. 647) Delibera G.R. 17-4-2002 n. 456 Delibera G.R. 3-9-2003 n. 1251 Piano Sanitario regionale 2003-2005 (delibera C.R. 3-9-2003 n. 314)	Assistenza domiciliare per anziani e malati oncologici. La tipologia delle prestazioni è individuata nel piano personalizzato. E' erogato un assegno di cura per anziani gravemente non autosufficienti, assistiti a domicilio.	Il MMG è responsabile del caso clinico.	Tramite U.V.G.collocata a livello del Distretto	Secondo quanto previsto nel piano assistenziale personalizzato	SI	Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) valuta i bisogni sanitari e assistenziali.
<b>Regione Marche</b>	L.R. 21/11/2000. Delibera n.606/2001"Linee guida regionali per le cure domiciliari" Delibera Consiglio Regionale 30/10/2001, per diffondere l'assistenza domiciliare in tutte le Aziende Sanitarie	Prestazioni a bassa intensità assistenziale (ass.za riabilitativa, programmata, dialisi e ossigeno terapia domiciliare, etc) Prestazioni a elevata intensità assistenziale (sono sempre integrate con il sociale: ADI pesante, cure oncologiche, ospedalizzazione domiciliare)	Non sono individuate figure specifiche, l'assistenza domiciliare è fornita dal SISID (Sistema integrato per i servizi e interventi domiciliari)	Provvede il MMG o il reparto ospedaliero, l'UVD (Unità di Valutazione Distrettuale) provvede alla valutazione e al Piano di Assistenza.	Non si prevede durata del trattamento.	SI	Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) collocata a livello di ciascun Distretto.
<b>Regione Molise</b>	Legge n. 21/1990 Piano Sanitario regionale 1997-1999 Deliberazione Consiglio Regionale 14-9-1999 n.329 ""Linee guida per l'assistenza della popolazione anziana in Molise"	Non sono indicate prestazioni o tipologie di assistenza domiciliare.	Non sono individuate figure; si rimanda alla complessità del caso.	Tramite UVG	Non è prevista nessuna durata del trattamento	SI	L'UVG provvede a valutare lo stato di salute funzionale-organico, le condizioni cognitive e comportamentali, la situazione socio-ambientale della persona e del contesto familiare.

<p><b>Regione Sicilia</b></p>	<p>Progetto obiettivo "Tutela salute degli anziani" 1994 Piano sanitario regionale 2000-2002 (decreto Presidente della Regione 11-5-2000) L.R. 6-4-1996 n.26 Decreto Ass.le 20-3-2000 n.31372 Decreto Ass.le 9-10-2000 n.32881 Decreto Ass.le 5-12-2001 Decreto Ass.le 2-7-2002 n.2215/S7 Decreto Ass.le 6-8-2003 Decreto Ass.le 12-1-2004.</p>	<p>Sono individuate tre tipologie sanitarie: bassa, media e alta intensità.</p>	<p>Non sono individuati i compiti degli operatori.</p>	<p>Su segnalazione del MMG, tramite UVM.</p>	<p>Il periodo viene stabilito con cadenza massima trimestrale.</p>	<p>Si</p>	<p>UVM composta da MMG, responsabile ADI distrettuale o suo delegato, specialista ambulatoriale; infermiere o fisioterapista; assistente sociale, effettua la valutazione sanitaria e sociale a domicilio.</p>
-----------------------------------	---	---	--	--	--	-----------	--

