

SENATO DELLA REPUBBLICA

XII LEGISLATURA

Doc. LXX

N. 1

RELAZIONE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO (ANNI 1994-1995)

PRESENTATA DAL MINISTRO PER LA FAMIGLIA E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE
(OSSICINI)

Comunicata alla Presidenza il 22 gennaio 1996

12-MAS-CSA-0001-C

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

INDICE

Introduzione del Ministro Prof. Adriano Ossicini	Pag.	7
CNR: Consiglio nazionale delle ricerche	»	19
INPS: Istituto nazionale della previdenza sociale	»	27
ISTAT: Istituto nazionale di statistica	»	91

RELAZIONI DEI MINISTERI

Presidenza del Consiglio dei ministri:

Dipartimento dello spettacolo	»	141
Dipartimento per il turismo	»	142
Ufficio per i rapporti con gli organismi sportivi	»	144
Ministero dell'interno	»	147
Ministero del lavoro e della previdenza sociale	»	217
Ministero della sanità	»	231

RELAZIONI DELLE REGIONI

Abruzzo	»	279
Basilicata	»	284
Calabria	»	286
Campania	»	287
Emilia-Romagna	»	292
Friuli-Venezia Giulia	»	298
Lazio	»	307
Liguria	»	311

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Lombardia	<i>Pag.</i>	322
Marche	»	324
Molise	»	343
Piemonte	»	345
Puglia	»	351
Sardegna	»	352
Sicilia	»	356
Toscana	»	358
Umbria	»	362
Valle d'Aosta	»	365
Veneto	»	423
Provincia autonoma di Trento	»	426
Provincia autonoma di Bolzano	»	430

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI

RELAZIONE BIENNALE SULLA CONDIZIONE
DELL'ANZIANO

INTRODUZIONE DEL MINISTRO PER LA FAMIGLIA E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE

In virtù del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 gennaio 1995 — pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 22 del 27 gennaio 1995 — con il quale è stata delegata al Ministro senza portafoglio per la famiglia e la solidarietà sociale la predisposizione della relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, provvedo a trasmettere al Parlamento gli elementi informativi e i dati inviati dalle varie Amministrazioni dello Stato e dagli Enti interessati e fornite a questo scopo conclusivamente entro il 30 novembre 1995. I dati presentati si riferiscono a situazioni storiche concrete e a provvedimenti normativi regionali che vengono proposti al dibattito così come sono pervenuti, al fine di consentire la formulazione di un quadro d'insieme il più realistico possibile. Dalla lettura di questi rapporti — pur con le carenze derivanti dall'assenza di un quadro legislativo nazionale di riferimento in materia di assistenza sociale — si avverte un diffuso aumento di interesse per le problematiche sociali degli anziani.

È doveroso ricordare che la relazione sulla condizione dell'anziano al Parlamento è stata già presentata nel 1991 dal Ministro Rosa Russo Jervolino, nel 1992 dal Ministro Adriano Bompiani e nel 1993 dal Ministro Fernanda Conti, come richiesto dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano istituita nel marzo 1988 dal Senato della Repubblica e presieduta dal Vice Presidente, senatore Giorgio De Giuseppe.

Anche in ossequio a detta richiesta, pertanto, il Governo presenta questa quarta relazione nella consapevolezza che essa serva da stimolo per un dibattito periodico teso a migliorare le politiche sociali in favore delle persone anziane.

Alla presentazione degli elementi informativi ed illustrativi, nonché dei dati trasmessi dalle varie Amministrazioni sembra utile premettere talune riflessioni.

1. Definire il concetto di persona anziana in termini di età è difficile e spesso anche inutile. Negli anni '80 si è visto emergere il fenomeno di molte persone che si preparavano ad andare in pensione all'inizio dei cinquant'anni, mentre diversi anziani continuavano a vivere autonomamente anche fino a ottant'anni ed oltre.

Si può tentare, tuttavia, di dare alcune definizioni del concetto, ancorché con ampia approssimazione.

Potrebbero essere così ritenuti anziani:

- a) le persone ancora attive ma vicine al pensionamento;
- b) i pensionati ancora in grado di condurre una vita attiva e non dipendente;
- c) le persone molto anziane e quelle malate per le quali è rilevabile una scarsa o inesistente capacità di vita autonoma.

È il caso di osservare che il gruppo *b)*, quello dei pensionati attivi, è a volte menzionato quale « terza età » oppure come i meno anziani; mentre il gruppo *c)* è definito « quarta età » oppure come quello dei più anziani. Denominazioni tradizionali per i molto anziani quali i « vecchi » non contengono il gruppo *a)* e sono inappropriate rispetto al gruppo *b)*.

L'accelerata senescenza che caratterizza la nostra epoca interessa tutti i Paesi dell'occidente avanzato, come ha messo in rilievo la Commissione delle Comunità Europee nella sua relazione 1994 (1) sulla situazione demografica dell'Unione Europea, elaborata conformemente all'articolo 7 del protocollo sulle politiche sociali del Trattato di Maastricht sull'Unione Europea. La Commissione, in tale occasione, ha, peraltro, evidenziato una certa convergenza di situazioni demografiche negli Stati membri, pur sussistendo differenze di livello legate a divari nel tempo. La mortalità è regredita ovunque nei Paesi dell'Unione e l'invecchiamento demografico è diventato un fenomeno mondiale che presumibilmente si estenderà a tutti i Paesi del pianeta man mano che essi progrediranno nel loro processo di transizione demografica registrando, nel contempo, una diminuzione della fecondità e della mortalità.

Nell'Unione Europea vi sono attualmente 70 milioni di persone aventi più di 60 anni, circostanza questa che corrisponde, in termini percentuali, a quasi il 20 per cento della popolazione complessiva; le proiezioni demografiche internazionali evidenziano, d'altra parte, che nel 2020 un quarto della popolazione avrà un'età superiore ai 60 anni. In diversi Stati membri il rapporto di dipendenza degli anziani sarà quasi raddoppiato nel periodo intercorrente tra il 1980 ed il 2020.

Si rileva, peraltro, che il riscontro del dato tendenziale segnala, a fronte di un attuale aumento della quota dei molto anziani — gli ultraottantenni (*âgés e très âgés*) — un progressivo aumento di tale quota, la quale nell'Unione Europea consisterà in oltre 20 milioni rispetto ai 5 milioni del 1960 (2).

(1) Commissione delle Comunità Europee, *Relazione sulla situazione demografica dell'Unione* - Bruxelles, 5 gennaio 1995.

(2) Commissione delle Comunità Europee, *Valutazione 1994* - Bruxelles, 1° marzo 1995.

2. L'attuale momento storico dell'Italia vede in primo piano il problema dell'invecchiamento ed è caratterizzato notoriamente da un andamento demografico che evidenzia un considerevole — e più marcato rispetto agli altri paesi dell'Europa — calo della natalità (all'inizio degli anni '60: 2,1 figli per donna; attualmente: 1,9 figli per donna — stima provvisoria ISTAT) cui corrisponde una maggiore durata della vita media (la speranza di vita è arrivata a 74,7 anni per gli uomini e 81,7 per le donne) anche se con una specificità differenziata a livello territoriale ed in una sussistenza di valori differenziati per età e sesso.

Per quanto attiene al sempre più evidente calo della natalità non pochi elementi riconducibili all'attuale fase di congiuntura economica italiana concorrono a determinare il convincimento secondo il quale detto calo sarebbe determinato da tipici effetti comportamentali significativi, più che da una libera scelta di modello familiare, e quindi demografico, influenzata da sentimenti di angoscia e da difficoltà di gestirne, con sicurezza ed adeguatezza, i problemi della famiglia.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione in Italia è emerso più incisivamente a partire dagli anni '80 (parallelamente ad altri Paesi europei; da qui le specifiche Risoluzioni del Parlamento Europeo negli anni '80, prima fra tutte quella del 19 febbraio 1982 sulla condizione e i problemi degli anziani nella Comunità Europea). Talune riflessioni su questo dato inducono alla convinzione che esso sia destinato a caratterizzare, con maggiore incisività, gli anni a venire per l'incalzare di eventi socio-economici sempre più complessi.

Al di là di una comune, rassicurante prospettiva di vita prolungata, il fenomeno non interessa esclusivamente gli studi demografici e le ricerche scientifiche mirate ad una conoscenza sempre più precisa e puntuale del percorso esistenziale sotto il profilo della evoluzione umana. Tale prospettiva pone la necessità di attente riflessioni e considerazioni sotto molteplici aspetti su cui l'invecchiamento delle strutture di età della popolazione esercita un impatto; in particolare il problema dovrà essere affrontato con riferimento ad una apposita linea politica che tenga conto dei riflessi da esso indotti sulla organizzazione del mercato del lavoro e sulla quantità e sulla qualità della spesa per la protezione sociale, tenendo conto da un lato della situazione economica e sociale dei pensionati, dall'altro del ruolo della popolazione anziana e della necessità di valorizzare il tempo libero.

3. *Situazione economica e sociale dei pensionati.*

Un evento giuridico di grande rilevanza per le persone anziane del nostro Paese è stato registrato nel 1995 con la emanazione della legge 8 agosto 1995, n. 335, di riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare. Si tratta del più recente tentativo effettuato dal legislatore di individuare, normativamente, un punto di equilibrio in cui siano assicurati, anche per il futuro, i finanziamenti necessari per il pagamento delle pensioni di vecchiaia. È noto, infatti, che una delle problematiche più pressanti oggi per l'Italia è rappresentata dall'apprestamento di misure sufficienti a garantire, nel rispetto della equità, i carichi sopportabili dalle nuove generazioni di lavoratori per soste-

nere adeguatamente le precedenti, non più in grado di affrontare con pienezza la vita lavorativa.

E tale problematica si presenta come di difficile soluzione in uno scenario in cui sempre più alla accentuata denatalizzazione si accompagna il crescente indice di invecchiamento; condizione questa aggravata, peraltro, da una evoluzione dei sistemi produttivi e di scambio che, nella ricerca di maggiore competitività, si aggregano e si ristrutturano, provocando negli spezzoni più garantiti del mercato del lavoro ampie fasce di inutilizzazione delle forze disponibili e, quindi, di disoccupazione o di sottoccupazione.

La legge 8 agosto 1995, n. 335 contiene una elevata articolazione di norme, tra cui, nell'ottica della realizzazione della netta separazione dell'assistenza dalla previdenza, di rilevanza nodale sono quelle che, ferme restando disposizioni transitorie di miglior favore, stabiliscono la scelta a regime del sistema a montante contributivo e la revisione, con predeterminati, celeri strumenti affidati all'Esecutivo, delle prestazioni (oltre che delle contribuzioni) nel caso di peggioramento del rapporto spesa previdenziale-ammontare del PIL.

Questa norma, unitamente alle ultime leggi finanziarie ed ai vari provvedimenti di contenimento della spesa pubblica, ha alimentato, o vieppiù accentuato, il timore manifestato da più parti di veder espunto, o comunque limitato, l'impegno socio-assistenziale dello Stato nei confronti segnatamente degli anziani.

4. *Tempo libero.*

L'invecchiamento delle strutture di età si manifesta in una eterogeneità di bisogni individuali spesso correlata alle condizioni di vita trascorsa (esempio, istruzione, professione, standard di vita, consuetudini alimentari e sportive) — come viene autorevolmente sostenuto (CNR: Progetto Finalizzato Invecchiamento che tiene conto in maniera integrata e degli aspetti biologici e degli aspetti clinici e psico-sociali dell'invecchiamento per caratterizzare i fattori responsabili di specifiche patologie, in particolare la perdita dell'autosufficienza) — che interagiscono con l'insorgere ed il progredire del deterioramento psico-fisico e delle malattie tradizionali.

Ad un elevato numero di anziani in condizioni di benessere si accompagna un considerevole numero di anziani che si trova in condizioni di patologie fisiche o mentali determinanti in termini funzionali la perdita totale o parziale di autonomia materiale o cognitiva.

Si invecchia quindi diversamente.

Un cosiffatto segmento dell'universo della struttura sociale rende attuale la necessità di una più meditata e razionale organizzazione delle strutture e dei servizi della società stessa per provvedere ai bisogni tradizionali; rende altresì necessario recuperare flessibilità e prolungare le funzioni sociali di soggetti anziani, « sani » con potenzialità fisiche e culturali, capaci di svolgere positivamente una nuova funzione sociale.

È largamente accettata e compresa la realtà dei bisogni emergenti dei « nuovi anziani »; risorse « antiche » di una stagione della vita spesso ancora ricca di potenzialità ed interessante.

Occorre tuttavia l'adattamento del pensiero all'interno del modello culturale prevalente.

L'orientamento culturale tradizionale vede l'anziano strettamente portatore di bisogni di ordine sanitario e socio-assistenziali, pensionato e quindi ineluttabilmente senza più un ruolo sociale, in « declino », appena accettato all'interno della vita familiare, o più spesso, impropriamente istituzionalizzato; frequentemente esso è unico componente di un tessuto familiare mononucleare, preso dal bisogno di riempire il tempo libero ed a rischio di deterioramento psicologico certamente più per cause connesse alla mancanza di relazionalità e affettività che per altre insorgenti a livello sanitario. L'esclusione sociale, non necessariamente correlata alla povertà materiale, si caratterizza anche nella perdita del ruolo sociale.

Strumenti utili per contenere questi effetti sono rappresentati dalla valorizzazione delle opportunità individuali che, unite ad altre che la società civile può e vuole creare, sono sempre più evidenti in varie forme di attività culturale organizzate, soprattutto nelle Università della Terza Età.

L'esperienza delle Università della Terza Età apre sicuramente nuove prospettive nell'ambito dell'educazione permanente riconducibili ad opportunità attive e libere da parte di adulti e anziani di riposizionare le proprie capacità intellettive e creative in un contesto partecipativo e autogestionale in cui far convergere le istanze di coloro che sono impegnati nel rapporto con le istituzioni e le forze sociali.

Ancorché con diverse finalità, sono in sensibile crescita i Centri per anziani sorti nei comuni e nelle circoscrizioni. Tali Centri rappresentano un organismo di base teso ad organizzare il tempo libero in attività di socializzazione, ludiche o sportive; ma, nel contempo, essi sono anche finalizzati alla attivazione di programmi di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica.

In definitiva i descritti centri possono rappresentare sedi di propulsione per varie iniziative rivolte a lenire i disagi cui vanno normalmente incontro le persone anziane ovvero a vanificarli.

Per queste strutture viene invocata una normativa specifica che ne regoli il funzionamento e ne stabilisca il ruolo nel quadro delle attività sociali in favore delle persone anziane.

5. In un'ottica di orientamento sociale tendenzialmente nuovo, volto a reintegrare la risorsa anziano e conseguentemente ad offrire soluzioni innovative alla attuale Società che vede in qualche misura ridotto il ruolo della famiglia e vede altresì l'incertezza di taluni servizi pubblici — fatto questo che impone sempre più il ricorso alla solidarietà intergenerazionale — è stata promossa dal Dipartimento per gli Affari Sociali un'iniziativa intesa ad inserire l'anziano nei lavori ritenuti socialmente utili. Si tratta di un disegno di legge recante « Disposizioni in materia di impiego delle persone anziane in attività socialmente utili » elaborato nell'ambito di un Gruppo di lavoro a carattere interministeriale e che vede la partecipazione dei Sindacati confederali dei pensionati, nonché dell'Associazione 50 e più Fenacom.

6. *Iniziative europee 1994-1995 a favore delle persone anziane.*

Giova a questo proposito richiamare la politica sociale in favore delle persone anziane promossa dall'Unione Europea, stimolando e coordinando programmi ed iniziative collegati a rete in tutti i Paesi della Comunità.

Nel 1993 alla chiusura dell'Anno Europeo dell'anziano e della solidarietà fra le generazioni, attraverso una dichiarazione di principio, il Consiglio dell'Unione Europea e dei Ministri per gli affari sociali, nella riunione del 6 dicembre 1993, ha riconosciuto alla solidarietà fra le generazioni un ruolo centrale nella strategia comunitaria finalizzata alla sfida all'invecchiamento della popolazione.

Dopo i risultati positivi di tale Anno Europeo, grande era l'attesa nei Paesi membri per gli sviluppi successivi alle numerose iniziative intraprese dall'Unione Europea.

Tali iniziative, vale ricordarlo, miravano, al di là della loro diversità, a rendere maggiormente consapevoli i cittadini, le istituzioni e i Governi, dei problemi relativi all'invecchiamento della popolazione, attraverso l'attivazione di scambi di informazioni e di esperienze tra i Paesi membri.

L'intera operazione aveva avuto l'alto scopo di consentire agli Stati membri di elaborare strategie e politiche che, raccogliendo quanto di nuovo e migliore si andava facendo in Europa, incidesse adeguatamente sulle varie problematiche degli anziani quali il reddito, la qualità della vita, l'edilizia, la dipendenza, i servizi di cura e assistenza, l'occupazione, l'integrazione sociale, la solidarietà, eccetera.

Come supporti istituzionali alle azioni erano stati creati importanti organismi quali l'Osservatorio europeo sulla Terza Età, il Comitato Consultivo di esperti governativi, il Gruppo di Collegamento delle ONG degli anziani, i Comitati Nazionali di Coordinamento in ogni Paese membro.

Con la fine del '93, questo vasto e complesso insieme di energie sociali ed istituzionali rischiava di spegnersi, disperdendo così il grande patrimonio di esperienze e conoscenze accumulatosi. Per questo, fin dalla Conferenza di chiusura dell'Anno, la Commissione, per mezzo del Commissario Padraig Flynn, si è impegnata a valutare proposte per il lancio di un nuovo programma europeo di attività per gli anziani. Quest'ultimo ha dovuto attendere il marzo 1995 per essere elaborato e presentato dalla Commissione ed attualmente è ancora allo stato di « Proposta » di decisione del Consiglio, non essendo stato adottato dallo stesso.

Con tale Proposta, la Commissione mira a sostenere azioni in favore delle persone anziane durante il periodo 1° settembre 1995 – 31 dicembre 1999, esercitando una positiva influenza sulle specifiche politiche degli Stati membri.

La Proposta stessa, benché trovi fondamento nell'impegno formulato nel « Libro Bianco », è priva pertanto della necessaria cornice normativa. Ciononostante, la Commissione ha continuato a stanziare, per il 1994 e il 1995, finanziamenti per la continuazione delle iniziative intraprese nel 1993, o per il lancio di nuove azioni il cui fine fosse comunque quello dello scambio di informazioni e di esperienze sui

problemi degli anziani. In particolare, per il '94 il *budget* è stato di 5,6 milioni di Ecu per tutti i Paesi membri; mentre per il 1995 è stato di 6,6 milioni di Ecu complessivamente.

Il 29 giugno 1995 è stata inoltre adottata dal Consiglio dell'Unione Europea un'importante Risoluzione relativa all'occupazione dei lavoratori anziani.

Questo documento rappresenta il primo intervento europeo in merito alle politiche per i lavoratori anziani e, nei suoi contenuti, esprime specifiche raccomandazioni per provvedimenti da assumere a livello di Stati nazionali, con il coinvolgimento delle Parti sociali, per migliorare le prospettive occupazionali dei lavoratori più anziani, contrastare la discriminazione per età sul posto di lavoro e incoraggiare misure pensionistiche più flessibili e progressive.

7. Aspetti sanitari - Anziani non autosufficienti.

Per imprimere all'assistenza sanitaria la svolta sociale richiesta dagli stessi cittadini e dagli operatori specializzati, ancora oggi assume valore di riferimento il Progetto Obiettivo « Tutela della salute degli Anziani » promosso dal Ministero della sanità e approvato con atto parlamentare del 30 gennaio 1992 dalla Camera dei deputati e dal Senato della Repubblica.

Le indicazioni contenute in tale Progetto hanno valore di indirizzo nei confronti dell'attività regionale e rappresentano un punto di riferimento per un modello assistenziale uniforme diretto ad assicurare pari condizioni di accesso ai servizi su tutto il territorio nazionale.

Il Progetto Obiettivo Anziani indica taluni modelli di assistenza cui dare priorità:

a) l'assistenza domiciliare integrata (ADI) intesa come insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, sociali rese al domicilio dell'anziano malato.

Al riguardo, occorre sottolineare che, a differenza di altri Paesi occidentali che hanno consolidato interventi socio-sanitari atti a favorire la permanenza dell'anziano nel proprio domicilio, l'Italia non ha ancora maturato una tale esperienza nell'ambito dell'ADI;

b) l'ospedalizzazione domiciliare, che si differenzia dall'ADI per il contenuto tipicamente ospedaliero delle prestazioni erogate, viene erogata dall'Unità operativa geriatrica. In talune Regioni tale Unità raggiunge standard evoluti, mentre in altre vi è una notevole carenza di tale servizio.

Sulla applicazione concreta di tale tipo di assistenza è opportuno tener conto che, per conoscere l'intera gamma dei bisogni e formulare un piano personalizzato di interventi a valenza sanitaria o sociale, è fondamentale la « Valutazione multidimensionale »;

c) le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), che rappresentano la collocazione residenziale dell'anziano quando non può essere assistito a domicilio o in reparti ospedalieri di lunga degenza.

La realizzazione del Progetto Obiettivo Anziani tarda ad attuarsi.

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 evidenzia il pieno recepimento dei contenuti espressi dal Progetto Obiettivo Anziani. Il Ministero della sanità attualmente è impegnato ad avviare una indagine conoscitiva atta a far luce sulla reale situazione esistente nel territorio in ordine all'attuazione di quanto previsto dal Progetto stesso.

8. *Indennità di accompagnamento.*

Al 31 dicembre 1994, su 843.765 invalidi civili cui è stata corrisposta l'indennità di accompagnamento dal Ministero dell'interno, ben 584.887 sono persone anziane con più di 65 anni. Ciò ha comportato una spesa di oltre cinquemila miliardi, pari a circa 1/3 della totale spesa assistenziale.

In considerazione dell'incidenza del fenomeno dell'invecchiamento, nel settore dell'assistenza economica alle categorie protette è sentita l'esigenza di pervenire ad una rielaborazione dei criteri di valutazione della invalidità, specie con riferimento al principio dello svantaggio sociale enunciato dalla legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Questa esigenza è ora sanzionata dall'articolo 3, comma 3, della legge 8 agosto 1995, n. 335, che, a fini peraltro più ampi di quelli testé citati, ha delegato il Governo ad emanare decreti in tal senso, entro 12 mesi, secondo principi predeterminati.

9. Il Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri, oltre ad ogni tipo di collaborazione, ove richiesta, ha curato nel biennio 1994-1995 talune iniziative di coordinamento, di seguito citate, intese a migliorare le condizioni di vita delle persone anziane e a favorirne l'integrazione sociale:

1) Carta Anni d'Argento. Nel 1993, a seguito della proclamazione dell'Anno Europeo dell'anziano e della solidarietà tra le generazioni, il Dipartimento ha patrocinato tale iniziativa presentata dalla società SINT di Torino consistente nella libera vendita di una carta di servizi e finalizzata a garantire, ad un prezzo contenuto di acquisto, un pacchetto di utili servizi domiciliari e di supporto inteso ad agevolare la mobilità delle persone anziane.

2) « Guida ai servizi per gli anziani ». Si tratta di uno studio realizzato dal LABOS che vede la collaborazione tra il Dipartimento per gli Affari Sociali, che l'ha ideata e ne promuove la diffusione, e la Fondazione FINNEY che la sponsorizza. Si è inteso fornire una informazione precisa e puntuale degli interventi normativi a livello nazionale e regionale relativamente ai diritti di tutela e di assistenza socio-sanitaria da parte delle persone anziane, fornendo nel contempo una mappatura territoriale dei servizi esistenti.

3) Programma « Emergenza Estate 1995 ». Negli ultimi anni si è evidenziato il fenomeno della emergenza « estate » derivante dalla accentuazione nel periodo estivo delle carenze di tipo sociale ed esisten-

ziale che normalmente affliggono le fasce sociali più deboli, in particolare le persone anziane. La consuetudine delle famiglie di andare in vacanza determina, peraltro, l'indebolimento della rete informale di assistenza e solidarietà.

Nell'ottica di dare informazioni precise e puntuali a quanti si trovino in condizioni di bisogno e disagio, il Dipartimento per gli Affari Sociali, in collaborazione con il Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria della Presidenza del Consiglio dei ministri, ha realizzato, dopo la positiva esperienza del 1994, anche per l'estate 1995 una Guida contenente informazioni su taluni servizi socio-assistenziali esistenti a livello locale; informazioni che purtroppo, in taluni casi, si sono dimostrate non rispondenti alle indicazioni preliminarmente fornite dalle Regioni.

La peculiarità del Programma Emergenza Estate 1995 è connessa alla definizione di un documento di linee guida concordato nell'ambito della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le province autonome e pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 115 del 19 maggio 1995. Con tale documento di linee guida si è inteso disciplinare lo svolgimento dell'iniziativa volta a garantire i servizi pubblici essenziali ai soggetti più esposti a rischio nel periodo estivo attraverso predeterminate modalità comprendenti anche l'indicazione delle procedure da seguire per i momenti di congiunzione tra le organizzazioni di volontariato di cittadinanza attiva ed i Comuni.

È una iniziativa che si ritiene utile perseguire in conformità alle linee di coordinamento predefinite e in una più incisiva forma di collaborazione tra istituzioni pubbliche e private, eliminando le dispersioni verificatesi a livello locale.

4) Atti d'intesa sottoscritti dal Ministro per gli affari sociali *pro tempore* con i Sindacati confederali dei pensionati, nonché con l'Associazione 50 e Più Fenacom.

Dalla conoscenza delle esigenze e dei bisogni reali delle persone anziane per le quali l'aspettativa è connessa a risposte istituzionali di tipo politico ed economico tese a migliorare la qualità della vita ed anche a seguito dell'Anno Europeo degli anziani (1993), si è chiaramente evidenziata una diffusa richiesta affinché le politiche sociali a favore degli anziani centrassero gli obiettivi principali. In tale contesto, il 2 febbraio 1994 e il 30 marzo 1994, il Ministro per gli affari sociali *pro tempore* ha deciso di firmare tali Atti di intesa aventi la finalità di individuare le linee concrete su cui indirizzare la politica sociale in favore delle persone anziane (sostegno economico e riforme dei servizi sociali; famiglia di anziani o con anziani; mobilità degli anziani; case di riposo; promozione culturale e tempo libero; problema abitativo; risparmio degli anziani, eccetera).

Ciò ha permesso di costituire nell'ambito del Dipartimento per gli Affari sociali un Gruppo di lavoro con gli stessi Sindacati, l'Associazione 50 e Più Fenacom e con i Ministeri interessati (interno, lavoro e sanità).

Un primo risultato è stato raggiunto con la elaborazione del disegno di legge sull'impiego delle persone anziane in attività socialmente

utili che ha trovato il pieno consenso del Ministro del lavoro e della previdenza sociale (come da specifica relazione allegata).

10. Conclusioni.

Contrariamente a quanto possono far credere allarmistiche ricerche sugli effetti inquietanti del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione o taluni casi drammatici denunciati dai mass-media, possiamo certamente affermare che esiste una diffusa ed elevata sensibilità verso la condizione anziana. Significativo di ciò è l'alto numero di persone anziane aderenti ai Sindacati dei pensionati ed alle Associazioni di anziani; significativo della solidarietà tra giovani ed anziani è il considerevole numero di anziani attivi impegnati a collaborare con i giovani nei servizi sociali a favore della comunità offerti dalle Associazioni di volontariato.

Tale sensibilità è confermata dagli studi che Amministrazioni dello Stato, Enti ed Organizzazioni sindacali dei pensionati hanno condotto negli ultimi anni, dalle numerose iniziative di convegni e dibattiti messi in atto dagli stessi Enti istituzionali e privati, finalizzati a stimolare riflessioni e sollecitare interventi.

Rimane aperta la riflessione su quale impostazione dare in futuro alle politiche sociali in favore delle persone anziane.

L'impegno con cui le Regioni hanno supplito alla mancanza di una legge quadro di riforma dell'assistenza appare positivo ed apprezzabile, come si può evincere dagli elementi informativi e dai dati contenuti nelle allegate relazioni.

Alcune Regioni, tuttavia, stentano ad avvalersi della propria potestà di normazione in materia ed a prestare interventi conseguenti di efficace resa di servizi specifici.

La vigente normativa attribuisce alle Regioni funzioni di programmazione e di indirizzo per l'organizzazione dei servizi ed attribuisce altresì la competenza di definire gli ambiti territoriali per la gestione dei servizi sociali e sanitari (legge 22 luglio 1975, n. 382). Il decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, segna un determinante passo avanti nella realizzazione di un nuovo sistema socio-sanitario avviando un processo di riorganizzazione degli interventi ed individuando nell'ente locale il centro di erogazione dei servizi sociali.

Nel settore assistenziale è in vigore una normativa obsoleta, la legge 17 luglio 1890, n. 6972 (Legge Crispi).

Risulta pertanto, necessaria una legge di riforma dell'assistenza in coordinamento con la già varata riforma della previdenza (legge 8 agosto 1995, n. 335) che all'articolo 3, commi 6 e 7, è, ad un secolo dalla citata legge Crispi, l'unico intervento legislativo in materia assistenziale.

Tuttavia, in una visione complessiva dei bisogni sociali e sanitari ed al fine di organizzare in modo uniforme ed omogeneo la programmazione degli interventi socio-assistenziali; al fine di una più razionale utilizzazione di risorse; al fine di controllare la qualità dei servizi forniti, occorre un coordinamento nazionale forte ed efficace affidato

ad un Dipartimento della Presidenza del Consiglio dei ministri munito di precise deleghe e dotato di fondi. La mancanza di risorse per progetti specifici è evidente soprattutto nel campo dell'assistenza delle persone anziane che trovano spazio ridotto nei *budget* delle Amministrazioni comunali.

Nell'ambito della rivalutazione del ruolo fondamentale della famiglia, occorre individuare nel futuro sostegni finanziari, o fiscali, per le famiglie anziane o per quelle che accudiscono in casa una persona anziana non autosufficiente.

Occorre che venga approvata al più presto la legge sull'impiego delle persone anziane attive in lavori socialmente utili.

Nel campo della cultura occorre attuare un coordinamento delle Università della Terza Età definendo regolamenti e *standard* formativi su tutto il territorio nazionale.

In una prospettiva futura di società civile complessa ed articolata, è auspicabile realizzare la fondamentale collaborazione fra le istituzioni e le Organizzazioni sociali « *no-profit* » che possano e sappiano dare garanzie di saper intervenire in modo adeguato.

Il Libro Bianco « La politica sociale europea. Uno strumento di progresso per l'unione » indica le linee su cui operare: oltre a ribadire il principio della solidarietà tra le generazioni e l'integrazione sociale delle persone anziane, sottolinea l'importanza delle problematiche connesse ai pensionati attivi ed alle donne anziane (sulla donna, come è noto, da sempre, ricade l'onere dell'assistenza in ambito familiare, anche dei più anziani). Sollecita altresì le riflessioni dei Governi sul ruolo e sulla responsabilità delle istituzioni pubbliche e del settore privato, sulle nuove forme di occupazione nel settore dell'assistenza, sul ruolo di chi presta l'assistenza informale in famiglia.

Al di là delle riflessioni indotte dall'inquietante e problematico momento economico del nostro Paese e nella consapevole certezza di dover operare determinate scelte che, nel medio e lungo periodo, richiedono grandi sacrifici e forti interventi di recupero, si è del tutto convinti che tutto ciò non debba tuttavia penalizzare fasce della società civile particolarmente vulnerabili per condizione o per età.

La società civile non giustifica se stessa moralmente e storicamente se non provvede adeguatamente a fornire risposte alle esigenze dei più deboli, dandosi una più razionale organizzazione.

Il Governo si impegna a portare avanti la tutela dei diritti e la qualità di vita delle persone anziane nel rispetto del dettato costituzionale, in coerenza con i principi sostenuti dalla Comunità Europea, ma soprattutto in coerenza con un modello culturale che rifiuta la marginalità delle fasce deboli; una marginalità che farebbe torto ad un Paese caratterizzato, oltre che da un considerevole patrimonio culturale in materia sociale, anche da enormi risorse umane.

IL MINISTRO PER LA FAMIGLIA
E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE
Prof. Adriano Ossicini

CONSIGLIO NAZIONALE
DELLE RICERCHE



CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

**PROGETTO
FINALIZZATO
INVECCHIAMENTO**



Direzione

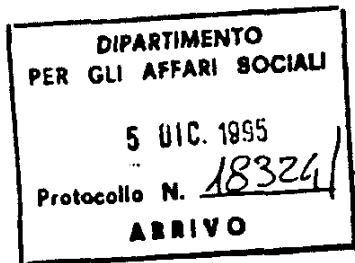
*7/1/96
10.10.95*

Spett.le Servizio Anziani,

invio come accordato telefonicamente, il documento sul PFinvecchiamento del CNR.
Spero che Vi possa essere utile per la relazione del Ministro.
Resto a Vostra disposizione per eventuali bisogni futuri.

Cordiali saluti.

Dott.ssa Stefania MAGGI
Stefania Maggi



RELAZIONE SULLE ATTIVITÀ DEL 1994-95 DEL PROGETTO
FINALIZZATO INVECCHIAMENTO DEL CONSIGLIO NAZIONALE
DELLE RICERCHE

Il Progetto finalizzato invecchiamento (PFI) del Consiglio nazionale delle ricerche prende in considerazione le tematiche biologiche, mediche, epidemiologiche, sociali, economiche ed assistenziali della popolazione anziana in Italia. Questo approccio globale è basato sull'ormai nota dimostrazione che una « vecchiaia di successo », cioè in buona salute, dipende in larga misura dagli stili di vita e, quindi, dalla cultura, dalla scolarità, dalle condizioni economiche e dal contesto sociale in cui la persona vive ed invecchia. Individuare le strategie più opportune per ridurre la frequenza delle malattie croniche degenerative e, quindi, il loro impatto sulla perdita dell'autonomia, ha sicuramente dei risvolti decisivi per il nostro paese, non solo in termini sanitari, ma anche economici e sociali. La sfida maggiore che si presenta per i prossimi anni è essenzialmente la riduzione del divario oggi esistente tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita attiva, ossia priva di disabilità. Gli ultimi 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 anziani è in buona salute, senza importanti malattie e pienamente autosufficiente. Lo Studio Longitudinale sull'Invecchiamento del PFI (ILSA), prima iniziativa nazionale condotta su un campione di oltre 5.000 ultrasessantacinquenni, è in grado di fornire dati sulla disabilità e sui fattori di rischio, e stime di prevalenza e di incidenza di 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 e i distiroidismi. 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.

I risultati sulle prevalenze delle patologie croniche investigate sono presentati in Tabella 1.

Tabella 1. Dati percentuali preliminari di prevalenza di alcune patologie. ILSA

<i>Descrizione</i>	<i>Femmine</i>	<i>Maschi</i>
<i>Sistema nervoso:</i>		
Demenza	6.3	4.7
Ictus	6.2	7.3
Parkinsonismi	3.7	3.0
Neuropatia distale simmetrica	8.4	7.7
<i>Sistema cardiovascolare:</i>		
Angina	7.1	8.3
Infarto miocardico	5.3	12.3
Scompenso cardiaco	7.9	5.2
Aritmia	22.4	28.4
Ipertensione	68.6	60.3
Arteriopatia periferica	5.1	7.9
<i>Sistema endocrino:</i>		
Diabete	13.8	13.1

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

Circa il 64 per cento dei partecipanti è affetto da ipertensione, il 25 per cento da aritmia, il 13 per cento da diabete, l'8 per cento da infarto miocardico, il 6 per cento da demenza. Percentuali, queste, ritenute indubbiamente più attendibili di quelle riportate finora in Italia, dato che si basano su una valutazione oggettiva dello stato di salute, secondo criteri standardizzati, riconosciuti internazionalmente, e sono ottenute su un campione casuale e rappresentativo di tutta la popolazione anziana italiana.

Particolare rilievo viene dato dal PFI alla relazione tra aspetti socio-economici e malattia, una delle aree più rilevanti nel settore della prevenzione e degli interventi assistenziali per gli anziani.

Interessante è, a questo riguardo, lo studio dei rapporti tra indicatori sociali (ad esempio, scolarità, occupazione) e stato di salute. Dati descrittivi dell'ILSA dimostrano una forte associazione, per esempio, tra scolarità e alcune frequenti patologie croniche, tra cui demenza, scompenso cardiaco, e ipertensione, come dimostrato nella seguente tabella.

Tabella 2. Dati percentuali di prevalenza di specifiche patologie per classe di scolarità.

Descrizione	SCOLARITÀ			
	Analfabeti	Fino a 3 anni	Da 4 a 8 anni	Oltre 8 anni
Demenza	20.4	12.6	4.1	1.1
Scompenso cardiaco	14.3	9.2	4.8	3.8
Ipertensione	73.1	68.1	65.3	54.0

Uno degli obiettivi dello studio longitudinale ILSA è, quindi, quello di confermare la relazione tra variabili sociali, quali la scolarità, e malattie croniche, e di testare alcune ipotesi, quali:

1. la relazione tra fattori sociali, malattia, e mortalità è mediata da fattori comportamentali, biologici, e psicologici, a tutt'oggi non chiariti;

2. il rapporto beneficio/costo di interventi di prevenzione nell'ambito sociale può essere superiore a quello di interventi puramente medici, soprattutto per alcune patologie croniche dell'anziano.

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.

Tabella 3. Prevalenza percentuale di disabilità secondo lo stato di convivenza dei partecipanti ILSA.

Descrizione	Femmine			Maschi		
	Vive solo	Vive con ultra 65-enne	Vive in istituto	Vive solo	Vive con ultra 65-enne	Vive 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

Fino ad oggi sono state in genere le famiglie, e le donne al loro interno, a prendersi cura degli anziani: le famiglie erano più stabili, le donne lavoravano per lo più a casa, i figli erano in maggior numero, gli anziani meno numerosi e meno longevi. Il modello di assistenza familiare era molto funzionale. Oggi il modello di assistenza familiare va cedendo in seguito al rapido cambiamento della struttura e della vita delle famiglie. Circa il 18 per cento degli anziani vive solo, e di questi circa il 27 per cento delle donne ed il 23 per cento degli uomini ha

qualche grado di disabilità. Ancora più rilevante è che tra gli anziani che vivono con un'altra persona pure ultrasessantacinquenne, circa il 33 per cento delle donne e il 32 per cento dei maschi abbia qualche grado di disabilità. D'altra parte, è inevitabile sottolineare che, tra gli istituzionalizzati, circa il 33 per cento delle donne e il 41 per cento degli uomini sono totalmente autosufficienti nelle comuni attività quotidiane e, sicuramente, una larga maggioranza di questi potrebbe continuare a vivere a casa propria, con livelli minimi di assistenza domiciliare. Occorrono allora politiche dettate da strategie lungimiranti che, tenendo presente la dinamica demografica, formulino degli interventi adeguati ai tempi. È fondamentale valutare le esigenze della famiglia: se si vuole, come si sta facendo nella maggior parte dei paesi industrializzati, privilegiare la permanenza degli anziani nel proprio domicilio, allora andranno tutelati i diritti dei familiari contemporaneamente ai diritti e alla dignità degli anziani. Molte famiglie vivono la cura di persone non autosufficienti come un vero e proprio problema: economico, fisico, sociale ed emotivo; molte persone vivono in modo conflittuale le richieste che vengono loro dal lavoro e dalla cura di un parente anziano. Da qui la necessità di riorganizzare i tipi di servizi offerti dalla società, cioè di crearne di alternativi e complementari all'ospedalizzazione e all'istituzionalizzazione in genere, per promuovere in misura sempre più appropriata l'erogazione di assistenza domiciliare, sia sociale che sanitaria.

La riorganizzazione delle modalità di erogazione dei servizi nasce da un'esigenza di efficacia che è sempre più sentita e diffusa. Se per i malati acuti può essere sufficiente la somministrazione di farmaci e cure, per quelli malati cronici o per quelli disabili è fondamentale il contesto e il modo di somministrazione dell'assistenza continuativa. È importante avere una vera e propria rete di assistenza, rete per la cui efficacia diventano importanti non solo l'aiuto dei familiari e l'apporto di operatori sociali, ma anche il perdurare delle relazioni sociali dell'anziano.

È quindi evidente l'unicità e la rilevanza del PFI come fonte di dati essenziali per la pianificazione di interventi sociali e sanitari per gli anziani. Il Progetto si articola, infatti, secondo una logica culturale e scientifica mirata a finalizzare le ricerche di base e biomediche al miglioramento della qualità della vita, ossia alla promozione della salute e del benessere della popolazione anziana. Per raggiungere tale obiettivo, non si può prescindere da un approccio interdisciplinare, ossia da un collegamento trasversale tra diversi settori di ricerca, che permetta lo sviluppo di programmi di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e riabilitazione realmente efficaci. Ottenere risultati significativi in questi campi significa poter migliorare la qualità della vita degli anziani, obiettivo ultimo della ricerca e di qualsiasi programma di intervento sociale e sanitario.

**ISTITUTO NAZIONALE
DI PREVIDENZA SOCIALE**



Roma - 9 OTT, 1995

Coordinamento Generale
Sistema Informativo Statistico

Prot. n.° 13 4375

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Dipartimento per gli Affari Sociali - Ufficio tematiche familiari e sociali

Servizio Anziani

All'attenzione del Dott. Guido Bolaffi

Via Veneto 56

00100 ROMA

Oggetto: invio tabelle statistiche.

In risposta alla lettera n. 7246 del 13.6.95, si fornisce su supporto cartaceo una serie di tabelle statistiche riguardanti la distribuzione delle pensioni vigenti al 1.1.1993, 1.1.1994 e 1.1.1995, suddivisa per regione, classi d'età, sesso, gestione e categoria.

IL DIRETTORE GENERALE

<p>DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI</p> <p>- 9 073 1555</p> <p>Protocollo N. 13263/1/045/RPA</p> <p>ARRIVO</p>

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio 1993
Maschi e Femmine

Classi di età	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione			Gestione		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	0	0	0	0	0	0
15 - 19	0	0	1	0	0	85
20 - 29	1.894	355	1	568.994	422.956	160
30 - 39	19.441	5.087	66	589.014	472.376	1.125.399
40 - 49	96.783	31.870	2.282	788.848	518.616	1.689.040
50 - 54	257.857	88.539	7.573	1.283.569	661.573	2.317.624
55 - 59	923.192	182.640	18.805	997.472	644.807	2.387.482
60 - 64	1.507.840	457.409	37.411	959.530	576.892	2.290.408
65 - 69	1.562.963	595.982	39.666	891.286	566.094	1.822.146
70 - 79	2.077.379	860.803	54.804	828.850	559.379	1.326.475
oltre 80	1.055.769	585.810	35.268	802.151	556.333	799.244
Senza ind.	24.044	3.906	2.075	824.267	584.663	23.680
Totale	7.527.162	2.812.401	197.952	899.292	571.179	1.643.193

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Maschi - Anno: 1993 - Pensioni dirette													
Numero pensioni													
	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	0	0	111	1.107	5.390	26.755	57.823	97.684	98.396	121.870	63.729	325	473.190
V. D'Aosta	0	0	6	68	354	1.209	1.846	2.651	2.590	3.269	1.490	1	13.484
Lombardia	0	0	415	2.386	10.489	58.384	112.557	179.022	176.909	202.235	89.036	1.708	833.141
Liguria	0	0	31	334	2.225	8.894	18.411	36.216	40.635	57.489	29.429	115	193.779
Trentino A.A.	0	0	49	283	1.082	3.233	6.836	14.498	17.957	20.638	11.231	53	75.860
Veneto	0	0	166	1.078	4.929	18.115	37.827	75.632	91.160	107.361	48.205	234	384.707
Friuli V.G.	0	0	33	310	2.024	7.260	13.309	24.280	33.645	48.639	23.584	94	153.178
Emilia Rom.	0	0	205	1.315	5.294	19.641	42.499	81.775	98.280	132.641	64.749	288	446.687
Toscana	0	0	107	932	4.623	13.641	28.892	68.947	84.293	114.715	58.592	409	375.151
Umbria	0	0	18	237	1.223	3.807	7.079	17.229	21.526	28.384	12.754	414	92.671
Marche	0	0	82	583	2.441	5.308	11.684	29.544	37.715	49.802	23.065	245	160.469
Lazio	0	0	54	765	4.345	9.035	23.666	75.363	87.275	108.931	50.451	658	360.543
Abruzzo	0	0	33	365	1.945	3.228	7.951	23.289	30.545	41.694	20.823	365	130.238
Molise	0	0	6	129	491	826	2.027	7.270	9.406	13.292	6.793	42	40.282
Campania	0	0	54	1.193	7.743	14.256	29.615	77.708	87.156	102.478	45.199	449	365.851
Puglia	0	0	55	945	5.428	13.460	27.808	63.194	69.803	87.839	42.161	340	311.033
Basilicata	0	0	14	126	736	1.275	3.891	11.361	14.074	17.301	9.781	63	58.622
Calabria	0	0	35	605	2.867	4.051	9.744	31.874	40.845	55.475	27.591	384	173.471
Sicilia	0	0	72	1.280	7.528	14.312	33.262	81.632	95.043	125.917	66.777	1.127	426.950
Sardegna	0	0	40	691	3.473	5.538	12.059	25.479	27.927	36.380	20.664	116	132.367
TOTALE	0	0	1.586	14.732	74.630	232.228	488.786	1.024.648	1.165.180	1.476.350	716.104	7.430	5.201.674

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio
Sesso: Maschi - Anno: 1993 - Pensioni dirette

Importo medio mensile

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	0	0	550.144	613.507	997.270	1.532.165	1.508.404	1.320.578	1.131.801	1.024.998	914.218	562.206	1.179.345
V. D'Aosta	0	0	295.858	565.414	940.470	1.511.640	1.353.223	1.218.049	1.067.143	1.037.586	966.093	1.200	1.151.222
Lombardia	0	0	630.741	651.566	1.077.395	1.594.450	1.566.900	1.409.337	1.249.187	1.144.565	1.024.491	912.095	1.296.435
Liguria	0	0	716.753	655.573	1.241.723	1.812.217	1.657.900	1.417.020	1.203.614	1.062.578	988.292	593.550	1.239.074
Trentino A.A.	0	0	643.523	633.061	796.524	1.279.049	1.295.781	1.119.159	942.601	849.149	781.682	613.801	969.600
Veneto	0	0	593.905	594.579	893.561	1.318.805	1.320.780	1.134.156	935.421	881.142	811.641	730.371	998.014
Friuli V.G.	0	0	648.753	583.793	1.125.566	1.384.030	1.361.506	1.128.819	882.645	809.368	815.600	790.224	955.943
Emilia Rom.	0	0	587.955	627.479	896.643	1.292.839	1.324.492	1.182.076	1.006.939	922.492	817.402	553.540	1.026.326
Toscana	0	0	565.587	699.323	982.766	1.373.033	1.336.567	1.168.446	1.007.946	935.181	834.702	630.933	1.025.105
Umbria	0	0	572.333	610.503	739.638	1.368.418	1.121.280	975.040	861.439	823.790	762.139	611.890	892.152
Marche	0	0	506.896	546.013	647.100	852.906	918.988	851.470	757.495	724.170	692.583	599.537	767.222
Lazio	0	0	482.376	615.913	847.987	1.253.645	1.413.089	1.277.056	1.067.713	953.611	882.487	711.628	1.074.064
Abruzzo	0	0	615.390	551.607	606.703	710.332	798.294	777.855	672.039	653.804	643.134	571.097	687.548
Molise	0	0	367.133	518.964	551.604	596.169	663.956	619.514	535.983	543.871	583.329	559.029	569.454
Campania	0	0	554.063	553.312	726.955	1.057.562	1.017.828	923.422	817.394	769.274	724.365	667.065	837.527
Puglia	0	0	554.573	564.127	665.749	1.224.315	1.040.216	915.210	826.502	800.384	747.596	692.481	858.978
Basilicata	0	0	445.332	498.970	558.933	657.379	735.234	746.740	687.805	670.780	662.481	598.204	690.285
Calabria	0	0	458.509	492.296	570.217	669.299	725.086	716.303	672.387	643.879	650.192	628.686	673.787
Sicilia	0	0	538.316	532.726	606.961	838.030	918.793	854.973	770.327	732.388	699.638	633.174	775.297
Sardegna	0	0	560.938	541.625	674.198	932.674	999.565	924.898	858.704	835.931	763.733	675.405	859.536
TOTALE	0	0	582.423	596.101	836.457	1.335.300	1.368.498	1.130.658	968.939	895.356	820.729	701.266	1.003.779

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale											
		Sesso: Femmine - Anno: 1993 - Pensioni dirette																								
		Numero pensioni																								
		Classi di età													Senza ind.	oltre 80	70 - 79	65 - 69	60 - 64	55 - 59	50 - 54	40 - 49	30 - 39	20 - 29	15 - 19	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	0	0	52	721	4.321	14.079	69.992	99.518	98.908	147.023	106.978	905	542.497													
V. D'Aosta	0	0	2	49	232	432	1.355	2.255	2.309	3.397	2.011	11	12.053													
Lombardia	0	1	162	1.638	7.960	22.241	142.117	182.992	179.577	249.521	152.207	15.130	953.546													
Liguria	0	0	7	246	1.429	2.886	18.772	32.414	34.767	56.974	38.277	207	185.979													
Trentino A.A.	0	0	18	162	717	1.181	9.119	16.388	17.993	24.795	19.553	79	90.005													
Veneto	0	0	79	662	2.862	6.464	44.515	73.455	81.355	114.234	75.533	363	399.522													
Friuli V.G.	0	0	13	235	1.274	2.675	14.147	22.572	26.416	41.714	34.719	105	143.870													
Emilia Rom.	0	0	70	980	5.013	11.770	63.904	92.975	102.636	156.670	101.490	1.216	536.724													
Toscana	0	0	33	618	3.628	6.673	38.199	63.731	71.917	111.821	75.452	515	372.587													
Umbria	0	0	11	150	983	2.272	10.334	17.358	19.774	29.140	16.371	322	96.715													
Marche	0	0	53	462	2.178	4.429	18.484	31.580	34.554	52.287	32.893	267	177.187													
Lazio	0	0	22	550	3.839	7.192	40.892	66.889	72.854	103.775	55.849	1.066	352.928													
Abruzzo	0	0	19	237	1.555	2.913	10.449	22.744	25.409	39.589	24.219	168	127.302													
Molise	0	0	1	69	411	881	3.424	7.756	8.305	12.761	8.438	24	42.070													
Campania	0	0	31	905	5.656	10.102	39.036	67.948	71.035	98.082	54.162	416	347.373													
Puglia	0	0	35	681	4.645	8.389	38.479	56.574	55.680	79.050	45.453	756	289.742													
Basilicata	0	0	2	82	674	1.464	6.950	12.203	12.664	18.041	10.933	76	63.089													
Calabria	0	0	21	504	2.768	4.199	22.310	33.511	35.418	53.258	31.368	390	183.747													
Sicilia	0	0	21	560	3.787	7.408	30.377	54.525	61.038	95.221	56.362	435	309.734													
Sardegna	0	0	12	351	2.373	4.091	12.996	20.624	20.822	29.283	18.475	144	109.171													
TOTALE	0	1	664	9.862	56.305	121.741	635.851	978.012	1.033.431	1.516.636	960.743	22.595	5.335.841													