	<b>Norme o delibere che disciplinano la RSA</b>	<b>Sono individuate le prestazioni erogate dalla RSA</b>	<b>Sono disciplinate le tipologie assistite e l'accesso alla RSA</b>	<b>E' indicata la durata del trattamento</b>	<b>Sono individuate altre forme di residenzialità</b>	<b>Sono previsti interventi alternativi alla residenza</b>
<b>Provincia A. Trento</b>	Delibera Giunta Provinciale (DGP) n. 3403 del 30.12.02 D.G.P. n. 30-48 del 27.11.00 D.G.P n. 2407 del 22.10.00 Legge Provinciale n. 6 del 28.05.1998	1) Assistenza sanitaria di medicina generale e specialistica, assistenza infermieristica e riabilitazione; 2) Trattamenti di mantenimento e miglioramento dello stato di salute; 3) Assistenza alla persona nello svolgimento delle attività quotidiane; 4) Attività sociali.	1) Soggetti non autosufficienti; 2) Soggetti in situazione di emergenza in attesa di idoneo progetto assistenziale; 3) Soggetti dimessi da ospedali che necessitano di convalescenza o riabilitazione. Non sono previsti limiti di età.	Illimitata o temporanea.	1) RSA a sede ospedaliera per non autosufficienti post-acuti; 2) Centro Servizi per non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti; 3) Centro diurno per anziani non autosufficienti; 4) Casa di soggiorno per non autosufficienti. Si sta dibattendo l'inerimento di nuclei Alzheimer nelle RSA.	La deliberazione n. 2788 dell'8.11.2002 approva un Disegno di legge per istituire il Fondo Provinciale per la non autosufficienza, per rafforzare i diritti e aumentare le risorse destinate alle persone non autosufficienti.
<b>Regione Lombardia</b>	L.R. 31/1997 Delib. G.R. n. 6/42293 del 1999 Delib. G.R. n. 7/13277 del 13.06.2003 Delib. G.R. n. 7/15381 del 28.11.2003 L.R. 1/2003 DGR n. 12618 del 07.04.2003. Piano Sociosanitario 2002/04	Assistenza sanitaria di tipo curativo e riabilitativo e prestazioni socioassistenziali .	Attraverso la valutazione multidimensionale effettuata con metodologia S.OS.I.A. Sono presenti nuclei Alzheimer.	Durata stabilita dal Piano di Assistenza.	Sono presenti altre forme di residenzialità non individuate nei provvedimenti che riguardano la RSA.	Sono disciplinati Voucher sociali e sociosanitari, in alternativa al ricovero, per potenziare forme di assistenza a domicilio, acquistando le prestazioni domiciliari tramite il voucher.

<p><b>Regione Veneto</b></p>	<p>D.G.R. 4519/99 D.G.R. 15-02.00/447 D.G.R. 751/00 D.G.R. 447/00 D.G.R. 4210/00 D.G.R. 2082/01</p>	<p>Prestazioni sanitarie, recupero funzionale prestazioni assistenziali organizzate in tre tipologie di assistenza sanitaria: minima ridotta e media.</p>	<p>Assistenza rivolta a non autosufficienti. L'accesso avviene tramite l'UVMD; i non autosufficienti devono essere iscritti nel registro delle persone non autosufficienti ammesse beneficiare di trattamenti residenziali.</p>	<p>La permanenza generalmente limitata nel tempo, è organizzata con criteri flessibili in relazione alle condizioni del l'assistito.</p>	<p>RSA ad alta intensità in ambito ospedaliero. Altre tipologie disciplinate in provvedimenti diversi da quelli per le RSA.</p>	<p>Sembrano sussistere anche altre forme di assistenza economica alternativa al ricovero.</p>
<p><b>Regione Toscana</b></p>	<p>Piano Sanitario Regionale 1999-2001; Del. C.R. n. 29 del 01.02.00; Del. N. 118 del 05.06.01 DGR 1300/2001 DGR 318/2002. D.G.R. N. 402 del 26/04/2004</p>	<p>1) Prestazioni sanitarie mediche e infermieristiche 2) Assistenza alla persona nello svolgimento delle attività quotidiane; 3) Attività di riabilitazione 4) Attività sociali.</p>	<p>La RSA è articolata in "moduli" a attività assistenziale differenziata. All'interno di ogni struttura i posti da destinare ai moduli specialistici non possono superare il 40% della disponibilità totale dei posti letto. I moduli sono suddivisi in ordine di gravità: 1) modulo base non autosufficienti; 2) disabilità prevalente natura motoria; 3) disabilità cognitivo-comportamentale; 4) stati vegetativi stabilizzati-terminali</p>	<p>Non è prevista nessuna durata, il PSR pone l'accento sull'esigenza di sviluppare la disponibilità di posti dedicati a ricoveri temporanei anche per le funzioni di "sollevio".</p>	<p>Il Piano prevede anche altre forme di residenzialità tempo pieno e diurna.</p>	<p>Sono previste dal Piano sociale integrato, forme di assistenza alternativa al ricovero.</p>

<p><b>Regione Lazio</b></p>	<p>L.R. 1-9-1993, n.41 "Organizzazione, funzionamento e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali"DGR 6078/99DGR 1988/2001Piano Sanitario 2002/2004L.R. 4/2003</p>	<p>L'assistenza sanitaria nelle RSA è organizzata su tre livelli basso, medio e alto.</p>	<p>Persone adulte con alterazioni morbose stabilizzate che hanno superato la fase acuta della malattia Persone anziane che presentano patologie cronicodegenerative, ma non necessitanti di assistenza ospedaliera Persone adulte colpite da handicap di natura fisica, psichica o sensoriali in condizioni di non autosufficienza o affette da malattie croniche Persone adulte portatrici di disturbi psichiatrici</p>	<p>Durata massima stabilita di volta in volta dall'UVT variabile dai 60 a 180 giorni. Qualora debba essere prolungato è necessaria nuova valutazione</p>	<p>Sono individuate nei provvedimenti regionali anche altre forme residenziali a ciclo continuativo e diurno.</p>	<p>Si prevede di attuare il Fondo sociosanitario per la non autosufficienza (art. 55 L.R. 11/2004)</p>
<p><b>Regione Umbria</b></p>	<p>DGR 6495/98 Piano Sanitario Regionale 1999-2001</p>	<p>Riabilitazione - osservazione medico-infermieristica e tutelare - assistenza a pazienti non curabili a domicilio - assistenza a pazienti terminali</p>	<p>Persone non autosufficienti, non curabili a domicilio e portatori di patologie stabilizzate</p>	<p>Degenza limitata massimo tre mesi</p>	<p>Ospedale di comunità Altre tipologie residenziali a carattere sociale</p>	
<p><b>Regione Marche</b></p>	<p>P.S.R. 1998-2000 L.R. 16.3.2002, n.20 DGR 1279/2000 DGR 2090/2000 DGR 2200/2000 DGR 2457/2000 DGR 1889/2001 P.S.R 2003-2006</p>	<p>Cure continuative a carattere sociosanitario per il mantenimento delle funzioni vitali - Assistenza specialistica sanitaria - Prestazioni socio-assistenziali</p>	<p>Due tipologie di RSA sanitarie: terapeutiche e riabilitative. Quattro tipologie di Residenze Assistenziali: anziani, disabili, disabili psichici e tossicodipendenti Accedono persone non autosufficienti non curabili a domicilio in condizioni stabilizzate con patologie croniche. Persone con gravi deficit cognitivi e del comportamento</p>	<p>Può essere anche permanente previa valutazione dell'UVM</p>	<p>Residenze protette - Residenze sociali - Centri diurni</p>	<p>E' in corso una sperimentazione di titoli di acquisto di servizi per non autosufficienti (Assegno servizi)</p>