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio												Totale											
		Sesso: Femmine - Anno: 1993 - Pensioni dirette																							
		Importo medio mensile																							
		Classi di età												Senza ind.	oltre 80	70 - 79	65 - 69	60 - 64	55 - 59	50 - 54	40 - 49	30 - 39	20 - 29	15 - 19	Fino a 14
		15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80	Totale													
Piemonte	0	0	510.604	544.685	726.828	1.008.274	761.330	699.081	695.371	675.058	708.274	308.115	709.108												
V. D'Aosta	0	0	678.525	461.526	646.505	649.848	585.953	582.490	587.702	570.065	580.528	379.965	583.034												
Lombardia	0	85	466.433	554.514	746.629	1.109.851	764.387	721.804	720.415	703.377	733.386	849.741	735.873												
Liguria	0	0	330.743	506.311	657.470	825.374	661.124	626.281	625.197	611.203	628.306	519.905	628.434												
Trentino A.A.	0	0	516.692	567.669	580.094	700.848	645.600	603.745	594.623	572.105	581.749	668.855	593.728												
Veneto	0	0	473.125	541.452	588.931	777.989	668.191	628.127	630.541	620.764	635.157	695.717	634.337												
Friuli V.G.	0	0	638.454	546.529	624.415	780.441	670.446	622.050	606.930	594.859	614.303	688.307	617.172												
Emilia Rom.	0	0	475.533	547.811	595.077	800.629	728.403	677.030	682.672	643.378	621.811	471.143	665.177												
Toscana	0	0	370.900	508.804	569.840	714.133	667.315	632.413	631.642	606.702	607.289	519.563	623.514												
Umbria	0	0	471.341	519.260	575.137	714.630	651.243	616.229	608.529	591.229	599.485	607.825	609.729												
Marche	0	0	423.303	482.740	524.144	581.453	600.357	585.379	588.242	578.488	579.730	594.265	583.262												
Lazio	0	0	297.038	508.964	620.511	711.915	707.112	658.110	662.430	637.179	641.884	672.583	656.313												
Abruzzo	0	0	380.294	461.518	542.139	576.652	582.607	569.368	569.969	567.673	571.109	545.811	569.952												
Molise	0	0	406.450	449.614	501.246	552.194	576.591	564.219	559.851	567.109	573.574	530.577	566.038												
Campania	0	0	475.706	497.578	547.453	610.678	620.546	600.733	610.448	602.817	603.419	622.350	605.121												
Puglia	0	0	421.844	518.160	581.585	675.857	703.782	664.691	674.259	630.550	595.810	610.569	650.077												
Basilicata	0	0	343.575	478.911	521.507	540.728	592.814	579.128	582.749	570.120	560.850	612.106	574.015												
Calabria	0	0	481.495	490.129	544.291	574.732	650.590	610.407	614.654	593.808	579.992	597.356	603.918												
Sicilia	0	0	448.840	496.005	550.214	661.049	628.191	598.408	602.976	586.863	583.041	599.208	595.153												
Sardegna	0	0	524.279	512.162	535.581	571.541	607.144	489.467	592.595	580.658	578.072	569.107	586.146												
TOTALE	0	85	457.987	521.855	600.271	760.724	698.272	662.195	651.925	631.096	638.312	749.772	652.125												

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Senza ind.	Totale	
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1993 - Pensioni dirette															
		Numero pensioni															
		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	80 - 89	90 - 99	100 e oltre	101 e oltre	102 e oltre			
Piemonte	0	0	163	1.828	9.711	40.834	127.815	197.202	197.304	268.893	170.707	1.230	1.015.687				
V. D'Aosta	0	0	8	117	586	1.641	3.201	4.906	4.899	6.666	3.501	12	25.537				
Lombardia	0	1	577	4.024	18.449	80.625	254.674	362.014	356.486	451.756	241.243	16.838	1.786.687				
Liguria	0	0	38	580	3.654	11.780	37.183	68.630	75.402	114.463	67.706	322	379.758				
Trentino A.A.	0	0	67	445	1.799	4.414	15.955	30.886	35.950	45.433	30.784	132	165.865				
Veneto	0	0	245	1.740	7.791	24.579	82.342	149.087	172.515	221.595	123.738	597	784.229				
Friuli V.G.	0	0	46	545	3.298	9.935	27.456	46.852	60.061	90.353	58.303	199	297.048				
Emilia Rom.	0	0	275	2.295	10.307	31.411	106.403	174.750	200.916	289.311	166.239	1.504	983.411				
Toscana	0	0	140	1.550	8.251	20.314	67.091	132.678	156.210	226.536	134.044	924	747.738				
Umbria	0	0	29	387	2.206	6.079	17.413	34.587	41.300	57.524	29.125	736	189.386				
Marche	0	0	135	1.045	4.619	9.737	30.168	61.124	72.269	102.089	55.958	512	337.656				
Lazio	0	0	76	1.315	8.184	16.227	64.558	142.252	160.129	212.706	106.300	1.724	713.471				
Abruzzo	0	0	52	602	3.500	6.141	18.400	46.033	55.954	81.283	45.042	533	257.540				
Molise	0	0	7	198	902	1.707	5.451	15.026	17.711	26.053	15.231	66	82.352				
Campania	0	0	85	2.098	13.399	24.358	68.651	145.656	158.191	200.560	99.361	865	713.224				
Puglia	0	0	90	1.626	10.073	21.849	66.287	119.768	125.483	166.889	87.614	1.096	600.775				
Basilicata	0	0	16	208	1.410	2.739	10.841	23.564	26.738	35.342	20.714	139	121.711				
Calabria	0	0	56	1.109	5.635	8.250	32.054	65.385	76.263	108.733	58.959	774	357.218				
Sicilia	0	0	93	1.840	11.315	21.720	63.639	136.157	156.081	221.138	123.139	1.562	736.684				
Sardegna	0	0	52	1.042	5.846	9.629	25.055	46.103	48.749	65.663	39.139	260	241.538				
TOTALE	0	1	2.250	24.594	130.935	355.969	1.124.637	2.002.660	2.198.611	2.992.986	1.676.847	30.025	10.537.515				

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio														Totale
Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1993 - Pensioni dirette														
Importo medio mensile														
	Classi di età													Senza ind.
	Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80			
Piemonte	0	0	537.530	586.362	876.934	1.351.534	1.099.303	1.006.940	913.019	833.661	785.158	375.253	928.183	
V. D'Aosta	0	0	391.525	521.905	824.088	1.284.769	1.028.434	925.920	841.173	799.337	744.622	348.402	883.047	
Lombardia	0	85	584.610	612.060	934.682	1.460.770	1.119.070	1.061.800	982.822	900.881	840.825	856.066	997.266	
Liguria	0	0	645.646	592.265	1.013.234	1.570.448	1.154.520	1.043.553	936.912	837.906	784.777	546.207	940.025	
Trentino A.A.	0	0	609.449	609.255	710.265	1.124.347	924.173	845.682	768.438	697.953	654.691	646.750	765.637	
Veneto	0	0	554.959	574.366	781.656	1.176.577	967.983	884.836	791.645	746.915	703.910	709.300	812.740	
Friuli V.G.	0	0	645.842	567.725	931.974	1.221.515	1.005.430	884.672	761.380	710.334	695.730	736.449	791.865	
Emilia Rom.	0	0	559.338	593.460	749.971	1.108.403	966.490	913.369	841.291	771.344	697.992	486.921	829.219	
Toscana	0	0	519.696	623.361	801.201	1.156.589	955.549	910.967	834.701	773.040	706.694	568.860	824.998	
Umbria	0	0	534.025	575.138	666.336	1.086.492	842.321	794.965	740.348	705.981	670.712	610.111	747.925	
Marche	0	0	474.078	518.039	589.122	729.432	723.750	713.993	676.570	649.556	626.246	596.788	670.688	
Lazio	0	0	428.726	571.157	741.281	1.013.544	915.913	986.018	883.321	799.230	756.077	662.752	867.418	
Abruzzo	0	0	529.490	516.140	578.018	646.926	675.809	674.846	625.688	611.854	604.406	563.127	629.420	
Molise	0	0	372.750	494.796	528.658	573.473	609.078	590.971	547.175	555.253	577.925	548.683	577.709	
Campania	0	0	525.486	529.288	651.183	872.226	791.915	772.869	724.466	687.870	658.437	645.559	724.335	
Puglia	0	0	502.956	544.875	626.918	1.013.773	844.917	796.874	738.948	719.939	668.851	635.979	758.229	
Basilicata	0	0	432.612	491.062	541.043	595.029	643.931	659.939	538.047	619.396	608.839	605.805	630.016	
Calabria	0	0	467.129	491.311	557.482	621.167	673.418	676.654	645.574	619.354	612.843	612.900	637.847	
Sicilia	0	0	518.112	521.550	587.928	757.204	771.643	752.230	704.862	669.726	646.270	623.715	698.398	
Sardegna	0	0	552.478	531.701	624.631	779.157	795.982	774.844	745.213	722.090	676.095	616.552	735.969	
TOTALE	0	85	545.700	566.329	738.767	1.150.112	963.443	896.997	819.430	760.461	716.214	737.769	825.696	

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio 1993
Maschi e Femmine

Classi di età	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione			Gestione		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	2 645	780	37	603 165	558 034	908 981
15 - 19	5 083	1 414	119	594 163	519 441	989.189
20 - 29	7.146	2 047	211	604 456	507 767	1.095.010
30 - 39	20.676	6 290	611	654.988	554 784	1.070.552
40 - 49	80 141	26 291	2 896	684 004	538 251	1.220 953
50 - 54	97.746	31 262	3 406	672 588	506 624	1 236 047
55 - 59	167 229	49 277	5 557	646 873	472 947	1 220 602
60 - 64	275 343	73 097	8 822	632 342	342 024	1 204 769
65 - 69	392 072	102.884	11.841	609 978	259 100	1.172 434
70 - 79	854.345	239 077	24 414	575 975	184 715	1 125.523
oltre 80	747.025	223 861	22 241	544 594	155 403	1 051.667
Senza ind.	35.245	252	15	652 976	364 043	952.591
Totale	2 684 696	756 532	80 170	590 905	250 740	1 134.582

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio												Totale		
		Sesso: Maschi - Anno: 1993 - Pensioni indirette														
		Numero pensioni														
		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	80	Senza ind.			
Piemonte	166	292	266	308	1.215	1.473	2.371	3.611	4.659	10.783	12.868	6	38.018			
V. D'Aosta	13	10	7	9	32	41	61	85	114	255	228	0	855			
Lombardia	297	616	687	648	2.776	3.073	4.473	6.447	8.615	17.787	18.920	17	64.356			
Liguria	52	114	99	113	399	509	732	1.139	1.506	3.932	4.151	6	12.752			
Trentino A.A.	55	77	60	76	318	284	379	614	809	1.451	1.813	1	5.937			
Veneto	154	301	254	335	1.207*	1.268	1.778	2.510	3.550	7.600	7.935	25	26.917			
Friuli V.G.	47	93	79	88	379	411	635	838	1.257	2.678	3.308	4	9.815			
Emilia Rom.	136	260	204	297	1.274	1.465	2.245	3.539	5.200	12.070	14.182	11	40.831			
Toscana	75	171	189	199	921	945	1.415	2.239	3.256	7.919	9.470	7	26.806			
Umbria	12	24	46	63	165	225	326	580	904	2.152	1.991	3	6.191			
Marche	41	68	73	87	401	399	570	937	1.481	3.560	4.504	2	12.123			
Lazio	124	224	299	259	989	1.004	1.469	2.270	3.420	7.688	7.803	16	25.565			
Abruzzo	33	59	83	71	263	287	433	682	1.166	2.886	3.652	4	9.619			
Molise	7	17	11	12	58	72	162	269	455	1.123	1.589	0	3.755			
Campania	168	362	349	420	1.387	1.162	1.962	3.076	4.158	8.929	8.929	10	30.872			
Puglia	102	180	219	319	876	775	1.255	2.614	2.953	7.460	9.409	6	25.573			
Basilicata	13	25	24	33	147	126	291	417	690	1.612	2.438	1	5.817			
Calabria	74	101	192	151	458	492	749	1.179	1.728	4.463	6.040	9	15.636			
Sicilia	114	210	280	557	1.017	851	1.190	1.759	2.634	7.210	9.627	7	25.266			
Sardegna	65	131	140	167	459	358	512	608	841	2.074	2.885	1	8.274			
TOTALE	1.748	3.335	3.561	3.992	14.604	16.211	23.101	34.613	47.558	115.632	115.632	136	595.278			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale											
		Scso: Maschi - Anno: 1993 - Pensioni indirette																								
		Importo medio mensile																								
		Classi di età													Senza ind.	oltre 80	70 - 79	65 - 69	60 - 64	55 - 59	50 - 54	40 - 49	30 - 39	20 - 29	15 - 19	Fino a 14
		30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80	Senza ind.	Totale															
Piemonte		607.020	601.230	571.885	604.356	589.261	527.475	456.274	412.886	331.340	284.611	259.304	398.987	332.265												
V. D'Aosta		549.632	694.005	812.005	743.067	541.780	442.370	411.956	386.549	318.631	246.435	209.174	0	312.016												
Lombardia		613.024	597.526	617.953	574.623	597.904	542.049	475.373	415.426	354.766	307.852	295.190	451.138	366.739												
Liguria		588.763	611.109	636.916	641.400	586.837	521.512	457.816	393.883	316.511	251.754	227.131	432.766	308.276												
Trentino A.A.		594.938	539.603	487.899	568.128	532.075	491.680	440.159	382.978	288.147	241.695	182.882	17.000	298.623												
Veneto		598.786	562.588	562.163	571.421	563.165	506.645	462.185	423.016	343.013	261.407	216.267	565.457	324.556												
Friuli V.G.		600.670	551.279	573.981	583.280	565.225	485.734	451.139	381.477	317.181	245.087	195.969	124.725	295.372												
Emilia Rom.		576.769	606.908	588.853	591.295	572.553	496.412	446.867	407.067	354.833	288.405	232.717	374.309	319.210												
Toscana		593.870	577.569	605.064	588.749	559.172	518.049	435.161	395.370	328.483	255.901	203.227	355.621	294.838												
Umbria		573.090	582.231	621.101	602.546	605.874	502.084	457.026	395.881	289.307	219.232	158.995	471.833	266.557												
Marche		565.151	504.236	583.966	532.303	552.260	506.835	442.717	378.037	299.440	216.062	149.336	297.550	252.620												
Lazio		640.417	607.752	671.811	595.804	632.639	569.820	491.634	419.363	332.479	242.067	196.657	344.090	312.176												
Abruzzo		580.649	548.675	563.432	569.242	555.731	533.253	466.203	377.364	251.064	156.995	117.057	333.225	215.386												
Molise		598.508	582.741	542.081	593.587	589.927	523.910	449.265	388.876	228.139	143.673	123.759	0	195.405												
Campania		569.414	578.196	585.241	574.071	605.815	564.425	532.106	443.526	316.889	229.301	180.216	229.709	311.390												
Puglia		580.761	573.053	566.843	575.216	573.939	563.437	530.749	468.342	386.330	318.448	269.629	283.467	354.966												
Basilicata		577.750	509.514	574.357	570.533	572.647	547.475	484.264	404.757	279.180	200.953	161.350	27.950	245.091												
Calabria		578.616	549.305	565.520	562.689	574.203	538.695	522.818	445.446	343.985	264.833	205.817	133.694	304.316												
Sicilia		594.007	578.519	578.775	579.866	590.838	571.108	528.549	437.863	345.392	229.558	174.544	317.786	288.661												
Sardegna		609.455	568.349	605.733	570.585	566.953	542.710	491.612	435.081	333.214	226.820	182.168	506.050	308.432												
TOTALE		596.699	582.385	595.253	581.562	584.299	532.831	477.407	417.322	335.124	262.863	219.895	372.996	316.426												

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Femmine - Anno: 1993 - Pensioni indirette													
Numero pensioni													
	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	171	321	451	1.849	8.052	10.410	17.770	29.125	40.013	90.267	84.352	3.140	285.921
V. D'Aosta	2	11	17	67	266	348	554	883	1.122	2.488	2.036	23	7.817
Loeardia	318	542	1.066	3.913	16.575	23.049	38.699	62.297	85.000	177.958	148.036	8.258	565.711
Liguria	52	106	158	574	2.642	3.845	6.534	11.436	16.766	42.439	39.117	1.894	125.563
Trentino A.A.	54	69	110	472	1.687	2.125	3.386	5.393	8.038	16.393	14.576	313	52.616
Veneto	147	304	444	1.882	8.130*	10.544	17.692	28.102	40.501	80.941	67.192	2.466	258.345
Friuli V.G.	41	92	145	595	2.556	3.305	5.623	9.861	16.663	36.470	33.034	946	109.311
Emilia Rom.	120	222	362	1.645	6.695	8.492	14.642	24.323	36.436	86.412	79.101	1.897	260.347
Toscana	108	162	311	1.274	5.208	6.862	11.745	20.161	30.264	75.340	69.663	3.079	222.177
Umbria	9	27	80	307	1.266	1.594	2.925	4.736	7.378	16.563	13.046	603	48.534
Marche	24	65	103	514	2.196	2.919	5.063	8.180	12.124	27.905	24.377	588	84.058
Lazio	115	239	506	1.765	7.104	8.655	14.750	23.605	33.181	72.077	57.607	3.344	222.928
Abruzzo	35	64	120	531	2.093	2.319	4.325	6.695	9.772	21.551	18.232	713	66.390
Molise	5	18	44	175	585	628	1.251	1.870	2.690	6.164	5.447	77	18.954
Campania	197	366	513	2.288	8.691	9.197	15.633	24.897	32.702	65.684	47.639	1.877	209.684
Puglia	85	183	340	1.520	5.801	6.200	10.512	16.902	23.193	52.058	45.704	1.488	163.986
Basilicata	17	37	52	273	972	1.111	2.018	3.066	4.128	8.932	8.286	213	29.105
Calabria	57	110	298	1.039	3.342	3.561	6.264	9.695	13.417	28.660	23.707	821	90.971
Sicilia	115	201	513	2.136	8.344	8.896	14.840	23.412	33.707	76.136	60.872	2.883	231.855
Sardegna	42	142	210	766	2.739	3.134	5.865	7.740	10.344	21.966	19.361	755	71.847
TOTALE	1.714	3.281	5.843	23.585	104.664	117.551	197.055	322.379	457.459	1.004.204	861.385	35.376	3.126.120

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
	Sesso: Femmine - Anno: 1993 - Pensioni indirette													
	Importo medio mensile													
	Classi di età													Senza ind.
	Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80			
Piemonte	605 470	602 852	598 894	687 102	716 921	707 031	692 717	656 425	618 811	564 031	534 486	681 940	592 117	
V. D'Aosta	794 100	605 654	539 970	614 490	679 825	675 011	687 902	691 268	714 011	672 808	673 160	870 932	682 036	
Lombardia	616 514	614 847	602 061	681 049	743 104	731 871	717 968	705 363	688 396	644 861	601 264	644 127	658 195	
Liguria	613 651	622 373	614 974	696 164	754 985	735 654	722 855	704 573	687 330	649 588	641 174	786 700	667 880	
Trentino A.A.	601 572	550 713	532 599	632 195	636 166	617 280	603 260	553 086	520 047	488 182	436 752	589 185	504 842	
Veneto	604 656	559 953	584 646	648 482	652 368	638 200	619 108	579 670	553 745	516 809	498 269	661 508	543 393	
Friuli V.G.	564 710	627 289	571 298	643 937	652 750	633 970	620 522	582 280	556 226	540 345	528 122	643 327	553 997	
Emilia Rom.	609 052	573 706	585 350	637 353	669 707	654 109	623 263	595 023	555 741	495 310	454 344	569 493	519 179	
Toscana	567 777	600 650	607 277	671 933	675 680	653 500	637 303	610 891	580 849	534 226	515 604	674 823	557 049	
Umbria	513 333	579 746	597 955	667 228	650 905	614 433	574 790	528 501	499 327	450 194	444 684	622 876	485 807	
Marche	550 433	580 521	519 352	647 800	621 448	577 550	541 582	486 528	463 089	400 918	370 492	656 306	433 384	
Lazio	595 499	591 538	647 996	694 552	731 454	710 787	685 980	636 422	603 821	561 797	546 300	697 760	594 681	
Abruzzo	574 089	577 616	526 066	627 264	597 712	555 668	533 098	457 656	425 800	379 506	373 262	619 004	420 439	
Molise	591 520	482 111	530 271	597 182	539 036	530 737	487 805	385 302	332 442	304 767	290 635	597 928	344 036	
Campania	593 382	586 717	606 853	636 077	655 927	640 440	605 201	558 924	518 580	482 191	466 253	629 317	520 257	
Puglia	580 957	573 418	588 470	628 543	631 970	614 940	578 731	537 110	512 801	471 574	446 571	598 044	498 170	
Basilicata	624 117	594 175	591 412	590 566	604 730	581 881	525 054	465 206	399 736	340 490	314 763	558 174	390 418	
Calabria	581 844	565 782	566 322	587 734	584 618	574 450	540 470	490 694	456 424	415 052	371 485	584 418	443 249	
Sicilia	589 969	575 178	589 550	617 012	619 488	606 958	581 419	545 001	510 168	470 384	461 342	622 513	502 569	
Sardegna	523 053	564 562	576 969	626 830	645 177	634 521	602 974	571 794	545 319	516 941	492 181	623 899	538 653	
TOTALE	595 825	588 261	593 907	651 450	675 399	662 843	639 421	605 446	575 278	531 617	506 202	652 121	557 233	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio												
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1993 - Pensioni indirette												
		Numero pensioni												
		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	337	613	717	2.157	9.267	11.883	20.141	32.736	44.672	101.050	97.220	3.146	323.939	
V. D'Aosta	15	21	24	76	298	389	615	968	1.236	2.743	2.264	23	8.672	
Lombardia	615	1.158	1.753	4.561	19.351	26.122	43.172	68.744	93.615	195.745	166.956	8.275	630.067	
Liguria	104	220	257	687	3.041	4.354	7.266	12.575	18.272	46.371	43.268	1.900	138.315	
Trentino A.A.	109	146	170	548	2.005	2.409	3.765	6.007	8.847	17.844	16.380	314	58.553	
Veneto	301	605	698	2.217	9.337	11.812	19.470	30.612	44.051	88.541	75.127	2.491	285.262	
Friuli V.G.	88	185	224	683	2.915	3.716	6.256	10.699	17.920	39.148	36.342	950	119.126	
Emilia Rom.	256	482	566	1.942	7.919	9.957	16.885	27.862	41.636	98.482	93.283	1.908	301.178	
Toscana	183	333	500	1.473	6.129	7.807	13.160	22.400	33.520	81.259	79.133	3.086	248.983	
Umbria	21	51	126	370	1.431	1.819	3.251	5.316	8.282	18.715	15.037	606	55.025	
Marche	65	133	176	601	2.597	3.318	5.673	9.117	13.605	31.465	28.881	590	96.181	
Lazio	239	463	805	2.024	8.093	9.659	16.199	25.875	36.601	79.765	65.410	3.360	248.493	
Abruzzo	68	123	203	602	2.296	2.606	4.758	7.377	10.938	24.437	21.884	717	76.009	
Molise	12	35	55	187	643	700	1.415	2.139	3.125	7.287	7.036	77	22.709	
Campania	365	728	862	2.708	10.078	10.359	17.595	27.953	36.840	74.613	56.568	1.887	240.556	
Puglia	187	363	559	1.839	6.679	6.975	11.770	18.916	26.146	59.518	55.113	1.494	189.559	
Basilicata	30	62	76	308	1.119	1.237	2.309	3.483	4.818	10.544	10.724	214	54.922	
Calabria	131	211	490	1.190	3.800	4.053	7.613	10.874	15.145	33.123	29.747	830	106.607	
Sicilia	229	411	793	2.473	9.161	9.747	16.630	25.201	36.341	81.346	70.499	2.890	257.121	
Sardegna	107	273	350	933	3.109	3.492	5.362	8.408	11.187	23.840	22.246	754	80.121	
TOTALE	3.462	6.616	9.404	27.577	159.318	172.414	222.063	357.262	506.797	1.117.836	993.127	25.512	5.521.398	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1993 - Pensioni indirette													
Importo medio mensile													
	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	606.234	602.079	588.874	675.287	700.183	684.773	664.883	629.561	588.830	534.214	498.063	681.401	561.620
V. D'Aosta	582.228	647.726	619.314	629.716	665.001	650.491	660.532	664.511	677.544	633.171	626.434	870.932	645.555
Lombardia	614.828	605.633	608.289	665.928	722.275	709.541	692.833	678.172	657.693	614.238	566.579	643.731	628.425
Liguria	601.207	616.537	623.427	687.156	732.923	710.620	696.154	676.432	656.767	615.854	601.452	785.583	634.726
Trentino A.A.	598.225	544.853	516.822	623.310	619.657	598.944	586.842	535.699	498.841	468.139	408.668	587.363	483.932
Veneto	601.653	561.264	576.464	636.837	640.836	624.078	604.778	566.779	536.762	494.886	468.483	660.544	522.744
Friuli V.G.	583.916	589.079	572.244	636.122	641.370	617.574	603.383	566.560	539.458	520.147	497.888	641.144	532.688
Emilia Rom.	591.902	591.616	586.612	630.310	654.690	630.906	599.831	571.149	530.649	469.952	420.649	568.368	492.069
Toscana	578.471	588.797	606.440	660.695	658.172	637.104	615.568	589.348	556.335	507.102	478.222	674.099	528.819
Umbria	547.480	580.916	606.405	656.215	645.713	600.536	562.981	514.031	476.402	423.636	406.857	622.128	459.943
Marche	559.716	541.518	546.152	631.158	610.765	569.046	531.578	475.378	445.275	380.003	336.003	655.090	410.600
Lazio	618.804	599.382	656.841	681.916	719.378	696.134	668.355	617.379	578.467	530.981	504.590	696.076	565.617
Abruzzo	577.273	563.733	541.344	620.421	592.903	553.200	527.010	450.233	407.173	353.227	330.506	617.410	394.490
Molise	595.596	530.988	532.633	596.952	543.626	530.035	483.386	385.751	317.923	279.941	252.948	597.928	319.459
Campania	582.350	582.480*	598.103	626.460	648.755	631.914	597.051	546.308	495.925	451.928	421.103	627.199	493.452
Puglia	585.759	573.237	579.997	619.293	624.342	609.217	573.602	529.788	498.517	452.381	416.363	596.780	478.851
Basilicata	604.025	560.037	586.026	588.406	600.516	578.376	519.913	457.969	382.471	319.157	279.886	555.696	366.210
Calabria	580.021	557.895	566.008	584.556	583.614	570.109	538.584	485.788	443.595	394.812	337.847	579.531	422.872
Sicilia	591.979	576.886	585.745	611.950	616.307	603.828	577.494	537.396	498.225	449.551	422.178	621.774	481.549
Sardegna	575.540	566.379	588.475	616.763	634.519	625.108	592.340	560.933	529.336	491.701	451.977	623.743	514.878
TOTALE	596.266	585.299	594.417	641.341	663.177	647.899	622.636	587.078	551.889	504.297	468.223	651.052	530.202

**Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio 1994
Maschi e Femmine .**

Classi di età	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione			Gestione		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	0	0	0	0	0	0
15 - 19	0	0	1	0	0	85
20 - 29	1.774	364	2	596.485	479.169	568.690
30 - 39	18.607	4.904	61	626.307	497.151	1.141.173
40 - 49	92.830	28.845	2.606	848.458	546.808	1.857.096
50 - 54	231.183	103.638	7.118	1.364.121	732.231	2.418.107
55 - 59	910.106	212.721	19.818	1.050.703	718.605	2.536.188
60 - 64	1.493.584	478.324	38.136	1.011.332	622.817	2.470.924
65 - 69	1.545.200	601.497	40.586	939.906	600.759	2.008.180
70 - 79	2.124.134	861.985	55.141	864.944	583.532	1.523.452
oltre 80	1.115.551	606.472	36.078	830.835	573.837	922.385
Senza ind.	18.119	2.668	1.866	860.147	606.018	37.245
Totale	7.551.088	2.901.418	201.413	941.006	606.264	1.814.539

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio											oltre 80	Senza ind.	Totale
		Sesso: Maschi - Anno: 1994 - Pensioni dirette													
		Numero pensioni													
		Classi di età													
		Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79				
Piemonte	0	0	0	93	1.082	5.258	26.851	60.501	99.780	99.518	123.461	65.419	253	482.216	
V. D'Aosta	0	0	4	68	388	1.126	1.833	2.656	2.641	3.338	1.539	0	13.593		
Lombardia	0	0	406	2.431	10.918	54.851	115.787	181.888	179.136	207.172	93.336	1.284	847.209		
Liguria	0	0	27	326	2.262	8.219	18.486	35.796	40.615	57.567	30.457	84	193.839		
Trentino A.A.	0	0	42	287	1.036	3.447	7.477	15.016	17.924	21.193	11.748	41	78.211		
Veneto	0	0	156	1.088	4.691	19.588	41.838	78.346	91.505	109.913	50.360	169	397.654		
Friuli V.G.	0	0	26	308	1.775	6.754	13.654	24.235	31.055	49.471	24.143	77	151.498		
Emilia Rom.	0	0	200	1.339	4.978	21.490	47.013	84.659	97.776	134.338	68.236	173	460.202		
Toscana	0	0	97	931	4.525	13.344	30.324	68.796	83.743	115.995	60.425	286	378.466		
Umbria	0	0	25	231	1.185	3.760	7.524	17.600	21.324	28.883	13.397	273	94.202		
Marche	0	0	64	561	2.275	5.889	12.799	31.614	37.987	51.690	24.397	162	167.438		
Lazio	0	0	56	774	4.264	8.721	22.667	75.753	87.620	111.339	53.012	489	364.695		
Abruzzo	0	0	31	388	1.952	3.291	7.753	23.701	30.375	42.343	21.348	272	131.454		
Molise	0	0	5	111	471	736	1.846	7.172	9.106	13.369	7.075	23	39.914		
Campania	0	0	61	1.147	7.456	13.578	27.611	77.118	88.206	104.692	47.662	260	367.791		
Puglia	0	0	75	904	5.214	12.008	26.303	63.647	70.391	88.989	44.300	268	312.099		
Basilicata	0	0	13	130	715	1.275	3.544	11.298	14.135	17.583	9.976	49	58.718		
Calabria	0	0	25	564	2.727	3.736	8.854	32.090	40.243	56.236	29.343	293	174.111		
Sicilia	0	0	72	1.239	7.098	12.754	30.773	80.777	95.516	126.057	69.743	821	424.850		
Sardegna	0	0	30	619	3.168	5.346	11.147	25.528	28.248	36.707	21.207	71	132.071		
TOTALE	0	0	1.508	14.528	72.356	226.764	497.734	1.037.470	1.167.064	1.500.336	747.123	5.348	5.270.231		

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
	Sesso: Maschi - Anno: 1994 - Pensioni dirette													
	Importo medio mensile													
	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	0	0	635.955	660.098	1.093.329	1.598.142	1.599.372	1.392.663	1.202.911	1.087.280	960.222	546.893	1.248.529	
V. D'Aosta	0	0	268.325	613.876	1.136.899	1.569.736	1.436.389	1.283.829	1.126.428	1.086.298	1.023.512	0	1.211.679	
Lombardia	0	0	633.012	710.428	1.200.270	1.669.569	1.659.907	1.487.771	1.325.277	1.216.966	1.075.267	936.248	1.369.861	
Liguria	0	0	717.387	694.396	1.342.748	1.881.304	1.771.592	1.496.345	1.283.553	1.123.860	1.035.222	642.583	1.307.636	
Trentino A.A.	0	0	640.296	674.702	832.384	1.272.089	1.332.453	1.173.602	1.000.939	905.998	817.396	612.319	1.020.609	
Veneto	0	0	586.374	643.637	955.654	1.313.031	1.360.350	1.190.149	997.999	930.849	851.545	765.162	1.050.661	
Friuli V.G.	0	0	707.661	641.572	1.138.301	1.439.145	1.453.399	1.203.378	955.239	842.006	845.749	801.025	1.008.366	
Emilia Rom.	0	0	645.786	668.282	970.133	1.316.123	1.363.004	1.247.519	1.078.924	981.237	857.523	568.463	1.085.941	
Toscana	0	0	623.297	694.868	1.040.232	1.406.778	1.401.770	1.242.026	1.075.758	994.567	878.886	665.865	1.085.670	
Umbria	0	0	700.388	645.283	849.851	1.313.188	1.187.109	1.040.241	919.136	869.267	796.425	626.683	943.704	
Marche	0	0	531.732	584.975	591.498	908.923	955.671	872.872	793.806	753.519	719.276	610.174	799.489	
Lazio	0	0	454.826	667.197	938.928	1.305.322	1.494.472	1.367.833	1.147.017	1.010.233	926.348	751.583	1.140.341	
Abruzzo	0	0	631.121	382.145	653.089	765.012	841.790	828.765	714.407	679.342	670.501	587.890	723.798	
Molise	0	0	641.360	546.617	591.991	661.266	737.962	649.851	566.990	559.676	601.710	552.120	593.636	
Campania	0	0	590.538	597.348	777.966	1.108.580	1.091.922	975.327	864.731	806.197	754.645	733.971	880.320	
Puglia	0	0	539.312	588.184	717.678	1.241.256	1.127.983	963.946	869.695	839.879	783.752	683.117	900.686	
Basilicata	0	0	534.838	541.115	605.120	786.203	796.557	782.270	717.095	700.497	691.116	624.818	724.798	
Calabria	0	0	537.168	509.784	592.731	704.625	768.650	787.360	708.353	667.306	673.416	652.776	704.212	
Sicilia	0	0	580.607	558.569	657.111	887.369	965.369	900.913	809.344	767.550	730.186	651.184	811.050	
Sardegna	0	0	645.372	568.742	724.947	999.557	1.064.779	992.194	905.466	883.557	805.225	740.440	916.810	
TOTALE	0	0	610.592	636.131	909.140	1.482.633	1.326.474	1.195.471	1.030.283	943.763	859.365	727.824	1.059.912	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Femmine - Anno: 1994 - Pensioni dirette													
Numero pensioni													
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	0	0	39	632	3.920	13.236	72.608	98.924	98.583	147.984	110.502	728	547.156
V. D'Aosta	0	0	1	46	197	393	1.380	2.241	2.356	3.417	2.126	8	12.165
Lombardia	0	1	150	1.551	7.931	20.303	145.091	183.395	178.606	254.544	163.093	11.367	966.032
Liguria	0	0	9	216	1.291	2.763	19.194	32.121	34.002	57.472	39.966	157	187.191
Trentino A.A.	0	0	17	150	656	1.343	9.874	16.317	17.534	25.334	20.523	63	91.811
Veneto	0	0	80	597	2.687	7.166	47.356	72.805	79.966	116.547	79.186	303	406.693
Friuli V.G.	0	0	13	209	1.159	2.469	14.425	22.201	25.473	41.968	35.217	80	143.214
Emilia Rom.	0	0	68	923	4.535	11.750	65.772	92.161	100.477	158.804	107.519	884	542.893
Toscana	0	0	36	564	3.376	6.346	39.529	62.882	70.260	113.459	77.986	394	374.832
Umbria	0	0	9	154	874	2.296	10.692	17.283	19.208	29.994	17.406	246	98.162
Marche	0	0	50	409	1.975	4.868	19.600	31.594	34.244	53.315	34.544	183	180.782
Lazio	0	0	22	513	3.522	6.764	40.862	66.845	71.580	106.524	59.687	943	357.262
Abruzzo	0	0	17	221	1.459	3.010	10.536	22.586	25.135	40.006	25.256	138	128.364
Molise	0	0	1	64	361	788	3.152	7.604	8.229	12.871	8.835	16	41.921
Campania	0	0	37	796	5.191	9.117	37.592	67.215	70.539	100.437	57.327	285	348.536
Puglia	0	0	27	624	4.152	7.474	37.756	56.383	55.563	80.676	48.083	654	291.392
Basilicata	0	0	0	72	611	1.245	6.553	12.204	12.422	18.472	11.309	65	62.953
Calabria	0	0	16	501	2.532	3.745	21.385	33.664	34.812	53.993	33.535	336	184.519
Sicilia	0	0	30	524	3.437	6.415	28.861	53.518	60.236	95.117	59.673	362	308.173
Sardegna	0	0	10	278	2.059	3.684	12.693	20.631	20.994	29.990	19.205	93	109.637
TOTALE	0	1	632	9.044	51.925	115.175	644.911	972.574	1.020.219	1.540.924	1.010.978	17.305	5.383.688

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Senza ind.	Totale
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1994 - Pensioni dirette														
		Numero pensioni														
		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				
Piemonte	0	0	132	1.714	9.178	40.087	133.109	198.704	198.101	271.445	175.921	981	1.029.372			
V. D'Aosta	0	0	5	114	585	1.519	3.213	4.897	4.997	6.755	3.665	8	25.758			
Lombardia	0	1	556	3.982	18.849	75.154	260.878	365.283	357.742	461.716	256.429	12.651	1.813.241			
Liguria	0	0	36	542	3.553	10.982	37.680	67.917	74.617	115.039	70.423	241	381.030			
Trentino A.A.	0	0	59	437	1.692	4.790	17.351	31.333	35.458	46.527	32.271	104	170.022			
Veneto	0	0	236	1.685	7.378	26.754	89.194	151.151	171.471	226.460	129.546	472	804.347			
Friuli V.G.	0	0	39	517	2.934	9.223	28.079	46.436	56.528	91.439	59.360	157	294.712			
Emilia Rom.	0	0	268	2.262	9.513	33.240	112.785	176.820	198.253	293.142	175.755	1.057	1.003.095			
Toscana	0	0	133	1.495	7.901	19.690	69.853	131.678	154.003	229.454	138.411	680	753.298			
Umbria	0	0	34	385	2.059	6.056	18.216	34.883	40.532	58.877	30.803	519	192.364			
Marche	0	0	114	970	4.250	10.757	32.399	63.208	72.231	105.005	58.941	345	348.220			
Lazio	0	0	78	1.287	7.786	15.485	63.529	142.598	159.200	217.863	112.699	1.432	721.957			
Abruzzo	0	0	48	609	3.411	6.301	18.289	46.287	55.510	82.349	46.604	410	259.818			
Molise	0	0	6	175	832	1.524	4.998	14.776	17.335	26.240	15.910	39	81.835			
Campania	0	0	98	1.943	12.647	22.695	65.203	144.333	158.745	205.129	104.989	545	716.327			
Puglia	0	0	102	1.528	9.366	19.482	64.059	120.030	125.954	169.665	92.383	922	603.491			
Basilicata	0	0	13	202	1.326	2.520	10.097	23.502	26.557	36.055	21.285	114	121.671			
Calabria	0	0	41	1.065	5.259	7.481	30.239	65.754	75.055	110.229	62.878	629	358.630			
Sicilia	0	0	102	1.763	10.535	19.169	59.634	134.295	155.752	221.174	129.416	1.183	733.023			
Sardegna	0	0	40	897	5.227	9.030	23.840	46.159	49.242	66.697	40.412	164	241.708			
TOTALE	0	1	2.140	23.572	124.281	341.939	1.142.645	2.010.044	2.187.283	3.041.260	1.758.101	22.653	10.653.919			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1994 - Pensioni dirette													
		Importo medio mensile													
		Classi di età													Senza ind.
		Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80			
Piemonte	0	0	597.175	627.169	953.775	1.412.320	1.157.454	1.063.033	965.689	875.627	815.976	350.010	976.035		
V. D'Aosta	0	0	264.240	566.254	971.281	1.342.648	1.089.158	973.267	885.899	836.269	776.251	218.378	926.378		
Lombardia	0	85	598.371	661.860	1.046.440	1.533.385	1.175.143	1.119.842	1.038.184	946.828	874.186	890.242	1.046.500		
Liguria	0	0	651.296	618.489	1.099.472	1.634.498	1.217.656	1.096.507	995.150	879.183	815.479	552.800	985.552		
Trentino A.A.	0	0	582.412	648.805	746.982	1.112.942	945.217	889.981	813.877	736.894	679.277	672.878	801.860		
Veneto	0	0	566.630	614.671	832.823	1.167.383	999.572	932.048	837.500	782.660	731.763	740.955	851.096		
Friuli V.G.	0	0	717.696	610.846	948.204	1.263.626	1.060.817	939.240	808.017	737.906	720.313	763.160	828.635		
Emilia Rom.	0	0	609.805	629.983	808.810	1.140.657	1.010.892	968.003	893.201	813.902	726.679	467.148	873.550		
Toscana	0	0	586.472	631.837	852.595	1.193.788	999.257	965.032	885.987	814.464	736.651	596.597	867.963		
Umbria	0	0	627.247	611.637	740.652	1.085.749	886.901	843.907	783.415	735.877	692.672	630.256	783.379		
Marche	0	0	494.432	557.620	623.883	773.654	751.122	739.473	706.739	674.055	647.675	600.534	697.423		
Lazio	0	0	452.942	613.388	810.973	1.058.917	1.015.215	1.050.141	940.934	839.875	785.983	691.045	914.352		
Abruzzo	0	0	578.454	548.048	616.608	689.227	709.227	714.116	658.075	634.138	625.767	575.180	658.085		
Molise	0	0	605.100	510.479	560.792	618.725	647.652	616.716	570.025	571.590	597.432	556.445	589.708		
Campania	0	0	542.365	562.963	691.410	917.471	877.589	811.726	762.134	717.247	682.910	684.270	757.574		
Puglia	0	0	517.145	565.190	664.074	1.033.268	896.707	835.767	795.702	752.889	695.396	649.643	791.773		
Basilicata	0	0	534.838	527.736	575.788	677.143	681.383	688.625	664.346	643.643	630.272	632.174	657.385		
Calabria	0	0	524.145	506.772	579.028	652.959	709.895	709.846	676.902	642.175	633.112	638.271	664.848		
Sicilia	0	0	556.405	543.014	615.733	799.411	815.482	789.757	738.255	698.797	639.270	641.906	729.076		
Sardegna	0	0	610.293	525.400	605.960	833.771	827.689	822.551	781.875	756.107	704.112	642.699	773.688		
TOTALE	0	85	576.505	606.770	799.571	1.594.543	1.014.647	940.572	866.465	797.133	743.601	762.432	866.359		

Maschi e Femmine

Classi di età	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione			Gestione		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	2.630	817	32	630.678	589.026	946.062
15 - 19	4.755	1.432	110	614.778	539.632	1.064.806
20 - 29	6.943	1.990	219	629.470	521.098	1.101.026
30 - 39	20.057	6.307	581	688.207	583.713	1.141.009
40 - 49	78.292	26.514	2.884	718.978	565.847	1.289.242
50 - 54	92.143	30.805	3.325	703.543	528.848	1.323.262
55 - 59	163.654	50.384	5.498	675.566	494.565	1.303.142
60 - 64	269.400	74.040	8.672	659.755	369.614	1.306.229
65 - 69	388.914	103.138	11.769	640.121	287.416	1.282.649
70 - 79	864.595	244.340	24.820	606.515	201.879	1.247.721
oltre 80	792.451	250.870	23.400	574.727	160.143	1.167.188
Senza ind.	27.042	221	16	686.227	341.324	1.102.463
Totale	2.710.876	790.858	81.326	619.546	263.982	1.242.598

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Maschi - Anno: 1994 - Pensioni indirette													
Numero pensioni													
	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	164	282	254	297	1.207	1.471	2.345	3.566	4.755	10.646	13.476	6	38.469
V. D'Aosta	11	12	7	8	31	42	71	84	106	251	248	0	871
Lombardia	322	586	652	645	2.770	2.967	4.645	6.486	8.597	17.782	19.659	18	65.129
Liguria	47	108	93	100	426	496	730	1.129	1.470	3.902	4.443	4	12.948
Trentino A.A.	48	86	70	78	298	308	384	587	859	1.447	1.938	0	6.103
Veneto	150	258	232	331	1.212	1.242	1.824	2.532	3.580	7.564	8.530	22	27.477
Friuli V.G.	51	94	67	85	354	431	618	843	1.241	2.659	3.371	1	9.815
Emilia Rom.	131	256	193	281	1.228	1.446	2.339	3.519	5.181	12.120	15.284	11	41.989
Toscana	79	167	194	205	941	923	1.468	2.206	3.238	8.007	10.267	6	27.701
Umbria	15	21	38	66	157	222	333	587	946	2.196	2.481	3	7.065
Marche	46	69	79	88	375	375	616	924	1.458	3.563	4.911	2	12.506
Lazio	127	238	280	261	993	999	1.488	2.260	3.386	7.828	8.656	16	26.532
Abruzzo	34	67	74	77	272	286	431	703	1.190	2.934	4.132	3	10.203
Molise	8	11	12	13	63	65	159	275	447	1.165	1.835	0	4.053
Campania	173	337	353	429	1.411	1.138	1.970	3.088	4.249	9.067	10.015	8	32.238
Puglia	110	176	231	315	901	787	1.258	2.056	2.926	7.400	10.001	3	26.164
Basilicata	12	24	28	32	149	126	264	456	652	1.665	2.601	1	6.010
Calabria	69	103	183	172	484	482	760	1.243	1.744	4.438	6.587	11	16.216
Sicilia	107	181	271	333	1.036	848	1.191	1.798	2.685	7.007	10.397	4	25.858
Sardegna	51	126	125	165	456	377	498	696	882	2.107	3.149	1	8.623
TOTALE	1.755	3.202	3.436	3.981	14.764	15.071	25.352	34.076	49.592	113.748	141.981	120	405.970

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
		Sesso: Maschi - Anno: 1994 - Pensioni indirette													
		Importo medio mensile													
		Classi di età													Senza ind.
		Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80			
Piemonte		624.285	609.669	605.760	633.603	624.047	560.628	477.447	429.115	357.517	301.172	272.346	273.183	348.908	
V. D'Aosta		580.247	668.679	843.539	810.269	595.983	478.812	402.362	422.323	330.233	251.738	232.196	0	327.437	
Lombardia		643.077	633.994	643.812	600.246	629.248	566.986	495.895	432.845	378.004	328.030	313.605	439.627	386.578	
Liguria		613.582	621.208	697.770	649.749	611.448	534.035	476.751	404.824	346.182	270.445	234.045	467.200	321.449	
Trentino A.A.		625.750	579.542	494.136	573.861	563.473	504.113	457.017	410.373	307.066	260.105	201.709	0	316.213	
Veneto		619.634	590.856	584.316	591.122	583.501	533.462	478.611	436.145	372.380	285.964	227.572	519.875	341.102	
Friuli V.G.		631.715	586.025	619.034	615.047	594.895	519.193	465.912	403.830	332.329	263.752	200.313	445.500	309.040	
Emilia Rom.		609.849	625.927	608.338	620.000	589.311	521.129	463.162	421.095	380.426	314.446	245.968	380.904	336.273	
Toscana		607.540	595.844	632.489	608.557	586.092	551.354	453.629	416.489	350.110	280.053	214.949	403.841	311.376	
Umbria		603.614	593.164	643.607	624.646	648.554	505.628	469.394	413.556	309.968	236.554	158.806	491.000	270.135	
Marche		590.227	530.404	584.617	538.857	571.910	522.200	467.153	393.913	321.648	241.968	164.167	310.200	268.597	
Lazio		671.920	630.449	695.539	609.812	668.009	604.805	520.361	442.250	358.181	268.339	208.812	377.403	330.072	
Abruzzo		604.012	577.322	607.675	578.872	584.850	542.205	492.245	398.892	280.341	174.548	123.117	419.050	226.520	
Molise		621.287	616.059	574.038	613.469	619.493	546.903	471.274	398.826	249.711	164.077	123.086	0	200.945	
Campania		590.366	600.171	609.467	594.412	626.491	594.544	554.331	465.835	348.505	252.951	192.081	172.156	327.719	
Puglia		611.547	588.865	579.131	594.760	603.272	578.227	561.407	488.968	419.605	347.806	293.780	37.217	379.986	
Basilicata		602.350	552.760	562.843	593.534	586.996	555.221	498.389	421.559	312.015	216.462	179.313	29.150	260.688	
Calabria		613.969	573.173	565.135	580.614	593.372	566.549	549.676	472.767	377.509	287.973	222.711	121.445	323.268	
Sicilia		613.544	601.549	605.611	600.952	616.170	590.026	553.928	470.538	369.617	257.651	191.611	413.037	308.409	
Sardegna		654.565	585.835	607.943	584.607	586.065	540.868	545.647	443.723	362.948	252.513	193.339	506.050	323.258	
TOTALE		622.696	606.224	617.470	602.455	611.054	557.380	498.752	436.420	361.161	285.548	232.741	369.317	333.415	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensionari vigenti al 1° gennaio
Sesso: Femmine - Anno: 1994 - Pensioni indirette