<p><b>Regione Molise</b></p>	<p>DCR 329/99 "Linee guida per l'assistenza alla popolazione anziana in Molise"</p>	<p>Prestazioni sanitarie, mediche ed infermieristiche - assistenza alla persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana - attività riabilitazione - attività di socializzazione</p>	<p>Persone disabili (fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero) - persone non autosufficienti</p>	<p>Non è prevista una durata predefinita dell'ospitalità</p>	<p>Comunità alloggio: garantiscono ospitalità e si avvalgono del MMG e servizi sanitari distrettuali Residenze protette: garantiscono ospitalità unitamente ad assistenza sanitaria bassa/media assicurata con personale sanitario</p>	<p>-</p>
<p><b>Regione Sicilia</b></p>	<p>Decreto del Presidente della Regione 25-10-1999PSR 2000-2002Decreto dell'Assessore alla Sanità 07-08-2002Decreto dell'Assessore alla Sanità 18-02-2003Decreto dell'Assessore alla Sanità 17-04-2003</p>	<p>Prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitativeLa RSA adotta sistemi di valutazione del lavoro svolto per monitorare il processo assistenziale</p>	<p>La RSA è organizzata in nuclei o moduli da 20 postiAccedono, previa valutazione dell'UVG o UVM anziani prevalentemente non autosufficienti, non curabili a domicilio o dimessi dall'ospedale dopo un episodio di malattia - Alzheimer - disabili</p>	<p>Cicli riabilitativiUn mese per ricoveri di sollievoE' prevista ospitalità permanente anche</p>	<p>Strutture sociosanitarie ad elevata intensità di tutela sociale Strutture sociali a carattere comunitario</p>	<p>-</p>



### 3. Indicazioni prospettiche per il prossimo quinquennio

Come abbiamo potuto osservare nei dati demografici, nel 2030 gli anziani costituiranno un quarto dell'intera popolazione dell'Unione Europea ma già oggi gli **ultrasessantacinquenni** sono oltre 27 milioni. E' proprio in questa ultima fascia di età che aumenta il peso della disabilità con la richiesta di una adeguata assistenza sociale e sanitaria.

Per far fronte alle necessità assistenziali degli anziani i paesi dell'Unione Europea hanno scelto **l'assistenza domiciliare** come asse strategico su cui puntare. Dovunque cresce l'impegno per l'assistenza domiciliare sociale e sanitaria che in diversi paesi raggiunge **più del 10%** della popolazione anziana. Crescono le ore di assistenza domiciliare anche laddove, come in Inghilterra, si riduce il numero degli assistiti perché l'attenzione si concentra sempre più verso i casi più impegnativi. Una ulteriore tendenza che si è registrata è relativa alla ricerca di una **maggiore flessibilità** nell'erogazione dei servizi e di un maggior **coordinamento** tra le prestazioni erogate per fornire **interventi sempre più personalizzati** e adeguati ai bisogni dell'anziano e dei suoi familiari.

Si riducono i servizi con prestazioni standardizzate mentre cresce la fornitura di pacchetti di prestazioni costruiti su misura per i singoli utenti e cresce l'utilizzo delle tecnologie telematiche. La flessibilità dei servizi sarà sempre più importante e stimolata dall'introduzione di innovazioni nelle prestazioni per rispondere ai nuovi bisogni che derivano da politiche di mantenimento a casa dell'anziano: trasporti e mobilità, pasti a domicilio, centri diurni, ricoveri di sollievo, etc., e dal presumibile aumento di prestazioni integrate sociosanitarie per aumentare l'efficacia degli interventi.

La valutazione dei trends dell'**assistenza residenziale** appare un po' più complessa: è cresciuta per tutti gli anni '80, mentre per gli anni 2000 tale tendenza sembrerebbe essersi invertita, dopo aver comunque raggiunto la quota del 5% della popolazione ultrasessantacinquenne in tutti i paesi dell'Unione Europea. Continua invece a crescere l'assistenza residenziale nei paesi dell'Europa del sud dove i livelli di partenza erano oggettivamente molto bassi.

Le motivazioni del contenimento della residenzialità sono da ricercare nel duplice interesse che coinvolge pubbliche amministrazioni e anziani di ridurre i costi dell'assistenza e garantire una migliore qualità della vita presso il domicilio. Questa modificazione culturale e le conseguenti politiche di contrasto al rischio di ricovero in strutture residenziali **pesanti**, ha portato in molti paesi d'Europa, allo sviluppo di **alloggi protetti** per anziani che in Olanda, Inghilterra e Danimarca ospitano più anziani di quanti siano collocati nelle strutture residenziali.