Numero pensionari

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	173	288	471	1.805	7.857	9.714	17.486	28.573	39.934	90.651	89.153	2.347	288.452
V. D'Aosta	5	10	15	62	248	326	551	847	1.147	2.490	2.185	16	7.902
Lombardia	350	551	1.061	3.793	16.170	21.462	38.148	60.961	83.911	179.163	157.658	6.396	569.624
Liguria	58	108	157	560	2.612	3.510	6.509	10.957	16.469	42.297	41.482	1.458	126.177
Trentino A.A.	52	72	107	464	1.613	2.069	3.282	5.186	7.760	16.559	15.783	271	53.218
Veneto	140	263	391	1.876	7.859	9.921	17.687	27.517	39.930	82.985	72.000	1.876	262.445
Friuli V.G.	43	77	145	547	2.466	3.155	5.456	9.432	16.216	37.020	35.135	728	110.420
Emilia Rom.	114	209	353	1.600	6.464	8.028	14.514	23.617	35.534	87.583	85.876	813	264.705
Toscana	94	160	299	1.236	5.153	6.598	11.694	19.632	29.953	74.331	74.288	2.177	225.415
Umbria	8	27	70	306	1.210	1.517	2.895	4.763	7.203	17.580	14.869	463	50.911
Marche	31	55	93	506	2.152	2.715	5.152	8.093	12.311	28.661	26.301	452	86.522
Lazio	117	227	485	1.715	6.570	8.309	14.611	23.269	32.986	73.628	62.477	2.844	227.638
Abruzzo	33	57	117	515	2.027	2.235	4.105	6.759	9.841	22.237	19.838	584	68.348
Molise	4	16	39	179	600	626	1.199	1.937	2.765	6.408	6.038	73	19.884
Campania	179	342	540	2.210	8.616	9.093	15.226	24.771	33.241	67.568	52.142	1.534	215.462
Puglia	90	181	345	1.482	5.839	5.974	10.301	16.776	23.240	52.781	48.642	1.270	166.921
Basilicata	20	34	71	255	981	1.024	1.954	3.143	4.148	9.187	8.773	163	25.753
Calabria	53	110	293	976	3.321	3.483	6.094	9.858	13.398	29.484	25.660	718	93.448
Sicilia	114	182	462	2.177	8.081	8.559	14.569	23.401	33.746	76.948	66.003	2.535	236.718
Sardegna	46	126	202	750	2.687	3.134	4.779	7.582	10.502	22.446	20.437	441	73.127
TOTALE	1.724	3.095	5.716	22.964	101.926	111.232	196.204	317.074	414.249	1.020.097	924.740	27.159	3.177.090

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale											
		Sesso: Femmine - Anno: 1994 - Pensioni indirette																								
		Importo medio mensile																								
		Classi di età													Senza ind.	oltre 80	70 - 79	65 - 69	60 - 64	55 - 59	50 - 54	40 - 49	30 - 39	20 - 29	15 - 19	Fino a 14
		30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	oltre 80	Senza ind.	Totale															
Piemonte		638.332	623.134	620.742	718.289	754.320	737.540	722.516	691.458	634.979	595.263	559.733	716.760	620.769												
V. D'Aosta		594.500	763.380	534.553	623.888	726.948	695.875	712.036	723.392	741.833	701.885	697.872	915.828	709.639												
Lombardia		650.642	628.047	631.992	722.661	783.079	772.065	750.930	740.237	727.216	682.087	634.588	673.246	692.685												
Liguria		650.895	643.485	640.562	729.824	792.197	774.622	755.976	738.263	725.551	682.962	668.106	848.606	699.038												
Trentino A.A.		625.870	556.182	560.141	661.591	676.190	637.494	624.553	579.989	549.878	512.923	465.593	614.646	529.564												
Veneto		605.242	603.572	601.599	686.121	685.636	667.891	646.860	607.323	583.785	545.882	519.002	700.327	568.598												
Friuli V.G.		634.698	608.126	629.508	699.466	682.630	664.847	643.588	600.807	570.000	554.575	547.132	678.137	570.529												
Emilia Rom.		642.337	582.605	603.485	677.304	701.507	687.072	657.745	625.277	594.190	529.809	481.648	600.882	548.620												
Toscana		591.941	630.059	620.855	714.217	711.838	683.923	664.289	642.884	616.142	566.093	539.022	719.505	584.703												
Umbria		559.894	627.228	613.723	701.412	695.504	653.800	597.072	551.191	531.628	473.630	449.568	634.276	502.843												
Marche		587.330	571.761	527.752	659.916	653.330	601.955	555.163	507.326	489.291	428.788	389.675	690.326	454.369												
Lazio		636.742	605.935	676.768	723.172	778.011	753.973	717.544	674.249	636.708	594.499	571.775	728.562	624.721												
Abruzzo		619.524	551.489	589.358	658.469	633.204	576.314	552.358	475.400	449.339	399.595	381.315	643.992	435.426												
Molise		613.362	490.697	508.472	620.424	558.693	536.396	501.012	394.960	347.946	308.902	282.721	596.279	345.506												
Campania		617.020	593.545	641.526	665.948	689.328	667.934	632.436	584.130	548.055	506.131	481.458	652.590	541.927												
Puglia		597.707	605.687	603.184	656.857	659.972	634.782	604.019	562.881	541.230	503.382	473.469	625.376	524.964												
Basilicata		653.832	602.208	598.462	631.172	625.650	599.710	548.132	485.028	425.216	362.637	329.799	554.470	408.006												
Calabria		604.206	581.752	579.286	623.091	614.168	592.960	559.907	513.119	481.502	438.881	396.156	604.984	464.858												
Sicilia		605.082	585.705	600.179	645.341	646.973	630.808	604.788	570.109	536.036	494.436	478.875	647.683	523.763												
Sardegna		579.110	573.744	580.217	660.493	678.331	661.072	630.485	599.693	578.663	546.326	519.846	628.678	566.194												
TOTALE		624.920	604.855	617.021	685.831	710.133	693.428	667.698	634.365	607.140	560.982	529.756	685.066	583.548												

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1994 - Pensioni indirette													
Numero pensioni													
	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	337	570	725	2.102	9.064	11.185	19.831	32.139	44.689	101.297	102.629	2.353	326.921
V. D'Aosta	16	22	22	70	279	368	622	931	1.253	2.741	2.433	16	8.773
Lombardia	672	1.137	1.713	4.438	18.940	24.429	42.793	67.447	92.508	196.945	177.317	6.414	634.753
Liguria	105	216	250	600	3.038	4.006	7.239	12.086	17.939	46.199	45.925	1.462	139.125
Trentino A.A.	100	158	177	542	1.911	2.377	3.666	5.773	8.619	18.006	17.721	271	59.321
Veneto	290	521	623	2.207	9.077	11.163	19.511	30.049	43.510	90.549	80.530	1.898	289.922
Friuli V.G.	94	171	212	632	2.820	3.586	6.074	10.275	17.457	39.679	38.506	729	120.235
Emilia Rom.	245	465	546	1.881	7.692	9.474	16.853	27.136	40.715	99.703	101.160	824	306.694
Toscana	173	327	493	1.441	6.094	7.321	13.162	21.838	33.191	82.338	84.555	2.183	253.116
Umbria	23	48	108	372	1.367	1.739	3.228	5.350	8.149	19.776	17.350	466	57.976
Marche	77	124	172	594	2.527	3.090	5.768	9.017	13.769	32.224	31.212	454	99.028
Lazio	244	465	765	1.976	7.963	9.308	16.099	25.529	36.372	81.456	71.133	2.860	254.170
Abruzzo	67	124	191	592	2.299	2.521	4.530	7.462	11.031	25.171	23.970	587	78.551
Molise	12	27	51	192	663	691	1.358	2.212	3.212	7.573	7.873	73	23.937
Campania	352	679	893	2.639	10.027	10.231	17.196	27.859	37.490	76.635	62.157	1.542	247.700
Puglia	200	357	576	1.797	6.740	6.761	11.559	18.832	26.166	60.181	58.643	1.273	193.085
Basilicata	32	58	99	287	1.150	1.150	2.218	3.599	4.800	10.852	11.374	164	35.763
Calabria	122	213	476	1.148	3.805	3.965	6.794	11.101	15.142	33.922	32.247	729	109.664
Sicilia	221	363	733	2.460	5.117	9.407	15.757	25.199	36.425	83.955	76.400	2.539	262.576
Sardegna	97	252	327	915	3.145	3.501	5.272	8.278	11.584	24.553	23.586	442	81.750
TOTALE	3.479	6.297	9.152	26.945	107.691	126.273	219.536	352.112	501.821	1.133.755	1.066.721	27.275	3.553.060

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale	
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1994 - Pensioni indirette														
		Importo medio mensile														
		Classi di età													Senza ind.	oltre 80
		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		631.496	616.473	615.493	706.323	736.972	714.273	693.537	662.349	623.328	564.355	521.997	715.629	588.779		
V. D'Aosta		584.701	711.724	632.867	645.188	712.397	671.102	676.688	696.228	707.013	660.664	650.405	915.828	671.694		
Lombardia		647.017	631.112	636.491	704.870	760.581	747.157	723.247	710.677	694.763	650.120	599.001	672.591	661.277		
Liguria		634.193	632.347	661.843	717.692	766.851	744.834	727.818	707.115	694.464	648.121	626.113	847.563	663.897		
Trentino A.A.		625.812	568.897	534.037	648.966	658.613	620.211	607.004	562.743	525.679	492.606	436.734	614.646	507.614		
Veneto		612.686	597.275	595.163	671.873	671.989	652.935	631.132	592.899	566.390	524.170	488.133	698.235	547.037		
Friuli V.G.		633.080	595.977	626.198	688.112	671.616	647.341	625.511	584.647	553.104	535.086	516.770	677.818	549.183		
Emilia Rom.		624.966	606.455	605.200	668.744	683.595	661.744	630.739	598.798	566.989	503.629	446.039	597.945	519.548		
Toscana		599.064	612.585	625.433	699.185	692.421	667.209	640.793	620.015	590.189	538.277	499.671	718.637	554.790		
Umbria		588.407	612.325	624.238	687.792	690.111	634.885	583.901	536.090	505.896	447.304	407.990	633.354	474.485		
Marche		589.061	548.748	553.870	644.944	641.247	592.276	545.764	495.704	471.539	408.131	354.192	688.651	430.909		
Lazio		655.052	618.482	683.639	708.199	764.294	737.963	699.319	653.711	610.779	563.155	527.606	726.597	593.963		
Abruzzo		611.652	565.447	596.454	648.116	627.483	572.444	546.646	468.192	431.108	373.363	336.806	642.843	408.292		
Molise		618.645	541.770	523.899	610.953	564.170	537.384	497.531	395.440	334.275	286.623	245.514	596.279	321.029		
Campania		603.920	596.834	628.853	654.319	680.185	659.771	623.488	571.018	525.438	476.176	434.833	650.097	514.048		
Puglia		605.319	597.394	593.538	645.072	652.392	625.190	594.381	554.811	527.629	484.252	442.825	623.990	505.319		
Basilicata		634.526	581.747	588.388	626.975	620.553	594.836	542.211	476.986	409.839	340.210	295.386	551.267	383.249		
Calabria		609.728	577.604	573.846	616.727	611.522	589.749	558.855	508.601	469.524	419.138	360.727	597.688	443.921		
Sicilia		600.179	593.605	602.187	630.332	643.472	627.131	600.944	563.064	523.769	474.673	439.782	647.313	502.555		
Sardegna		618.782	579.790	590.815	646.809	661.911	645.471	622.471	586.579	561.950	521.112	476.254	628.401	540.569		
TOTALE		623.798	605.551	617.190	673.512	694.549	677.244	649.743	614.668	582.928	533.348	490.223	683.677	555.207		

Pensioni dirette vigenti al 1° gennaio 1995
Maschi e Femmine

Classi di età	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione			Gestione		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	0	0	0	0	0	0
15 - 19	0	0	0	0	0	0
20 - 29	1.684	349	2	634.534	533.858	122
30 - 39	17.528	4.592	62	683.993	542.384	1.252.480
40 - 49	85.913	26.854	2.492	895.876	587.988	1.938.324
50 - 54	215.078	111.398	7.665	1.485.236	858.440	2.560.636
55 - 59	867.010	262.335	23.348	1.195.409	857.390	2.700.621
60 - 64	1.446.264	515.616	39.108	1.088.988	695.626	2.637.547
65 - 69	1.534.143	607.662	41.739	1.006.810	638.851	2.162.259
70 - 79	2.170.591	866.341	55.147	906.447	608.823	1.646.107
oltre 80	1.166.898	619.322	36.288	858.273	594.151	997.009
Senza ind.	12.861	1.997	1.424	932.591	703.758	35.217
Totale	7.517.970	3.016.471	207.275	1.003.793	657.300	1.968.383

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale
		Sesso: Maschi - Anno: 1995 - Pensioni dirette											
		Numero pensioni											
Fino a 14	Classi di età											Senza ind.	oltre 80
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	80	Totale		
Piemonte	0	0	1.049	4.609	26.805	68.260	99.976	101.470	124.761	66.609	221	493.855	
V. D'Aosta	0	0	66	317	1.034	1.924	2.654	2.695	3.375	1.572	1	13.642	
Lombardia	0	0	2.432	9.906	53.331	130.852	183.457	182.198	212.176	96.324	1.005	872.071	
Liguria	0	0	338	2.179	7.649	20.346	35.203	40.906	57.298	31.396	80	195.418	
Trentino A.A.	0	0	261	963	3.564	8.796	15.093	17.986	21.758	12.229	38	80.743	
Veneto	0	0	1.034	4.392	20.805	51.110	80.630	91.852	112.607	52.345	136	415.066	
Friuli V.G.	0	0	283	1.702	6.712	15.933	23.966	29.144	49.418	24.261	60	151.507	
Emilia Rom.	0	0	1.344	4.945	22.464	55.762	86.686	97.901	135.264	71.064	105	475.732	
Toscana	0	0	883	4.321	13.899	37.542	68.543	83.172	117.070	62.553	180	388.257	
Umbria	0	0	233	1.105	3.753	8.896	17.528	20.977	29.298	14.083	164	96.053	
Marche	0	0	550	2.195	6.060	15.141	31.824	38.417	52.805	25.566	94	172.710	
Lazio	0	0	770	4.071	8.606	25.758	73.733	88.881	113.949	54.870	517	371.206	
Abruzzo	0	0	359	1.849	3.285	8.406	23.333	30.538	43.494	22.359	187	133.838	
Molise	0	0	108	453	653	1.911	6.837	9.076	13.576	7.252	23	39.898	
Campania	0	0	1.094	7.292	12.166	27.848	73.576	89.759	107.384	49.214	208	368.597	
Puglia	0	0	853	5.008	10.437	26.657	61.567	71.884	91.400	46.344	172	314.395	
Basilicata	0	0	136	688	1.106	3.404	10.897	14.169	18.016	9.898	30	58.352	
Calabria	0	0	532	2.621	3.413	8.595	29.879	40.190	58.409	30.904	196	174.765	
Sicilia	0	0	1.159	6.496	11.315	30.063	77.089	94.904	129.540	71.875	555	423.061	
Sardegna	0	0	541	2.804	4.901	11.312	25.041	28.270	37.491	21.359	89	131.837	
TOTALE	0	0	14.025	67.916	221.958	558.516	1.027.512	1.174.389	1.529.089	772.077	4.061	5.371.003	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
	Sesso: Maschi - Anno: 1995 - Pensioni dirette													
	Importo medio mensile													
	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.		
Piemonte	0	0	649.031	699.753	1.089.325	1.707.582	1.713.005	1.499.973	1.300.374	1.153.672	1.004.285	693.570	1.339.278	
V. D'Aosta	0	0	275.738	660.571	1.106.739	1.669.219	1.545.349	1.352.306	1.209.842	1.139.848	1.087.323	113.150	1.282.853	
Lombardia	0	0	688.528	798.925	1.227.747	1.797.803	1.793.281	1.604.660	1.427.825	1.295.011	1.122.442	1.014.505	1.471.609	
Liguria	0	0	727.188	781.852	1.537.431	1.994.219	1.910.634	1.597.125	1.393.007	1.190.766	1.082.473	748.311	1.398.224	
Trentino A.A.	0	0	608.431	749.770	879.764	1.344.743	1.454.847	1.255.205	1.085.826	964.462	851.195	954.810	1.096.945	
Veneto	0	0	661.003	706.313	1.042.794	1.421.772	1.473.268	1.286.904	1.084.478	982.959	887.903	952.442	1.134.665	
Friuli V.G.	0	0	826.784	740.538	1.281.391	1.542.844	1.509.301	1.319.407	1.055.923	880.203	874.896	905.914	1.088.671	
Emilia Rom.	0	0	644.085	740.945	1.076.221	1.451.547	1.490.629	1.346.892	1.172.983	1.047.715	898.747	952.586	1.175.982	
Toscana	0	0	648.675	751.379	1.108.149	1.512.911	1.525.241	1.342.104	1.169.222	1.055.086	919.311	826.502	1.169.884	
Umbria	0	0	559.753	697.154	895.726	1.352.393	1.328.037	1.127.891	995.281	919.036	829.679	673.857	1.014.202	
Marche	0	0	544.779	619.709	745.500	1.027.976	1.085.672	937.392	845.646	788.228	745.604	705.539	855.405	
Lazio	0	0	621.306	725.787	1.011.898	1.455.258	1.742.315	1.510.313	1.248.136	1.068.556	961.904	816.883	1.237.463	
Abruzzo	0	0	609.414	622.541	699.690	847.790	961.445	890.740	761.267	706.676	698.149	621.836	768.792	
Molise	0	0	547.728	609.146	655.696	727.453	803.989	691.696	596.906	575.466	618.571	642.337	622.336	
Campania	0	0	669.690	638.415	839.723	1.162.767	1.220.149	1.044.285	922.905	842.927	780.692	868.557	932.658	
Puglia	0	0	615.270	640.773	747.124	1.251.275	1.261.472	1.039.004	931.657	879.625	817.261	703.283	955.337	
Basilicata	0	0	664.437	605.981	640.622	881.299	909.516	839.679	767.883	729.666	718.755	670.989	769.618	
Calabria	0	0	614.127	568.724	671.863	754.293	875.229	849.481	753.161	693.389	693.777	677.287	740.867	
Sicilia	0	0	615.667	595.892	672.905	938.586	1.077.544	970.445	866.850	805.268	757.881	735.733	860.709	
Sardegna	0	0	636.431	611.709	765.175	1.072.507	1.163.205	1.077.511	959.186	925.645	844.458	1.080.349	970.575	
TOTALE	0	0	651.609	697.529	965.184	1.389.911	1.526.705	1.294.865	1.113.467	996.266	895.216	835.016	1.138.795	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale	
		Sesso: Femmine - Anno: 1995 - Pensioni dirette														
		Numero pensioni														
		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	0	0	0	35	576	3.454	13.150	67.279	98.632	99.022	148.404	113.059	549	544.160		
V. D'Aosta	0	0	0	35	188	374	1.301	2.243	2.353	3.457	2.247	6	12.204			
Lombardia	0	0	130	1.438	7.096	20.848	132.234	184.187	178.475	258.887	171.915	8.157	963.367			
Liguria	0	0	6	195	1.132	2.708	17.509	31.749	33.702	57.463	41.266	129	185.859			
Trentino A.A.	0	0	13	136	604	1.520	9.278	16.388	17.106	25.961	21.307	49	92.362			
Veneto	0	0	86	560	2.510	7.791	44.524	73.792	78.244	118.736	82.565	242	409.050			
Friuli V.G.	0	0	10	167	1.015	2.480	13.386	22.232	24.549	42.209	35.261	73	141.382			
Emilia Rom.	0	0	66	869	4.244	12.194	61.062	92.927	98.663	160.218	112.561	305	543.109			
Toscana	0	0	30	486	3.106	6.579	36.706	62.788	68.522	114.564	81.238	259	374.278			
Umbria	0	0	13	142	800	2.209	9.891	17.223	18.831	30.485	18.443	179	98.216			
Marche	0	0	40	379	1.847	4.701	18.988	31.954	33.733	53.905	36.208	112	181.867			
Lazio	0	0	20	436	3.352	6.347	37.855	67.628	70.693	109.016	62.597	687	358.635			
Abruzzo	0	0	14	210	1.310	2.926	10.526	22.562	24.778	40.659	26.304	109	129.398			
Molise	0	0	1	55	345	735	3.045	7.661	8.226	12.989	9.067	22	42.146			
Campania	0	0	30	685	4.850	7.901	34.659	66.367	69.965	102.435	59.318	227	346.437			
Puglia	0	0	28	553	3.755	6.632	33.987	56.115	56.355	82.045	50.522	448	290.440			
Basilicata	0	0	2	74	577	1.028	5.815	12.234	12.414	18.647	11.308	46	62.145			
Calabria	0	0	19	472	2.320	3.317	18.822	33.554	34.425	55.029	34.425	268	182.651			
Sicilia	0	0	24	462	3.065	5.486	25.694	52.706	58.308	96.845	61.414	301	304.305			
Sardegna	0	0	8	227	1.778	3.257	11.612	20.534	20.791	31.036	19.406	53	108.702			
TOTALE	0	0	575	8.157	47.348	112.183	594.177	973.476	1.009.155	1.562.990	1.050.431	12.221	5.370.713			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio
Sesso: Femmine - Anno: 1995 - Pensioni dirette

Importo medio mensile

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	0	0	566.348	618.086	770.234	1.137.564	873.803	* 778.695	760.270	725.675	753.297	264.502	775.281
V. D'Aosta	0	0	0	514.337	639.286	788.504	682.808	641.084	640.656	617.493	615.849	197.975	638.029
Lombardia	0	0	537.371	639.847	868.210	1.307.306	880.671	805.927	784.712	753.775	783.933	939.713	806.474
Liguria	0	0	399.683	585.822	684.960	1.007.201	765.097	691.102	681.681	657.193	666.072	486.127	684.630
Trentino A.A.	0	0	623.696	616.432	665.437	799.434	704.551	666.377	648.163	620.565	617.600	756.627	644.861
Veneto	0	0	523.875	602.631	688.686	876.305	738.817	693.381	681.149	667.047	676.928	758.721	688.359
Friuli V.G.	0	0	595.510	602.951	695.187	890.478	753.508	685.861	656.102	635.779	653.619	803.459	667.718
Emilia Rom.	0	0	539.354	612.400	677.208	933.865	826.584	762.658	746.061	704.542	667.771	535.624	732.743
Toscana	0	0	512.617	574.027	632.864	855.154	756.247	707.543	689.518	658.128	647.300	500.396	682.460
Umbria	0	0	525.249	617.430	606.976	769.975	732.703	687.095	662.172	631.243	631.865	670.547	660.262
Marche	0	0	521.591	559.466	573.590	677.673	656.321	641.778	635.412	619.926	617.224	650.022	630.795
Lazio	0	0	524.422	592.653	748.855	883.816	844.795	745.279	719.361	687.471	677.671	690.089	723.484
Abruzzo	0	0	514.610	521.023	588.286	648.503	650.637	624.807	612.591	606.904	605.432	538.604	614.865
Molise	0	0	440.750	487.775	541.663	605.911	617.369	612.572	599.767	604.502	613.697	594.226	607.301
Campania	0	0	458.759	546.659	590.666	665.490	690.319	658.638	658.192	645.389	643.370	645.137	654.142
Puglia	0	0	513.333	559.191	618.973	746.012	769.034	735.072	751.436	687.115	636.672	659.995	705.954
Basilicata	0	0	415.050	515.912	581.430	594.820	651.223	637.823	651.056	612.625	594.550	663.977	620.921
Calabria	0	0	525.502	513.414	585.123	644.511	719.921	677.204	667.728	638.697	615.925	651.369	654.164
Sicilia	0	0	496.889	542.311	591.702	661.593	595.581	658.288	649.669	629.155	615.596	641.334	640.914
Sardegna	0	0	581.394	544.631	604.062	637.163	678.636	649.174	641.527	620.214	611.365	622.226	635.011
TOTALE	0	0	527.867	585.322	679.540	1.220.850	792.339	711.581	703.314	679.764	680.189	823.059	711.404

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio														Totale			
Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1995 - Pensioni dirette														770		25.846	
Numero pensioni														9.162		1.835.438	
Classi di età*														7		25.846	
	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	0	0	130	1.625	8.063	39.955	135.539	198.608	200.492	273.165	179.668	770	1.038.015				
V. D'Aosta	0	0	4	101	505	1.408	3.225	4.897	5.048	6.832	3.819	7	25.846				
Lombardia	0	0	520	3.870	17.002	74.179	263.086	367.644	360.673	471.063	268.239	9.162	1.835.438				
Liguria	0	0	29	533	3.311	10.357	37.855	66.952	74.608	114.761	72.662	209	381.277				
Trentino A.A.	0	0	68	397	1.567	5.084	18.074	31.481	35.092	47.719	33.536	87	173.105				
Veneto	0	0	241	1.594	6.902	28.596	95.634	154.422	170.096	231.343	134.910	378	824.116				
Friuli V.G.	0	0	38	450	2.717	9.192	29.319	46.198	53.693	91.627	59.522	133	292.889				
Emilia Rom.	0	0	263	2.213	9.189	34.658	116.824	179.613	196.564	295.482	183.625	410	1.018.841				
Toscana	0	0	124	1.369	7.427	20.478	74.248	131.331	151.694	231.634	143.791	439	762.535				
Umbria	0	0	29	375	1.905	5.962	18.787	34.751	39.808	59.783	32.526	343	194.269				
Marche	0	0	98	929	4.042	10.761	34.129	63.778	72.150	106.710	61.774	206	354.577				
Lazio	0	0	71	1.206	7.423	14.953	63.617	141.361	159.574	222.965	117.467	1.204	729.841				
Abruzzo	0	0	42	569	3.159	6.211	18.932	45.895	55.316	84.153	48.663	296	263.236				
Molise	0	0	10	163	798	1.388	4.956	14.498	17.302	26.565	16.319	45	82.044				
Campania	0	0	86	1.779	12.142	20.067	62.507	139.943	159.724	209.819	108.532	435	715.034				
Puglia	0	0	101	1.406	8.763	17.069	60.644	117.682	128.239	173.445	96.866	620	604.835				
Basilicata	0	0	10	210	1.265	2.134	9.219	23.131	26.583	36.663	21.206	76	120.497				
Calabria	0	0	45	1.004	4.941	6.730	27.417	63.433	74.615	113.438	65.329	464	357.416				
Sicilia	0	0	89	1.621	9.561	16.801	55.757	129.795	153.212	226.385	133.289	856	727.366				
Sardegna	0	0	37	768	4.582	8.158	22.924	45.575	49.061	68.527	40.765	142	240.539				
TOTALE	0	0	2.035	22.182	115.264	334.141	1.152.693	2.000.988	2.183.544	3.092.079	1.822.508	16.282	10.741.716				

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Penzioni vigenti al 1° gennaio												Totale
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1995 - Pensioni dirette												
		Importo medio mensile												
Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	Classi di età						oltre 80	Senza ind.	
						55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	80 - 84	85 - 89			90 - 94
Piemonte	0	0	670.805	952.634	1.519.978	1.296.441	1.141.775	1.033.619	921.151	846.346	387.650	1.043.613		
V. D'Aosta	0	0	609.896	932.717	1.435.279	1.197.390	1.026.541	944.530	875.536	809.920	185.857	978.379		
Lombardia	0	0	739.815	1.077.690	1.659.949	1.334.579	1.204.500	1.109.588	997.558	905.491	947.918	1.122.499		
Liguria	0	0	710.134	1.245.979	1.736.148	1.380.791	1.167.484	1.071.686	923.596	845.992	586.485	1.050.372		
Trentino A.A.	0	0	704.092	797.152	1.181.708	1.069.695	948.680	872.482	777.369	702.781	843.190	855.731		
Veneto	0	0	669.889	914.018	1.273.159	1.131.346	1.003.283	898.947	820.818	758.786	828.419	913.141		
Friuli V.G.	0	0	679.416	1.062.400	1.366.836	1.196.859	1.014.524	873.121	767.606	743.811	849.679	883.470		
Emilia Rom.	0	0	690.492	891.934	1.269.407	1.143.543	1.044.625	958.695	861.529	757.160	642.407	939.707		
Toscana	0	0	615.758	909.383	1.301.593	1.145.109	1.038.727	952.534	858.754	765.632	634.107	930.640		
Umbria	0	0	544.286	666.965	773.306	1.136.599	1.014.605	837.706	772.282	717.514	672.130	835.262		
Marche	0	0	535.315	595.356	874.944	846.527	789.284	747.353	703.211	670.356	675.355	740.200		
Lazio	0	0	594.015	677.656	893.116	1.211.551	1.144.316	1.013.883	882.229	810.439	744.535	984.900		
Abruzzo	0	0	577.813	585.074	753.812	788.305	760.007	694.670	658.471	648.033	591.187	693.127		
Molise	0	0	537.030	568.192	663.092	689.528	649.885	598.266	589.663	615.865	618.816	614.613		
Campania	0	0	596.110	603.072	740.240	926.368	861.394	806.951	746.487	705.639	751.968	797.716		
Puglia	0	0	587.011	608.686	692.210	1.054.960	894.079	843.670	788.562	723.072	672.004	835.584		
Basilicata	0	0	614.560	574.242	743.248	746.596	732.917	703.983	670.136	652.523	666.745	692.929		
Calabria	0	0	576.707	542.722	609.885	767.584	753.642	713.712	666.567	652.751	662.317	696.559		
Sicilia	0	0	583.637	583.480	842.173	900.547	845.087	784.197	728.784	692.323	705.539	768.755		
Sardegna	0	0	624.531	591.852	765.164	898.854	883.473	835.837	786.204	753.495	509.359	818.933		
TOTALE	0	0	616.645	651.267	1.009.943	1.145.670	1.017.893	926.497	836.250	771.282	826.042	925.105		

Pensioni indirette vigenti al 1° gennaio 1995
Maschi e Femmine

Classi di età	Numero			Importo medio mensile		
	Gestione			Gestione		
	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni	Fondo pensioni	Autonomi	Altre gestioni
Fino a 14	2.603	826	32	665 567	609 862	1 015.993
15 - 19	4.491	1.386	130	650 671	570 502	1.100.015
20 - 29	6.314	1.857	184	669 178	546 120	1 170 696
30 - 39	19.581	6 245	525	733 702	615 066	1 191.536
40 - 49	76 629	26 687	2 911	762 825	595 364	1.350.769
50 - 54	86.423	30 245	3.205	743 991	558 043	1.385.008
55 - 59	159.563	51 342	5 406	712 452	517 692	1.365.816
60 - 64	263.705	75 018	8 671	691 721	398 102	1.355.769
65 - 69	385.360	103.569	11.767	671 271	312 537	1.338.571
70 - 79	874.227	247 261	25 243	633 869	219.746	1.304.086
oltre 80	830.161	272 714	24 338	602 317	165 647	1.220 611
Senza ind.	18.718	162	16	727 825	313 484	1.135.636
Totale	2.727.775	817 312	82 428	648 352	278 093	1 297 161

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale	
	Sesso: Maschi - Anno: 1995 - Pensioni indirette												
	Numero pensioni												
	Classi di età											oltre 80	Senza ind.
	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	153	257	232	306	1.143	1.435	2.342	3.618	4.771	10.517	13.898	5	38.677
V. D'Aosta	8	14	7	7	52	37	79	88	106	252	251	0	881
Lombardia	331	550	541	642	2.714	2.872	4.692	6.578	8.504	17.805	20.056	20	65.305
Liguria	46	95	84	105	411	467	752	1.123	1.517	3.740	4.703	1	13.044
Trentino A.A.	46	84	55	80	287	303	417	591	855	1.479	2.072	0	6.269
Veneto	148	242	167	337	1.204	1.250	1.901	2.508	3.587	7.662	9.039	16	28.061
Friuli V.G.	54	70	73	85	351	433	639	830	1.228	2.628	3.478	1	9.870
Emilia Rom.	146	242	180	265	1.204	1.425	2.355	3.518	5.204	12.091	16.055	5	42.690
Toscana	76	136	171	191	931	885	1.407	2.281	3.194	8.036	10.840	7	28.215
Umbria	13	22	33	63	179	195	366	542	943	2.273	2.727	2	7.358
Marche	45	70	65	80	352	384	652	917	1.463	3.485	5.166	0	12.679
Lazio	123	239	265	230	1.048	967	1.531	2.230	3.392	7.883	9.191	14	27.119
Abruzzo	29	53	75	79	275	272	465	717	1.202	3.007	4.629	4	10.805
Molise	7	10	11	16	69	54	140	270	458	1.121	1.937	0	4.099
Campania	162	315	354	421	1.462	1.141	1.860	3.064	4.328	9.193	10.582	3	32.872
Puglia	123	183	202	305	943	765	1.235	2.023	2.943	7.359	10.363	2	26.446
Basilicata	15	28	31	27	149	128	265	447	659	1.665	2.684	0	6.096
Calabria	68	105	143	158	529	461	710	1.223	1.756	4.445	6.799	7	16.406
Sicilia	99	186	240	337	1.028	838	1.156	1.793	2.591	6.907	10.722	3	25.910
Sardegna	56	115	139	152	458	354	581	729	900	2.091	3.305	0	8.791
TOTALE	1.748	3.016	3.048	3.398	14.550	14.670	22.512	35.090	49.673	113.639	148.497	92	411.593

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio
Sesso: Maschi - Anno: 1995 - Pensioni indirette

Importo medio mensile

	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	oltre 80	Senza ind.	Totale			
Piemonte	641.742	670.679	637.718	649.018	656.591	598.925	507.069	443.202	385.606	315.853	280.185	271.560	363.912			
V. D'Aosta	757.400	628.242	688.464	1.032.600	592.061	529.110	414.525	423.648	358.103	265.721	224.248	0	336.731			
Lombardia	692.968	671.744	665.047	617.844	669.116	601.772	526.059	453.178	399.614	339.867	322.983	509.380	402.518			
Liguria	656.755	666.945	696.735	661.886	634.675	563.760	496.857	413.287	359.671	278.919	240.942	626.450	330.116			
Trentino A.A.	669.665	622.750	484.953	599.892	591.345	533.573	477.660	419.866	327.457	272.785	201.972	0	325.156			
Veneto	659.381	618.454	613.807	615.671	614.904	553.617	495.862	445.349	390.663	303.184	234.202	451.437	352.614			
Friuli V.G.	662.584	662.011	649.060	642.936	618.053	563.623	484.251	421.395	351.160	273.606	202.984	463.300	320.267			
Emilia Rom.	634.963	651.277	665.911	648.748	619.760	557.976	487.200	442.366	396.434	333.657	256.230	370.770	351.368			
Toscana	636.428	609.517	666.387	628.586	610.858	569.692	490.650	429.356	368.899	286.556	220.328	257.907	319.280			
Umbria	647.313	622.168	742.408	652.554	660.050	539.258	496.975	420.386	337.292	248.957	163.170	732.575	278.763			
Marche	632.962	572.573	604.704	572.675	609.543	525.563	485.424	416.378	344.117	263.539	170.975	0	281.844			
Lazio	661.212	677.681	760.410	636.481	700.187	633.962	558.783	468.573	380.003	282.931	214.741	381.964	344.431			
Abruzzo	627.844	622.895	580.971	617.035	600.885	548.186	508.116	417.154	285.444	195.768	127.574	483.475	232.901			
Molise	642.671	612.279	612.632	634.384	589.054	560.399	517.245	425.162	271.347	179.150	119.617	0	206.277			
Campania	628.270	626.548	650.156	617.666	651.690	614.387	571.711	493.929	370.133	269.291	195.593	373.930	339.472			
Puglia	643.352	626.560	622.069	628.694	626.691	598.476	583.582	511.713	440.365	358.154	304.459	42.975	393.359			
Basilicata	638.246	578.305	538.393	621.345	603.551	574.273	531.494	435.410	332.858	232.382	187.180	0	273.251			
Calabria	640.497	614.359	587.600	610.459	662.141	590.987	563.700	489.620	412.535	297.210	232.617	94.393	335.676			
Sicilia	632.746	646.591	622.851	627.840	633.719	610.481	587.056	500.446	398.743	276.282	200.794	574.150	323.714			
Sardegna	645.015	620.025	613.180	616.100	615.115	561.525	567.509	464.047	386.271	265.903	199.444	0	335.327			
TOTALE	652.088	643.887	648.074	627.003	639.715	585.187	524.152	455.483	382.570	299.664	239.397	397.855	346.128			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale						
		Sesso: Femmine - Anno: 1995 - Pensioni indirette																	
		Numero pensioni																	
		Classi di età											Scenza ind.	oltre 80	70 - 79	65 - 69	70 - 79	oltre 80	Totale
Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80	Scenza ind.								
Piemonte	168	295	447	1.697	7.736	9.117	17.068	27.957	39.968	90.900	93.209	1.540	93.209	90.900	1.540	290.102			
V. D'Aosta	5	9	18	56	262	307	542	826	1.158	2.494	2.318	2	2.318	2.494	2	7.997			
Lombardia	341	561	966	3.740	15.801	19.984	37.466	59.317	83.098	179.451	165.917	4.801	165.917	179.451	4.801	571.443			
Liguria	52	101	131	555	2.517	3.259	6.428	10.660	16.249	41.908	44.128	675	44.128	41.908	675	126.663			
Trentino A.A.	53	62	94	439	1.535	1.965	3.241	5.129	7.505	16.757	16.974	207	16.974	16.757	207	53.961			
Veneto	137	220	358	1.855	7.668	9.481	17.277	27.187	39.742	84.871	76.989	1.302	76.989	84.871	1.302	267.087			
Friuli V.G.	44	71	125	529	2.349	2.960	5.551	9.043	15.438	37.004	36.364	540	36.364	37.004	540	109.818			
Emilia Rom.	124	203	333	1.565	6.250	7.597	14.039	23.206	35.141	87.972	91.219	322	91.219	87.972	322	267.971			
Toscana	100	145	268	1.198	5.107	5.978	11.645	18.968	29.519	74.658	79.377	1.140	79.377	74.658	1.140	228.104			
Umbria	10	21	76	301	1.168	1.433	2.827	4.652	7.242	17.882	16.368	347	16.368	17.882	347	52.530			
Marche	30	55	94	519	2.080	2.518	5.077	8.113	12.328	29.243	28.325	317	28.325	29.243	317	88.699			
Lazio	124	230	456	1.699	6.861	7.865	14.540	23.220	32.727	75.032	65.725	2.149	65.725	75.032	2.149	230.628			
Abruzzo	32	43	130	491	2.055	2.127	4.969	6.784	9.965	23.197	21.751	407	21.751	23.197	407	71.081			
Molise	6	12	30	167	588	548	1.266	1.954	2.779	6.507	6.515	49	6.515	6.507	49	20.361			
Campania	164	326	486	2.114	8.771	8.716	15.168	24.628	33.640	69.201	55.277	1.111	55.277	69.201	1.111	219.542			
Puglia	99	180	324	1.458	5.827	5.830	10.095	16.656	23.576	53.621	51.566	970	51.566	53.621	970	170.211			
Basilicata	22	31	63	253	1.007	964	1.901	3.120	4.222	9.336	8.981	117	8.981	9.336	117	30.017			
Calabria	41	120	243	972	3.397	3.287	5.892	9.897	13.443	30.618	27.648	569	27.648	30.618	569	96.028			
Sicilia	113	182	446	2.105	7.945	6.741	14.261	25.427	33.950	79.248	69.133	1.977	69.133	79.248	1.977	240.124			
Sardegna	48	124	219	737	2.614	3.631	4.735	7.554	10.363	25.192	20.932	262	20.932	25.192	262	75.751			
TOTALE	1.713	2.941	5.307	22.554	91.445	105.263	192.798	312.304	451.093	1.033.092	978.716	18.864	978.716	1.033.092	18.864	3.215.922			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
	Sesso: Femmine - Anno: 1995 - Pensioni indirette													
	Importo medio mensile													
	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	704 683	670 279	663 155	758 944	808 658	780 520	739 158	730 918	692 453	626 371	582 102	769 804	650 529	
V. D'Aosta	621 630	778 710	565 297	712 283	754 121	755 691	735 554	744 898	760 659	726 677	726 817	957 125	735 721	
Lombardia	693 309	668 808	693 362	782 832	829 098	818 672	791 587	780 148	765 348	717 759	665 044	724 881	727 679	
Liguria	713 354	657 180	653 875	792 609	837 341	832 073	794 176	774 138	759 120	708 467	695 364	900 848	727 316	
Trentino A.A.	662 424	588 574	576 639	707 474	717 487	677 252	647 995	611 458	578 729	538 324	492 129	659 079	555 192	
Veneto	648 271	652 267	646 846	731 227	733 652	701 031	678 936	637 205	615 463	572 831	536 190	749 430	593 361	
Friuli V.G.	628 013	635 690	657 228	736 977	726 138	699 344	683 663	632 291	589 789	573 474	563 761	731 431	591 144	
Emilia Rom.	666 807	630 520	624 386	728 276	747 480	732 386	698 931	662 503	629 344	561 987	505 975	606 334	577 992	
Toscana	629 439	654 630	681 368	739 966	762 323	719 529	699 921	676 458	648 241	595 511	557 229	759 341	609 791	
Umbria	565 085	647 407	652 296	733 406	750 721	696 617	620 656	583 292	560 827	495 984	461 442	694 236	522 825	
Marche	619 299	584 426	590 391	707 588	697 921	633 025	586 175	526 355	648 241	453 737	403 850	742 532	473 568	
Lazio	666 107	634 208	717 132	774 874	832 789	803 910	760 711	714 217	669 960	623 076	594 053	775 538	654 476	
Abruzzo	638 598	582 843	592 908	704 412	665 042	605 881	573 504	495 568	468 613	417 252	390 112	686 435	449 487	
Molise	645 467	550 525	554 250	652 465	589 938	573 383	522 044	407 245	363 163	319 188	290 040	632 046	355 055	
Campania	646 565	622 169	658 460	711 281	719 990	700 509	662 382	609 487	575 642	526 498	497 269	698 585	563 142	
Puglia	622 700	636 730	626 213	690 958	698 568	665 769	637 317	590 009	567 210	529 808	497 612	663 719	549 840	
Basilicata	662 972	611 998	618 410	660 952	659 800	622 112	574 519	510 819	451 097	384 612	347 538	599 347	428 911	
Calabria	630 161	608 875	608 229	654 607	639 275	620 833	577 747	535 077	501 465	457 299	416 228	619 605	482 520	
Sicilia	611 273	617 773	642 574	673 454	676 707	661 019	632 229	593 970	562 449	518 291	497 460	677 737	545 684	
Sardegna	591 122	599 810	624 957	701 341	713 547	675 432	660 110	624 359	605 634	568 857	539 179	673 041	589 373	
TOTALE	659 007	639 893	655 627	729 934	752 567	732 206	701 873	666 173	638 060	587 891	551 081	726 217	609 563	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio												Totale		
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1995 - Pensioni indirette														
		Numero pensioni														
		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	70 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94			
Piemonte	321	552	679	2.003	8.879	10.552	19.410	31.575	44.739	101.417	107.107	1.545	328.779			
V. D'Aosta	13	23	25	63	294	344	621	914	1.264	2.746	2.569	2	8.878			
Lombardia	672	1.111	1.507	4.382	18.515	22.856	42.158	65.895	91.602	197.256	185.973	4.821	636.748			
Liguria	98	196	215	660	2.928	3.726	7.180	11.783	17.766	45.648	48.831	676	139.707			
Trentino A.A.	99	146	149	519	1.822	2.268	3.658	5.720	8.360	18.236	19.046	207	60.230			
Veneto	285	462	525	2.192	8.872	10.731	19.178	29.695	43.329	92.533	86.028	1.318	295.148			
Friuli V.G.	98	141	198	614	2.700	3.393	5.990	9.873	16.666	39.632	39.842	541	119.688			
Emilia Rom.	270	445	513	1.830	7.454	9.022	16.394	26.724	40.345	100.063	107.274	327	310.661			
Toscana	176	281	439	1.389	6.039	6.863	13.112	21.249	32.713	82.694	90.217	1.147	256.319			
Umbria	23	43	109	367	1.347	1.628	3.193	5.194	8.185	20.155	19.095	349	59.688			
Marche	75	125	159	599	2.432	2.902	5.729	9.030	13.791	32.728	33.491	317	101.378			
Lazio	247	469	721	1.935	7.909	8.832	16.071	25.450	35.119	82.915	74.916	2.163	257.747			
Abruzzo	61	96	205	570	2.330	2.399	4.561	7.501	11.167	26.204	26.380	411	81.886			
Molise	13	22	41	183	657	602	1.352	2.224	3.237	7.628	8.452	49	24.460			
Campania	326	641	820	2.535	10.233	9.862	16.968	27.692	37.968	78.394	65.859	1.116	252.414			
Puglia	222	363	526	1.763	6.769	6.595	11.330	18.689	26.519	60.980	61.929	972	196.657			
Basilicata	37	59	94	280	1.156	1.092	2.164	3.567	4.881	11.001	11.665	117	36.113			
Calabria	109	225	386	1.130	3.836	3.743	6.602	11.116	15.201	35.063	34.447	576	112.434			
Sicilia	212	368	686	2.442	8.983	9.079	15.417	25.220	35.041	86.155	79.855	1.980	266.038			
Sardegna	104	239	358	825	2.072	3.384	5.222	8.283	11.203	25.283	24.237	262	82.542			
TOTALE	3.461	6.007	8.355	26.351	109.227	119.873	211.311	347.394	506.696	1.146.731	1.127.213	18.896	3.627.515			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
		Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1995 - Pensioni indirette													
		Importo medio mensile													
		Classi di età													Senza ind.
		Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80			
Piemonte		674 683	670 465	654 464	742 150	789 083	755 825	728 741	697 950	659 730	594 170	542 926	768 191	616 812	
V. D'Aosta		705 181	687 121	599 784	747 874	736 482	731 321	694 714	713 968	726 900	684 375	677 714	957 125	696 128	
Lombardia		693 141	670 261	683 197	758 660	805 647	791 417	762 035	747 508	731 395	683 649	628 154	723 987	694 331	
Liguria		686 787	661 913	670 620	771 812	808 893	798 444	763 037	739 746	725 012	673 274	651 598	900 442	690 231	
Trentino A.A.		665 789	608 237	542 795	690 891	697 617	658 057	628 579	591 662	553 031	516 788	460 563	659 079	531 249	
Veneto		643 655	634 555	636 336	713 461	717 537	683 860	660 789	621 001	596 853	550 503	504 460	745 812	570 472	
Friuli V.G.		647 063	648 757	654 216	723 961	712 087	682 024	662 391	614 561	572 206	553 590	532 267	730 935	568 806	
Emilia Rom.		649 588	641 808	638 956	716 759	726 850	704 839	668 516	633 524	599 302	534 397	468 597	602 732	546 850	
Toscana		632 457	632 796	675 533	724 651	738 972	700 207	676 507	649 932	620 967	565 487	516 749	756 281	577 812	
Umbria		611 562	634 494	679 578	719 527	738 672	677 769	606 479	566 293	535 074	468 125	418 845	694 456	492 738	
Marche		627 497	577 788	596 242	689 569	685 129	618 805	574 709	515 187	493 073	433 484	367 929	742 532	449 590	
Lazio		663 669	656 362	733 039	757 995	815 218	785 303	741 474	692 693	642 729	590 737	547 518	772 990	621 854	
Abruzzo		633 486	604 955	588 541	692 301	657 470	599 339	566 868	488 073	448 897	391 836	344 043	684 460	420 908	
Molise		643 961	578 595	569 914	650 884	589 845	572 219	521 526	409 421	350 172	298 608	250 983	632 046	330 123	
Campania		637 474	624 321	655 078	695 734	710 232	690 501	652 442	596 701	552 216	496 336	448 797	697 130	534 013	
Puglia		634 142	631 603	624 622	680 187	688 555	657 963	622 549	581 534	535 133	509 093	465 291	662 442	528 797	
Basilicata		652 948	596 008	592 021	657 132	652 550	616 504	569 290	501 369	435 133	361 572	310 487	599 347	402 635	
Calabria		636 609	611 434	600 587	648 434	634 154	617 157	576 236	530 076	491 180	437 004	379 988	613 223	461 093	
Sicilia		621 301	632 339	635 674	667 160	671 971	656 354	628 842	587 321	550 548	498 890	457 627	677 580	524 066	
Sardegna		620 141	609 537	620 384	686 293	698 868	681 464	651 474	610 302	588 012	543 802	492 853	673 041	562 316	
TOTALE		6 555 513	6 418 898	6 528 872	7 147 708	7 356 866	7 142 214	6 825 555	6 444 891	6 127 749	5 593 328	5 102 021	7 246 618	5 795 673	

Pensioni sociali vigenti al 1° gennaio
Maschi e Femmine

Classi di età	Numero			Importo medio mensile		
	ANNO			ANNO		
	1995	1994	1993	1995	1994	1993
Fino a 14	-	-	-	-	-	-
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 29	-	-	-	-	-	-
30 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 49	-	-	-	-	-	-
50 - 54	-	-	-	-	-	-
55 - 59	-	-	-	-	-	-
60 - 64	-	-	-	-	-	-
65 - 69	246.883	246.705	245.256	353.208	349.558	332.983
70 - 79	292.524	291.775	293.627	364.982	369.049	345.304
oltre 80	173.460	185.134	193.708	398.165	388.478	368.629
Senza ind.	606	770	1.547	362.420	354.461	329.599
Totale	713.473	724.384	734.138	368.973	367.361	348.509

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale		
		Sesso: Maschi - Anno: 1993 - Pensioni sociali													
		Numero pensioni													
		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	80			
Piemonte		0	0	0	0	0	0	0	0	2.138	2.494	1.838	8	6.478	
V. D'Aosta		0	0	0	0	0	0	0	0	58	78	71	0	207	
Lombardia		0	0	0	0	0	0	0	0	5.090	5.386	4.052	30	14.558	
Liguria		0	0	0	0	0	0	0	0	1.454	1.687	1.386	6	4.533	
Trentino A.A.		0	0	0	0	0	0	0	0	569	550	303	0	1.422	
Veneto		0	0	0	0	0	0	0	0	2.526	2.626	1.843	9	7.004	
Friuli V.G.		0	0	0	0	0	0	0	0	1.034	918	519	4	2.475	
Emilia Rom.		0	0	0	0	0	0	0	0	2.858	2.603	1.878	7	7.346	
Toscana		0	0	0	0	0	0	0	0	3.052	3.181	2.542	4	8.779	
Umbria		0	0	0	0	0	0	0	0	1.173	1.278	1.258	3	3.712	
Marche		0	0	0	0	0	0	0	0	1.350	1.463	1.416	3	4.232	
Lazio		0	0	0	0	0	0	0	0	4.531	4.779	2.821	42	12.173	
Abruzzo		0	0	0	0	0	0	0	0	1.677	1.348	975	5	4.005	
Molise		0	0	0	0	0	0	0	0	269	259	145	0	673	
Campania		0	0	0	0	0	0	0	0	5.588	5.272	2.643	32	13.535	
Puglia		0	0	0	0	0	0	0	0	2.668	2.644	1.670	10	6.992	
Basilicata		0	0	0	0	0	0	0	0	536	550	581	2	1.669	
Calabria		0	0	0	0	0	0	0	0	1.722	1.517	911	10	4.160	
Sicilia		0	0	0	0	0	0	0	0	4.685	4.702	3.180	11	12.578	
Sardegna		0	0	0	0	0	0	0	0	806	654	372	4	1.836	
TOTALE		0	0	0	0	0	0	0	0	43.784	43.989	30.404	190	118.367	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale		
	Sesso: Maschi - Anno: 1993 - Pensioni sociali													
	Importo medio mensile													
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350.556	365.402
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	332.767
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	337.993	361.359
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	329.200	365.445
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	359.084
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	323.183	367.107
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	306.125	347.869
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	371.814	349.001
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	360.430	351.179
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	151.433	329.474
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	370.866	340.339
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	367.890	378.921
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	329.200	344.593
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	344.749
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	332.875	388.694
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	340.345	356.946
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	329.200	325.224
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	349.146	359.399
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	324.277	369.306
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	391.700	361.278
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	342.634	362.718