Gli alloggi protetti sono appartamenti costruiti od adattati appositamente per le esigenze degli anziani che stanno perdendo autonomia e dove gli stessi possono vivere in modo indipendente con l'aiuto dell'assistenza sanitaria e sociale fornita dalle strutture degli Enti preposti all'assistenza e alla tutela della salute (Comuni e ASL) o da loro soggetti accreditati e con garanzie di sicurezza in caso di aggravamenti improvvisi, fornite attraverso collegamenti di telesoccorso e teleassistenza.

Anche l'Italia dovrà adeguarsi a questa impostazione aumentando una forma di residenzialità "più umana" a piccoli nuclei dove la sostenibilità della spesa è data, non dall' *economia di scala* dovuta ai grandi numeri della struttura, ma dal fatto che gli interventi più costosi, legata all'assistenza medica, infermieristica e alla riabilitazione, sono effettuati direttamente dal servizio sanitario. Si pensi in tal senso come la riduzione dello 0,5% dei posti letto ospedalieri possa "liberare" personale medico e di assistenza da convogliare in queste piccole residenze a cui sarebbe affidata in gestione diretta la componente alberghiera e di tutela della persona.

Una altra tendenza chiaramente rilevabile nei paesi europei è lo sforzo per migliorare la qualità delle strutture residenziali e la qualità della vita al loro interno, attraverso la riproposizione di ambienti e ritmi di tipo familiare, la personalizzazione dell'assistenza, il rispetto della privacy, percorso perseguito soprattutto attraverso procedure di accreditamento delle strutture stesse.

Ci sono differenze tra assistenza residenziale e assistenza domiciliare, ma la tendenza europea evidenzia la prevalenza di fornitori privati, sostenuti anche da politiche pubbliche, nella maggioranza dei paesi dell'U.E. e all'interno dei fornitori larga parte appartiene al no-profit anche se si registra una crescita evidente di quelli *profit*. In particolare si segnala la comparsa o il rafforzamento di fornitori privati commerciali in Germania, nel Regno Unito e in Spagna, dove svolgono principalmente un ruolo nei servizi residenziali e, in qualche caso, anche nei servizi domiciliari.

Questo, presuppone un mutamento di ruolo anche da parte di Comuni e delle Aziende Sanitarie che debbono aumentare la loro capacità di pianificazione complessiva delle risorse, riconvertendo e ristrutturando servizi per acuti che sono in oggi i più costosi sia in termini di risorse umane che tecnologiche a favore di servizi di mantenimento e riabilitazione (*long-care*). I processi di pianificazione diventano centrali soprattutto in un assetto socio-economico dove la spesa sanitaria e assistenziale difficilmente può aumentare a dismisura.

Quasi dovunque nei paesi europei si riscontra un impegno notevole per l'assistenza agli anziani con più elevati gradi di disabilità e nella ricerca di maggiori risorse da destinare a questo settore prendendo anche in considerazione una partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, passando attraverso la promozione di programmi universalistici per la copertura della non autosufficienza, anche attraverso *assicurazioni e mutualità sociale*.

La comparazione europea presenta dunque una realtà in movimento con linee di tendenza verso una risposta generalizzata alla *non autosufficienza* ; sarebbe pertanto un errore che l'Italia non valutasse in maniera appropriata le prospettive future in modo da adempiere già da oggi a programmi di assistenza sistematica alle persone non autosufficienti (vedi ad esempio l'istituzione del Fondo della Non Autosufficienza), che se non correttamente affrontati ricadono, in maniera impropria, nell'assistenza ospedaliera, appesantendo l'incidenza della bassa complessità clinica con un rapporto negativo costi/efficacia.