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Femmine - Anno: 1993 - Pensioni sociali													
Numero pensioni													
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	9.936	13.576	9.986	86	33.584
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	350	496	332	4	1.182
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	21.769	30.620	23.083	159	75.631
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	6.983	10.411	7.918	65	25.377
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	2.023	2.584	1.548	3	6.158
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	13.441	17.478	12.322	79	43.320
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	4.136	5.595	3.482	27	13.240
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	9.404	12.339	10.065	71	31.879
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	16.247	21.415	15.234	80	52.976
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	3.796	4.846	4.374	19	13.035
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	4.291	5.647	5.155	26	15.119
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	18.844	22.982	14.612	164	56.602
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	6.120	6.414	4.284	38	16.856
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	885	1.041	706	1	2.633
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	22.318	25.740	13.708	166	61.932
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	15.221	17.581	9.623	132	42.557
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	1.814	1.921	1.836	13	5.584
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	7.061	7.907	4.216	50	19.234
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	31.162	34.437	17.513	150	83.262
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	5.671	6.608	3.307	24	15.610
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	201.472	249.638	163.304	1.357	615.771

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensionati vigenti al 1° gennaio
Sesso: Femmine - Anno: 1993 - Pensioni sociali

Importo medio mensile

	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	0	0	0	0	0	0	0	0	308.920	331.629	373.740	311.056	337.379	
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	294.191	279.138	317.325	329.200	294.491	
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	315.587	340.061	375.362	327.913	343.765	
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	319.944	323.755	360.753	301.361	334.193	
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	311.263	324.482	341.320	412.533	324.415	
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	317.550	331.272	374.516	309.258	339.275	
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	310.226	312.064	345.598	311.598	320.308	
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	322.715	330.774	356.679	328.332	336.570	
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	318.583	326.547	353.852	311.303	331.933	
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	326.067	333.806	340.552	329.194	333.809	
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	323.401	336.759	345.428	317.016	335.890	
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	337.201	358.477	386.806	339.611	358.652	
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	326.667	342.655	356.260	332.808	340.285	
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	331.130	347.711	351.214	329.200	343.070	
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	350.417	369.522	395.230	357.808	368.296	
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	330.628	346.706	366.715	337.195	345.450	
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	322.413	326.199	325.474	303.880	324.679	
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	337.953	357.634	374.623	342.415	354.093	
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	339.940	362.550	377.705	315.528	357.191	
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	323.358	336.181	364.342	300.920	337.424	
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	328.540	344.332	369.405	327.774	345.778	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1993 - Pensioni sociali													
	Numero pensioni												
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	12.074	16.070	11.824	94	40.062
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	408	574	403	4	1.389	
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	26.859	36.006	27.135	189	90.189	
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	8.437	12.098	9.304	71	29.910	
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	2.592	3.134	1.851	3	7.580	
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	15.967	20.104	14.165	88	50.324	
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	5.170	6.513	4.001	31	15.715	
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	12.262	14.942	11.943	78	39.225	
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	19.299	24.596	17.776	84	61.755	
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	4.969	6.124	5.632	22	16.747	
Marche	0	0	0	0	0	0	0	5.641	7.110	6.571	29	19.351	
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	23.375	27.761	17.433	206	68.775	
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	7.797	7.762	5.259	43	20.861	
Molise	0	0	0	0	0	0	0	1.154	1.300	851	1	3.306	
Campania	0	0	0	0	0	0	0	27.906	31.012	16.351	198	75.467	
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	17.889	20.225	11.293	142	49.549	
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	2.350	2.471	2.417	15	7.253	
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	8.783	9.424	5.127	60	23.394	
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	35.847	39.139	20.693	161	95.840	
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	6.477	7.262	3.679	28	17.446	
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	245.256	293.627	193.708	1.547	734.138	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio												Totale		
	Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1993 - Pensioni sociali														
	Importo medio mensile														
	Classi di età												Senza ind.	oltre 80	
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	373.316	314.418	341.910
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	317.197	329.200	300.195
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	374.245	329.513	346.605
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	361.149	303.714	338.929
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	345.517	412.533	330.919
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	374.270	310.682	343.149
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	346.457	310.892	324.649
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	355.990	332.234	338.898
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	353.772	313.642	334.669
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	336.951	304.954	332.848
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	343.381	322.587	336.863
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	386.551	345.377	362.240
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	354.858	332.388	341.112
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350.411	329.200	343.412
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	395.970	353.778	371.954
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	365.443	337.417	347.072
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	372.002	307.256	324.804
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	375.044	343.537	355.037
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	376.035	316.126	358.780
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	364.372	313.889	339.943
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	368.629	329.599	348.509

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio
Sesso: Maschi - Anno: 1994 - Pensioni sociali

Numero pensioni

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	0	0	0	0	0	0	0	0	2.176	2.394	1.634	5	6.209
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	59	76	57	0	192
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	5.162	5.403	3.790	12	14.367
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	1.427	1.692	1.243	2	4.364
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	566	550	316	0	1.432
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	2.669	2.676	1.682	6	7.033
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	1.034	929	510	1	2.474
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	2.831	2.691	1.710	6	7.238
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	2.963	3.194	2.226	1	8.384
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	1.244	1.245	1.063	2	3.554
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	1.400	1.479	1.265	3	4.147
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	4.806	4.974	2.753	25	12.558
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	1.808	1.394	894	2	4.098
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	338	269	139	0	746
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	5.985	5.519	2.614	16	14.134
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	2.844	2.765	1.591	2	7.202
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	552	564	497	2	1.615
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	1.861	1.631	896	8	4.396
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	4.750	4.827	3.039	5	12.621
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	897	686	340	2	1.925
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	45.372	44.958	28.259	100	118.689

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio
Sesso: Maschi - Anno: 1994 - Pensioni sociali
Importo medio mensile

	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	oltre 80			
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	359.676	394.629	394.742	418.250	382.428
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	346.135	382.940	364.211	0	366.070
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	363.086	384.172	387.257	317.237	377.354
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	374.828	393.420	386.901	343.250	385.461
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	363.206	384.985	389.740	0	377.426
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	370.782	393.888	394.644	384.916	385.293
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	355.232	372.336	373.250	343.250	365.364
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	355.179	374.295	373.579	387.783	366.660
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	358.937	375.275	374.528	343.250	369.299
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	347.393	344.844	337.989	234.150	343.623
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	353.472	366.674	358.870	384.916	359.850
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	382.528	401.160	403.955	393.250	394.626
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350.526	369.333	366.582	343.250	360.422
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	349.728	369.487	359.860	0	358.741
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	394.640	411.509	419.467	360.659	405.780
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	367.034	384.081	387.171	405.750	378.038
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	344.340	360.281	349.551	343.250	351.509
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	367.825	381.559	400.657	370.873	379.617
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	381.078	395.161	392.098	418.250	389.133
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	357.614	389.715	392.529	405.750	379.929
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	369.662	388.082	387.046	371.864	380.857

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale		
	Sesso: Femmine - Anno: 1994 - Pensioni sociali															
	Numero pensioni															
	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	oltre 80	Senza ind.	Totale			
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9.130	49	31.761
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	311	3	1.112
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22.325	78	72.914
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.410	28	23.923
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.548	2	5.970
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11.717	34	41.827
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.366	5	12.613
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9.497	39	30.808
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14.287	38	50.719
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.946	8	12.557
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.765	18	14.730
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14.439	96	57.294
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.014	14	17.064
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	709	1	2.781
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13.651	102	62.886
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9.441	47	42.615
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.658	12	5.437
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.153	31	19.469
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17.351	59	83.803
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3.157	6	15.412
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	156.875	670	605.695

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

		Pensioni vigenti al 1° gennaio												Totale	
		Sesso: Femmine - Anno: 1994 - Pensioni sociali													
		Importo medio mensile													
		Classi di età												Senza ind.	oltre 80
		Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80			
Piemonte		0	0	0	0	0	0	0	0	324.314	352.726	393.519	315.233	355.717	
V. D'Aosta		0	0	0	0	0	0	0	0	314.759	324.426	355.895	343.250	330.183	
Lombardia		0	0	0	0	0	0	0	0	330.935	358.969	390.979	351.979	360.553	
Liguria		0	0	0	0	0	0	0	0	341.838	352.682	380.786	330.482	358.319	
Trentino A.A.		0	0	0	0	0	0	0	0	331.059	343.606	361.470	405.750	344.259	
Veneto		0	0	0	0	0	0	0	0	331.276	357.359	393.937	313.219	359.232	
Friuli V.G.		0	0	0	0	0	0	0	0	329.639	344.455	370.649	368.250	346.739	
Emilia Rom.		0	0	0	0	0	0	0	0	339.887	354.538	377.603	357.175	357.283	
Toscana		0	0	0	0	0	0	0	0	334.371	348.729	373.449	327.305	351.231	
Umbria		0	0	0	0	0	0	0	0	340.566	350.130	351.319	300.350	347.507	
Marche		0	0	0	0	0	0	0	0	339.348	357.070	368.302	345.802	355.403	
Lazio		0	0	0	0	0	0	0	0	353.387	373.624	402.972	362.404	374.156	
Abruzzo		0	0	0	0	0	0	0	0	342.408	360.183	374.419	347.682	356.862	
Molise		0	0	0	0	0	0	0	0	341.188	361.374	370.339	343.250	356.182	
Campania		0	0	0	0	0	0	0	0	366.808	388.515	413.046	381.425	385.980	
Puglia		0	0	0	0	0	0	0	0	347.678	367.643	388.366	383.029	365.144	
Basilicata		0	0	0	0	0	0	0	0	338.562	353.808	352.707	293.808	348.371	
Calabria		0	0	0	0	0	0	0	0	355.867	377.603	396.815	357.609	373.786	
Sicilia		0	0	0	0	0	0	0	0	345.247	381.062	397.569	348.517	374.748	
Sardegna		0	0	0	0	0	0	0	0	343.147	366.157	387.205	364.083	361.977	
TOTALE		0	0	0	0	0	0	0	0	344.987	365.533	388.736	351.664	364.717	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1994 - Pensioni sociali													
Numero pensioni													
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	11.876	15.276	10.764	54	37.970
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	415	518	368	3	1.304
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	26.514	34.562	26.115	90	87.281
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	8.137	11.467	8.653	30	28.287
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	2.469	3.067	1.864	2	7.402
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	16.040	19.381	13.399	40	48.860
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	5.049	6.156	3.876	6	15.087
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	12.016	14.778	11.207	45	38.046
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	18.666	23.885	16.513	39	59.103
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	5.136	5.956	5.009	10	16.111
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	5.794	7.032	6.030	21	18.877
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	24.187	28.352	17.192	121	69.852
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	8.201	8.037	4.908	16	21.162
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	1.326	1.352	848	1	3.527
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	28.753	31.884	16.265	118	77.020
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	18.014	20.722	11.032	49	49.817
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	2.324	2.559	2.155	14	7.052
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	8.922	9.855	5.049	39	23.865
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	36.268	39.702	20.390	64	96.424
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	6.598	7.234	3.497	8	17.337
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	246.705	291.775	185.134	770	724.384

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale		
	Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1994 - Pensioni sociali													
	Importo medio mensile													
	Classi di età											Senza ind.	oltre 80	
	Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80			
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	330.793	359.293	393.705	324.772	360.085
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	319.220	333.011	357.183	343.250	335.467
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	337.194	362.909	390.439	347.347	363.319
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	347.624	358.693	381.664	331.333	362.506
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	338.428	351.026	366.263	405.750	350.676
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	337.850	362.403	394.026	323.974	362.983
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	334.880	348.663	370.991	364.083	349.793
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	343.490	358.136	376.989	361.256	359.067
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	338.271	352.279	373.594	327.714	353.794
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	342.220	349.025	348.490	287.110	346.650
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	0	342.761	359.090	366.323	351.390	356.380
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	359.177	378.455	403.129	368.777	377.836
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	344.198	361.770	372.991	347.128	357.551
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	343.365	362.988	368.621	343.250	356.960
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	372.601	392.495	414.120	378.609	389.614
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350.734	369.836	388.194	383.956	367.008
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	339.934	355.235	351.979	300.871	349.090
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	358.361	378.258	397.497	360.330	374.860
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	358.630	382.776	396.754	353.965	376.631
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	346.473	368.591	387.813	374.500	363.970
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	349.558	369.049	388.478	354.461	367.361

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale	
	Sesso: Maschi - Anno: 1995 - Pensioni sociali												
	Numero pensionati												
	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.	
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	2.069	2.423	1.489	4	5.985
V. D' Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	52	72	64	0	188
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	5.073	5.421	3.376	9	13.879
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	1.435	1.681	1.096	1	4.213
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	559	568	308	0	1.435
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	2.636	2.694	1.506	4	6.840
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	977	993	473	2	2.445
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	2.815	2.762	1.542	6	7.125
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	2.890	3.226	2.016	0	8.132
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	1.204	1.258	894	1	3.357
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	1.402	1.461	1.106	2	3.971
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	4.793	5.133	2.432	20	12.378
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	1.814	1.525	777	2	4.118
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	344	270	124	0	738
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	6.207	5.755	2.477	13	14.452
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	3.225	2.955	1.465	2	7.647
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	617	569	392	2	1.580
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	1.977	1.806	828	6	4.617
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	4.756	5.040	2.831	4	12.631
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	974	761	325	0	2.060
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	45.819	46.373	25.521	78	117.791

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Pensioni vigenti al 1° gennaio													
Scsso: Maschi - Anno: 1995 - Pensioni sociali													
Importo medio mensile													
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	378.033	402.410	410.700	450.750	396.078
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	348.078	384.258	381.593	0	373.344
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	376.302	394.322	404.183	345.116	590.102
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	389.826	404.356	404.556	357.000	399.448
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	372.825	394.506	407.737	0	388.900
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	382.991	404.851	409.268	419.500	377.408
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	371.852	382.562	391.492	419.500	380.040
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	370.124	384.661	388.264	419.500	379.727
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	372.854	387.757	390.532	0	383.148
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	363.216	366.041	363.362	482.000	364.349
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	368.968	377.249	373.926	357.000	373.390
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	399.126	410.481	418.008	413.250	407.568
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	357.636	373.783	381.069	357.000	372.442
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	367.990	384.297	365.134	0	373.476
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	409.613	419.747	434.333	393.969	417.871
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	378.426	391.627	399.360	419.500	387.548
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	359.168	369.894	366.326	357.000	364.804
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	383.143	388.998	410.495	377.833	390.332
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	394.720	404.522	408.853	419.500	401.807
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	380.267	368.941	406.009	0	391.227
TOTALF	0	0	0	0	0	0	0	0	384.559	397.833	403.087	398.649	393.808

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale	
	Sesso: Femmine - Anno: 1995 - Pensioni sociali												
	Numero pensioni												
	Classi di età*											Senza ind.	
	Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80		
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	9.437	12.562	8.605	38	30.642
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	306	438	296	1	1.041
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	20.894	28.274	20.914	60	70.142
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	6.480	9.048	6.779	23	22.330
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	1.968	2.407	1.482	2	5.859
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	13.011	16.404	10.941	26	40.382
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	3.888	5.153	3.237	5	12.283
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	9.053	11.986	8.917	26	29.982
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	15.469	20.232	13.461	36	49.198
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	3.838	4.707	3.666	4	12.215
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	4.294	5.529	4.419	14	14.256
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	19.424	23.394	13.590	75	56.483
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	6.382	6.976	3.768	12	17.138
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	1.010	1.085	625	1	2.721
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	23.401	26.639	13.126	83	63.249
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	15.791	18.294	8.983	35	43.103
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	1.912	2.094	1.431	10	5.447
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	7.299	8.441	3.989	26	19.755
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	31.360	35.731	16.677	46	83.814
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	5.847	6.757	3.033	5	15.642
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	201.064	246.151	147.939	528	595.682

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale	
	Sesso: Femmine - Anno: 1995 - Pensioni sociali												
	Importo medio mensile												
	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.	
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	320.122	339.615	400.247	322.465	350.617
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	320.633	304.795	344.776	357.000	320.869
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	323.903	345.796	399.869	353.240	355.404
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	341.875	354.902	391.022	364.995	362.097
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	323.855	336.005	371.146	419.500	340.841
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	325.051	343.328	400.718	330.021	352.980
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	326.135	334.624	377.833	358.920	343.334
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	342.950	351.232	385.371	355.818	358.889
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	335.143	344.036	378.397	330.938	350.632
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	348.475	358.214	373.928	357.000	359.869
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	341.750	353.562	377.430	346.607	357.395
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	356.521	367.092	410.375	369.000	373.873
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	348.394	356.323	379.571	332.954	358.465
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	349.571	368.043	385.385	357.000	365.166
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	371.740	384.811	424.796	385.728	388.274
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	348.237	357.000	393.934	362.595	361.491
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	344.271	358.354	364.574	321.305	354.977
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	365.481	378.100	408.792	361.775	379.614
Sirilia	0	0	0	0	0	0	0	0	358.130	374.145	407.829	346.722	374.846
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	340.984	353.389	387.841	382.000	355.441
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	346.064	358.794	397.316	357.068	364.062

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio											Totale	
	Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1995 - Pensioni sociali												
	Importo medio mensile												
	Classi di età*											Senza ind.	
	Fino a 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 79	oltre 80		
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	330.536	349.769	401.789	334.683	358.046
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	324.619	316.013	351.321	357.000	328.896
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	334.140	353.603	400.469	352.180	361.136
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	350.569	362.650	392.906	364.662	368.025
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	334.688	347.174	377.442	419.500	350.296
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	334.812	352.007	401.752	341.952	359.415
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	335.316	342.369	379.574	376.229	349.428
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	349.395	357.493	385.798	367.758	362.890
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	341.079	350.049	379.978	330.938	355.244
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	351.995	359.865	371.857	382.000	360.835
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	348.449	358.513	376.729	347.906	360.880
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	364.953	374.899	411.534	378.316	379.930
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	352.653	359.455	379.827	336.389	361.173
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	354.251	371.282	382.032	357.000	366.939
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	379.680	391.018	426.310	386.844	393.779
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	353.357	361.815	394.695	365.671	365.417
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	347.905	360.820	364.951	327.254	357.187
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	369.245	380.021	409.085	364.786	381.644
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	362.948	377.900	407.978	361.744	378.377
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	346.593	358.000	389.599	382.000	359.605
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	353.208	364.983	398.165	362.420	368.973

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Pensioni vigenti al 1° gennaio													Totale
	Sesso: Maschi + Femmine - Anno: 1995 - Pensioni sociali													
	Numero pensioni													
	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.		
Piemonte	0	0	0	0	0	0	0	0	11.506	14.985	10.094	42	36.627	
V. D'Aosta	0	0	0	0	0	0	0	0	358	510	360	1	1.229	
Lombardia	0	0	0	0	0	0	0	0	25.967	33.695	24.290	69	84.021	
Liguria	0	0	0	0	0	0	0	0	7.915	10.729	7.875	24	26.543	
Trentino A.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	2.527	2.975	1.790	2	7.294	
Veneto	0	0	0	0	0	0	0	0	15.647	19.098	12.447	30	47.222	
Friuli V.G.	0	0	0	0	0	0	0	0	4.865	6.146	3.710	7	14.728	
Emilia Rom.	0	0	0	0	0	0	0	0	11.868	14.748	10.459	32	37.107	
Toscana	0	0	0	0	0	0	0	0	18.349	23.458	15.477	36	57.330	
Umbria	0	0	0	0	0	0	0	0	5.042	5.965	4.560	5	15.572	
Marche	0	0	0	0	0	0	0	0	5.696	6.990	5.525	16	18.227	
Lazio	0	0	0	0	0	0	0	0	24.217	28.527	16.022	95	68.861	
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	8.196	8.501	4.545	14	21.256	
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	1.351	1.355	749	1	3.459	
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	29.608	32.394	15.603	96	77.701	
Puglia	0	0	0	0	0	0	0	0	19.016	21.249	10.448	37	50.750	
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	2.529	2.663	1.823	12	7.027	
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	9.276	10.247	4.817	32	24.372	
Sicilia	0	0	0	0	0	0	0	0	46.116	40.771	19.508	50	96.445	
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	6.821	7.518	3.358	5	17.702	
TOTALE	0	0	0	0	0	0	0	0	246.483	292.524	173.460	606	713.473	

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

III RELAZIONE SULLE CONDIZIONI DI VITA
DEGLI ANZIANI IN ITALIA
(ottobre 1995)



Roma 10 OTT. 1995

Istituto Nazionale di Statistica

DIREZIONE CENTRALE DELLE STATISTICHE
SU POPOLAZIONE E TERRITORIO

Ministero Affari Sociali

Sua Sede

N. 88 Allegati
sposta al Foglio N. del

Oggetto: Invio relazione

Si trasmette la Relazione sulla condizione degli anziani per il Rapporto
al Parlamento, in sostituzione di quella precedentemente inviata.

Distintti saluti

Linda Laura Sabbadini

LINDA LAURA SABBADINI
Primo Ricercatore

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
24 OTT. 1995
Protocollo N. 13961/4/AS/RPA
ARRIVO

SOMMARIO

1. Gli anziani: chi sono e dove vivono	Pag.	95
1.1. Anziani oggi	»	95
1.2. La distribuzione territoriale	»	98
1.3. Lo stato civile e il titolo di studio	»	98
2. Anziane e anziani: diversi contesti familiari	»	102
3. Crescono le famiglie di anziani	»	104
4. Le condizioni di salute	»	106
4.1. La valutazione soggettiva dello stato di salute	»	106
4.2. Gli anziani disabili	»	108
4.3. L'utilizzo dei servizi sanitari	»	111
4.4. Il consumo di farmaci	»	112
4.5. Gli anziani nei presidi socio-assistenziali	»	113
5. Gli anziani e il lavoro	»	115
6. La condizione economica	»	121
6.1. Redditi da lavoro, redditi da pensione	»	121
6.2. Spesa media mensile e struttura dei consumi	»	122
6.3. Le famiglie di anziani sono a rischio di povertà	»	123
6.4. La situazione abitativa	»	124
6.5. Gli anziani valutano la loro condizione economica	»	126
7. Tempo libero e relazioni sociali	»	128
7.1. La riorganizzazione dei tempi di vita	»	128
7.2. Gli anziani e i figli: intimità a distanza	»	129
7.3. Le attività nel tempo libero	»	131
8. Gli anziani sono soddisfatti della loro vita quotidiana?	»	135
9. Gli anziani, soggetti sociali	»	136

1. GLI ANZIANI: CHI SONO E DOVE VIVONO (1).

1.1. Anziani oggi

L'invecchiamento della popolazione in atto in Italia, come anche nel complesso dei paesi occidentali, è il risultato di profondi mutamenti demografici avvenuti nel nostro Paese in un arco relativamente breve. In poco più di un secolo infatti, la speranza di vita è raddoppiata e la fecondità dimezzata - la speranza di vita è arrivata a 74,7 anni per gli uomini e 81,7 per le donne, mentre la fecondità (che era all'inizio degli anni '60 al di sopra del valore che assicurava la sostituzione dei genitori (2,1 figli per donna), si è attestata ai livelli più bassi del mondo (1,9 figli per donna - stima provvisoria). La popolazione anziana di 65 anni e più è cresciuta (tavola 1.1) passando dal 9,5 per cento del 1961 al 15,3 per cento del 1991, e con essa è cresciuta anche la proporzione di donne tra gli anziani che si avvalgono di una speranza di vita maggiore degli uomini e quindi rappresentano la maggioranza degli anziani in tutte le fasce di età. Diventa sempre più importante conoscere il mondo degli anziani, quali sono le loro condizioni di salute, l'ambiente in cui vivono, la condizione economica e le relazioni sociali, per capire se ai guadagni di sopravvivenza ottenuti corrispondono effettivi miglioramenti nella qualità della vita. I dati presenti nel rapporto vogliono essere di supporto alla comprensione della complessità del mondo degli anziani, per eliminare stereotipi e luoghi comuni purtroppo molto diffusi in una società come la nostra che non è ancora pronta a fare i conti con le nuove esigenze emergenti. L'anziano non è sempre un soggetto da assistere, un soggetto a cui dare. Il sessantenne di oggi è diverso dal sessantenne di domani che entrerà nell'età anziana con un percorso di vita *differente* e un *bagaglio culturale* maggiore. Le aree di disagio esistono e al crescere dell'età, come si vedrà cresce il problema della non autosufficienza; le famiglie di anziani sono a rischio di povertà. Ma non tutti gli anziani sono in situazioni di disagio. Politiche adeguate possono essere progettate, considerando i diversi segmenti di popolazione, sia quelli più disagiati o emarginati,

(1) La relazione è stata curata da Linda Laura Sabbadini e Roberta Vivio, Istat - Indagini Multiscopo sulle Famiglie.

sia quelli in migliori condizioni che manifestano esigenze diverse. Prima di procedere è doveroso precisare che la definizione di anziano, adottata in questo rapporto, è necessariamente la più ampia possibile. Si può fissare la soglia di ingresso nella vecchiaia secondo criteri economici (60-65 anni è l'età pensionabile) o secondo criteri biologici (70-75 anni è l'età in cui insorgono marcatamente le delibitazioni psicofisiche di un individuo), oppure secondo criteri demografici (10 anni prima della vita massima stimata). La scelta del criterio cambia notevolmente le considerazioni, le riflessioni, i dati; cambia, infatti, la popolazione di riferimento. Poiché non c'è ancora un accordo scientifico sul limite dell'età, che definisce l'anziano, si è optato per un'apparente « non scelta »; si farà riferimento, dunque, alla popolazione più ampia, quella di almeno 60 anni con il generico termine di « anziano », ma si presteranno dettagliatamente i dati per classe di età, al fine di evidenziare le differenze all'interno della popolazione anziana.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tav. 1.1 Popolazione di 65 anni e più nei Censimenti dal 1961 al 1991 per Regione

REGIONI	1961			1971			1981			1991		
	Pop. 65 e più	% Pop. 65 e più	% donne 65 e più	Pop. 65 e più	% Pop. 65 e più	% donne 65 e più	Pop. 65 e più	% Pop. 65 e più	% donne 65 e più	Pop. 65 e più	% Pop. 65 e più	% donne 65 e più
Piemonte	495.839	12,7	58,0	607.782	13,7	58,7	699.910	15,6	60,1	750.021	17,4	60,4
Valle d'Aosta	9.985	9,9	55,6	12.624	11,6	57,7	15.677	14,0	58,3	18.646	16,1	59,5
Lombardia	687.438	9,3	58,5	905.925	10,6	60,1	1.114.507	12,5	62,4	1.285.415	14,5	62,6
Trentino-Alto Adige	69.446	8,8	57,8	90.458	10,7	58,3	112.199	12,8	60,3	131.509	14,8	61,7
Veneto	351.027	9,1	58,2	445.635	10,8	59,8	559.611	12,9	61,1	669.013	15,3	61,4
Friuli Venezia-Giulia	137.849	11,4	60,8	172.242	14,2	61,4	210.110	17,0	61,9	232.414	19,4	62,7
Liguria	223.547	12,9	57,4	287.566	15,5	59,0	339.962	18,8	60,4	362.024	21,6	61,0
Emilia-Romagna	392.136	10,7	57,1	500.203	13,0	57,9	643.347	16,3	58,7	765.515	19,6	59,0
Toscana	391.479	11,9	57,0	497.586	14,3	57,8	602.442	16,8	58,9	689.786	19,5	58,9
Umbria	80.430	10,1	54,6	96.126	12,4	55,8	125.943	15,6	56,6	157.215	19,4	57,2
Marche	132.788	9,9	58,1	164.434	12,1	58,2	215.547	15,3	58,0	264.685	18,6	57,7
Lazio	322.325	8,1	58,1	439.565	9,4	58,0	580.783	11,6	58,3	726.754	14,1	59,1
Abruzzo	118.903	9,9	58,5	143.243	12,3	57,5	176.569	14,5	57,2	211.370	16,9	57,3
Molise	34.840	9,7	58,4	41.486	13,0	57,1	51.216	15,6	56,6	58.257	17,6	57,1
Campania	349.649	7,3	59,6	442.329	8,7	58,6	529.731	9,7	57,7	626.355	11,1	58,7
Puglia	273.183	8,0	56,1	333.862	9,3	56,2	407.922	10,5	56,7	498.032	12,4	56,9
Basilicata	48.095	7,5	56,2	61.539	10,2	54,7	76.406	12,5	54,6	86.874	14,2	55,3
Calabria	160.866	7,9	59,9	200.783	10,1	57,9	242.303	11,8	57,1	275.136	13,3	57,2
Sicilia	423.200	9,0	56,1	507.931	10,9	55,4	603.847	12,3	55,4	684.747	13,8	56,5
Sardegna	124.380	6,8	54,1	150.501	10,2	54,4	177.093	11,1	54,9	206.417	12,6	56,3
ITALIA	4.827.415	9,5	57,7	6.101.820	11,3	58,2	7.485.125	13,2	59,0	8.700.185	15,3	59,4

Fonte Istat. Censimenti della Popolazione 1961, 1971, 1981, 1991

1.2. *La distribuzione territoriale.*

Gli anziani di 60 anni e più sono il 21,3 per cento della popolazione, con differenze territoriali molto accentuate e incidenza maggiore nel Centro-Nord più che nel Mezzogiorno. Tale scarto, che tende ad aumentare nel tempo, è presente anche per la popolazione di 65 anni e più e di 80 anni e più. Entrando nel dettaglio regionale emerge la Campania con la popolazione più giovane, e la Liguria con la popolazione più vecchia, due regioni dove tra l'altro la fecondità mantiene rispettivamente il livello più alto e più basso (tavola 1.2).

I centri delle aree di grande urbanizzazione e i piccoli centri con meno di 2.000 abitanti sono inoltre le zone del Paese dove vivono più anziani e prefigurano la presenza di modelli di vita e problematiche molto diverse nei differenti segmenti di anziani. I primi inseriti nella caoticità dei grandi centri, come si vedrà, hanno il vantaggio dell'assistenza di più servizi, ma lo svantaggio di maggiore criminalità (di cui sono preoccupati), o di condizioni ambientali non adeguate, o di spese maggiori per la casa. I secondi, più isolati, hanno minore disponibilità di servizi ma maggiore tranquillità e migliori condizioni ambientali.

1.3. *Lo stato civile ed il titolo di studio.*

Sono circa 12 milioni gli anziani di 60 anni e più nel 1993-1994; 6.900.000 donne e 5.100.000 uomini. Al crescere dell'età aumenta la prevalenza femminile e ciò è spiegabile con il fatto che la supermortalità maschile aumenta con l'età. La percentuale di donne sul totale dei coetanei tra 60 e 64 anni è del 51,9 per cento, diventa 56,1 per cento tra 65 e 74 anni e 63 per cento da 75 anni in su.

Tale aspetto configura percorsi e situazioni di vita differenti tra uomini e donne. Le donne, infatti, si trovano a vivere più degli uomini da sole nelle età anziane. La stessa distribuzione per stato civile degli anziani risulta essere condizionata dallo squilibrio tra i sessi e dalla maggior tendenza degli uomini soli a risposarsi.

Sono coniugati il 59,7 per cento degli ultraottantenni contro il 14,4 per cento delle ultraottantenni. Dai 70 anni in su la maggioranza delle donne non è più coniugata e la vedovanza incide maggiormente sulle donne a tutte le età. Sono vedove il 20 per cento delle donne tra 60 e 64 anni, il 29,2 per cento tra 65-69 anni, il 73,9 per cento a 80 anni e più, per un totale di 2.900.000 vedove donne. 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 (tavola 1.3).

L'attuale popolazione anziana è costituita da quelle generazioni che non hanno conosciuto il *boom* dell'istruzione: il 24,6 per cento non ha nessun titolo di studio, il 50,9 per cento ha la licenza elementare (tavola 1.4). Le donne presentano un livello di istruzione più basso degli uomini e così anche gli anziani che vivono nel Sud e nelle Isole. In quest'ultimo caso il 43,1 per cento non ha conseguito nessun

titolo di studio e il 37,3 per cento ha solo la licenza elementare. Se si considerano le donne ultraottantenni nelle Isole, queste non hanno titolo di studio nel 70,5 per cento 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 l'11 per cento del totale, l'8,6 per cento nel caso delle donne.

Tav. 1.2 - Popolazione di 60, 65, 75 e 80 anni e più per regione, ripartizione e tipo di Comune. Anno 1994 (composizione percentuale)

REGIONI	60 e più	65 e più	75 e più	80 e più
Piemonte	24,0	17,6	6,0	3,6
Valle d'Aosta	21,7	16,4	5,7	3,1
Lombardia	20,7	15,0	5,6	3,3
Trentino-Alto Adige	20,1	14,8	5,0	3,1
Bozano-Bozen	18,2	13,4	4,7	2,7
Trento	21,9	16,2	5,4	3,4
Veneto	20,7	15,6	5,2	2,9
Friuli-Venezia Giulia	25,6	19,6	7,3	4,5
Liguria	29,2	22,1	10,0	6,2
Emilia-Romagna	26,5	20,1	7,9	4,8
Toscana	26,4	20,0	7,7	4,9
Umbria	26,6	20,0	7,5	4,4
Marche	25,1	19,2	7,1	4,0
Lazio	20,1	14,8	5,1	3,0
Abruzzo	23,2	17,5	6,9	4,1
Molise	24,2	18,1	6,6	3,8
Campania	16,8	11,7	5,3	2,9
Puglia	17,1	12,9	4,2	2,5
Basilicata	19,9	15,2	5,0	3,2
Calabria	19,2	14,1	5,4	3,0
Sicilia	19,2	14,2	5,1	2,8
Sardegna	17,1	13,0	4,9	2,9
ITALIA	21,3	15,6	5,9	3,4
RIPARTIZIONI				
Italia Nord-Occidentale	22,6	16,6	6,2	3,7
Italia Nord-Orientale	23,4	17,7	6,4	3,8
Italia Centrale	23,3	17,4	6,4	3,8
Italia Meridionale	18,1	13,2	5,2	2,9
Italia insulare	18,7	13,9	5,0	2,8
TOTALE	21,3	15,8	5,9	3,4
TIPO DI COMUNE				
Comune centro dell'area metropolitana	29,3	22,4	8,9	5,2
Comune limitrofo al centro dell'area metropolitana	14,3	9,5	3,0	1,7
Comuni fino a 2000 abitanti	24,3	18,7	7,8	4,6
Comuni da 2001 a 10.000 abitanti	19,5	14,4	5,5	3,2
Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti	18,6	13,6	4,8	2,8
Comuni da 50.001 abitanti e più	22,7	16,7	15,8	3,4
TOTALE	21,3	15,8	5,9	3,4

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tav.1.3 - Popolazione di 60 anni e più per stato civile, classe di età e sesso. Media 1993-1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ'	STATO CIVILE				
	Celibi o nubili	Coniugati	Separati e Divorziati	Vedovi	Totale
Maschi					
60-64	5,6	87,9	2,4	4,1	100
65-69	5,6	85,7	1,8	6,8	100
70-74	5,2	83,9	1,7	9,1	100
75-79	6,1	77,8	1,5	14,6	100
80 e più	4,8	59,7	1,3	34,2	100
Totale	5,5	81,7	1,9	10,9	100
Femmine					
60-64	7,6	70,6	2,2	19,6	100
65-69	9,1	59,9	1,8	29,2	100
70-74	10,7	43,1	2,0	44,2	100
75-79	9,4	27,0	0,7	62,9	100
80 e più	10,7	14,4	1,1	73,9	100
Totale	9,4	46,5	1,7	42,5	100
Maschi e					
Femmine					
60-64	6,6	78,9	2,3	12,2	100
65-69	7,5	71,4	1,9	19,2	100
70-74	8,3	60,6	1,9	29,2	100
75-79	8,1	47,5	1,0	43,4	100
80 e più	8,6	30,1	1,2	60,2	100
Totale	7,7	61,6	1,8	28,9	100

Fonte: Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tav. 1.4 - Popolazione di 60 anni e più per titolo di studio, classe di età, sesso. Italia. Anno 1994

CLASSI DI ETÀ*	TITOLO DI STUDIO					Totale
	Laurea	Diploma superiore	Licenza media	Licenza elementare	Senza titolo di studio	
Maschi						
60-64	5,4	8,9	20,1	54,0	11,6	100
65-69	3,7	11,0	18,3	51,0	16,0	100
70-74	6,6	8,0	14,7	50,8	19,8	100
75-79	4,7	10,7	10,8	51,7	22,0	100
80 e più	3,5	6,7	8,0	45,1	36,7	100
Totale	4,9	9,2	15,9	51,1	18,9	100
Femmine						
60-64	1,6	7,3	14,8	54,9	21,4	100
65-69	2,7	8,5	13,2	52,0	23,5	100
70-74	2,6	7,3	11,3	50,9	27,9	100
75-79	2,2	3,5	9,9	52,3	32,0	100
80 e più	0,9	4,0	6,9	42,7	45,5	100
Totale	2,0	6,6	11,6	50,8	29,0	100
Maschi e Femmine						
60-64	3,4	8,1	17,4	54,5	16,7	100
65-69	3,2	9,7	15,5	51,5	20,1	100
70-74	4,2	7,6	12,7	50,9	24,6	100
75-79	3,3	6,6	10,3	52,1	27,7	100
80 e più	1,8	5,0	7,3	43,6	42,4	100
Totale	3,3	7,7	13,5	50,9	24,6	100

Fonte: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

I dati esposti mettono in evidenza un basso livello di istruzione della popolazione anziana. Il dato può essere considerato anche ottimistico, visto che non può tener conto dell'analfabetismo di ritorno.

2. ANZIANE E ANZIANI: DIVERSI CONTESTI FAMILIARI.

Il benessere degli anziani è molto legato al contesto familiare in cui sono inseriti. Le relazioni familiari, 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'autono-

mia fisica). La famiglia diventa elemento ancora più importante nella qualità della vita dell'anziano, perché è il contesto fondamentale entro cui l'anziano può continuare ad esercitare un ruolo attivo, ricevendo se necessario il sostegno alle proprie esigenze di aiuto e assistenza. La famiglia è il contesto entro cui l'anziano passa la maggior parte delle giornate (considerando la ridotta mobilità della popolazione all'aumentare dell'età). Ma uomini e donne nelle età anziane vivono in forme familiari differenti (tavola 2.1).

Si osservano più donne che uomini in quelle situazioni familiari (persone sole, nuclei monogenitore, membri isolati) in cui il rapporto di coppia, quando c'era si è ormai sciolto. Si registra una prevalenza di uomini in quelle situazioni familiari basate sul rapporto di coppia sia con figli, sia senza figli. In sostanza gli uomini continuano a vivere in coppia, le donne se non hanno qualche figlio che rimane nella famiglia di origine vivono da sole per poi rientrare, in alcuni casi, nella famiglia del figlio.

Tav. 2.1 - Popolazione di 60 anni e più per tipo di famiglia in cui vivono: graduatoria Anno 1993-1994

CLASSI DI ETÀ*	ANZIANI		ANZIANE	
60-64	In coppia con figli come genitore	48,8	In coppia senza figli	33,2
	In coppia senza figli	36,6	In coppia con figli	30,5
	Una persona sola	6,4	Una persona sola	14,9
65-74	In coppia senza figli	54,1	In coppia senza figli	36,9
	In coppia con figli	28,0	Una persona sola	29,2
	Una persona sola	8,9	In coppia con figli	11,3
75 e più	In coppia senza figli	53,6	Una persona sola	47,9
	Una persona sola	20,9	In coppia senza figli	15,7
	In coppia con figli	10,8	Genitore solo	11,6
	In famiglia con più nuclei	4,8	In coppia con figli come membro aggregato	10,3

Fonte: Istat, indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

All'aumentare dell'età, per effetto della vedovanza, aumenta la quota di coloro che si ritrovano soli mentre diminuisce la proporzione di coloro che vivono in coppia. Ciò è particolarmente evidente per il sesso femminile, che può contare su una speranza di vita superiore di circa sette anni rispetto al sesso maschile e che, mediamente, è più giovane 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 è di molto superiore a quella delle femmine in tutte le età anziane.

All'aumentare dell'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) (tavola 2.2). Tale aumento è evidente per i grandi vecchi ed è imputabile generalmente all'inserimento dell'anziano nella fami-

glia dei figli o di altri parenti nel momento in cui diminuisce l'autosufficienza. La maggiore presenza di donne in questo caso è imputabile ad un'età media delle donne anziane più alta degli uomini (e conseguentemente a maggiori problemi di autosufficienza presenti tra le donne).

È interessante notare come poco più di un terzo delle donne fino ai 75 anni vivono ancora la fase del « nido vuoto », cioè dell'uscita dei figli dalla famiglia mentre, a partire dai 75 anni, quasi la metà vive sola. Diversamente succede per gli uomini che fino a 64 anni vivono prevalentemente con moglie e figli (48,8 per cento), entrano nella fase di « nido vuoto » dai 65 anni (54,1 per cento) e vi permangono anche dopo i 75 anni.

Per gli uomini è meno probabile vivere una fase della vita da soli.

3. CRESCONO LE FAMIGLIE DI ANZIANI.

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

Nel 1993-1994 sono il 41,5 per cento le famiglie « con almeno » un anziano di 60 anni e più, il 32,8 per cento quelle con almeno un anziano di 65 anni e più (tavola 3.1).

Tav. 3.1- Famiglie con almeno un anziano e famiglie con tutti anziani nel 1989-1990 e nel 1993-1994 (per 100 famiglie)

CLASSI DI ETÀ'	Famiglie con almeno un anziano		Famiglie con tutti anziani	
	1989-1990	1993-1994	1989-1990	1993-1994
60 anni e più	40,0	41,5	23,6	24,3
65 anni e più	30,3	32,7	17,9	19,3
75 anni e più	14,5	14,1	7,9	7,7
80 anni e più	7,4	8,6	3,8	4,5

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tav 2.2. - Popolazione di 60 anni e più per contesto familiare, sesso ed età. Anno 1993-1994

CLASSI DI ETÀ'	CONTESTO FAMILIARE										Totale	
	Una persona sola	Altre famiglie senza nuclei	In coppia con figli come membro aggregato	In coppia senza figli come membro aggregato	In nucleo monogenitore come membro aggregato	In coppia con figli come genitore	in nucleo monogenitore come genitore	In nucleo monogenitore come figlio	In coppia senza figli	In famiglia con più nuclei		
Maschi												
60-64	6,4	1,1	0,3	0,3	0,0	48,8	2,2	0,9	36,6	3,2	100	
65-74	8,9	1,7	0,9	0,4	0,1	28,0	2,0	0,2	54,1	3,7	100	
75 e più	20,9	2,1	2,6	0,9	0,4	10,8	3,9	-	53,6	4,8	100	
Totale	11,0	1,6	1,1	0,5	0,2	30,0	2,5	0,3	48,9	3,8	100	
Femmine												
60-64	14,9	2,1	0,9	0,3	0,1	30,5	8,9	1,3	38,2	2,6	100	
65-74	29,2	3,8	3,3	0,6	0,9	11,3	8,9	0,5	38,9	2,7	100	
75 e più	47,9	4,8	10,3	3,6	1,4	2,5	11,6	0,0	15,7	2,1	100	
Totale	31,5	3,7	4,9	1,4	0,9	13,1	9,7	0,6	31,6	2,5	100	
Maschi e Femmine												
60-64	10,8	1,7	0,6	0,3	0,1	39,3	5,7	1,1	37,5	2,9	100	
65-74	20,3	2,9	2,2	0,5	0,5	18,6	5,9	0,4	45,6	3,1	100	
75 e più	37,9	3,8	7,5	2,6	1,1	5,6	8,8	0,0	29,7	3,1	100	
Totale	22,7	2,8	3,3	1,0	0,6	20,4	6,6	0,5	39,1	3,1	100	

Fonte: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Nel 1993-1994 sono 5.027.000 le famiglie di tutti anziani di 60 anni e più, un quarto delle famiglie totali, se si considerano anziani di 65 anni e più si passa ad un quinto. Le famiglie di tutti ultrasettantacinquenni raggiungono il 7,7 per cento del totale e quelle di tutti ultraottantenni il 4,4 per cento.

È molto alta, tra le tipologie, l'incidenza delle famiglie unipersonali che cresce al crescere dell'età considerata come limite dell'età anziana. Le famiglie di anziani sono più presenti nell'Italia Nord-Occidentale e meno nelle Isole, la distribuzione rispecchia i diversi gradi di invecchiamento della popolazione (tavola 3.2).

Analizzando la tipologia delle famiglie con anziani e senza anziani è possibile affermare che mentre nelle famiglie senza anziani dominante è la forma familiare « coppie con figli » (66,4 per cento), nelle famiglie anziane la situazione è esattamente agli antipodi, essendo al primo posto gli anziani soli (tavola 3.3).

Tav. 3.2 - Famiglie di tutti anziani per ripartizione geografica.
Anno 1993-1994 (per 100 famiglie della stessa zona)

CLASSI DI ETÀ'	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Italia
60 anni e più	25,7	24,9	25,6	22,1	22,1	24,3
65 anni e più	20,2	19,7	20,5	17,5	17,8	19,3
75 anni e più	8,4	7,0	7,4	7,8	7,3	7,7
80 anni e più	4,8	4,0	4,4	4,6	4,2	4,5

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tav. 3.3 - Famiglie di tutti anziani per tipologia. Anno 1993-1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ'	60 anni e più	65 anni e più	75 anni e più	80 anni e più	Nessun anziano
Persone sole	54,6	60,3	79,6	85,4	13,4
Insieme di parenti	2,3	2,2	2,0	1,5	0,8
Coppie senza figli	42,1	37,0	18,3	13,0	11,4
Coppie con figli	-	-	-	-	66,4
Monogenitore	1,0	0,5	-	-	7,4
Famiglie con 2 o più nuclei	0,1	-	-	-	0,0
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

4. LE CONDIZIONI DI SALUTE.

4.1. La valutazione soggettiva dello stato di salute.

L'Istat ha condotto nel 1994 l'« Indagine trimestrale sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari » nell'ambito dell'« Indagine Multiscopo ».

Oltre un quarto degli anziani nel 1994 ha dichiarato di sentirsi in buona salute (tavola 4.1); risulta prevalente una generale percezione della propria condizione di salute come discreta (anche in presenza di malattie croniche), mentre la percezione di cattiva salute (23,3 per cento) si associa a particolari condizioni di gravità nella cronicità delle malattie, e ancor più alla multicronicità, che è una delle caratteristiche salienti delle età più avanzate: oltre l'85 per cento di coloro che dichiarano di sentirsi male presentano più di una malattia cronica. È in particolare tra gli ultraottantenni che la percezione soggettiva dello stato di salute risulta negativa (40,4 per cento).

Salute è benessere psicofisico; non è quindi data solo dall'assenza di patologie, ma anche dalla percezione positiva del proprio stato di salute. Ed è quindi davvero degno di nota il fatto che pur in presenza di malattie croniche esista una fascia di persone che dichiara di sentirsi bene. È un diverso atteggiamento verso la malattia che si evidenzia, che consente a molti di vivere con situazioni problematiche all'interno di un equilibrio percepito come discreto.

Le malattie croniche dell'età anziana non sono le stesse per i due sessi. Analizzando il quadro delle patologie maschili emergono l'artrosi (41,2 per cento), l'ipertensione (26,8 per cento), la bronchite o l'enfisema (20,2 per cento), l'ulcera (10 per cento), il diabete (10,8 per cento) l'angina e altre malattie del cuore (12,8 per cento). Per le donne, invece, l'artrosi a livelli più alti (55,7 per cento), il diabete (12,9 per cento), l'ipertensione (33,8 per cento), l'osteoporosi (20 per cento), l'angina e altre malattie del cuore (14,5 per cento). L'osteoporosi è quasi assente tra gli uomini (3,6 per cento).

Tav. 4.1 - Popolazione di 60 anni e più per stato di salute dichiarato, sesso e classe di età. Anno 1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETA'	STATO DI SALUTE						Totale
	Molto male	Male	Discretamente	Bene	Molto bene	Non indicato	
Maschi							
0-59	0,5	2,3	16,9	51	28,6	0,7	100
60-64	3,1	12,4	47,2	31	5,8	0,4	100
65-69	3,3	13,9	53,8	24,6	4,5	0,1	100
70-74	4,2	20,6	51,3	20,6	2,9	0,4	100
75-79	9,3	23,2	51,1	13,0	2,9	0,5	100
80 e più	12,4	29,0	43,2	13,1	1,8	0,4	100
Totale	1,4	5,3	23,0	45,7	23,9	0,6	100
	Molto male	Male	Discretamente	Bene	Molto bene	Non indicato	Totale
Femmine							
0-59	0,6	3,4	22,1	50,3	22,8	0,8	100
60-64	2,7	15,6	53,2	24,4	3,5	0,6	100
65-69	3,5	22,4	51,5	19,3	2,9	0,4	100
70-74	3,9	25,0	52,5	15,7	2,5	0,4	100
75-79	6,9	28,1	51,9	11,7	0,9	0,6	100
80 e più	8,8	31,1	45,9	12,7	1,0	0,5	100
Totale	1,6	8,2	28,9	42,6	18,0	0,7	100
	Molto male	Male	Discretamente	Bene	Molto bene	Non indicato	Totale
Maschi e Femmine							
0-59	0,6	2,9	19,5	50,6	25,7	0,7	100
60-64	2,9	14,1	50,3	27,6	4,6	0,5	100
65-69	3,4	18,7	52,4	21,6	3,6	0,3	100
70-74	4,0	23,2	52,0	17,8	2,7	0,4	100
75-79	7,9	26,0	51,6	12,2	1,7	0,5	100
80 e più	10,1	30,3	44,9	12,9	1,3	0,4	100
Totale	1,5	6,8	26,0	44,1	20,9	0,7	100

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo, "Aspetti della vita quotidiana"

4.2. Gli anziani disabili.

Il problema della disabilità è uno dei più importanti tra quelli emergenti. Nel 1980 è stata messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, uno strumento concettuale fondamentale per lo studio della disabilità, l'International Classification of Disease, Disability and Handicap (ICDH). Tale classificazione ha uniformato definizioni e concetti fornendo a tutti i Paesi e a tutti gli operatori sociali e sanitari

uno strumento comune di base per molte applicazioni anche nel campo delle indagini statistiche.

La classificazione si compone di tre livelli (menomazione, disabilità, handicap).

Per menomazione si intende qualsiasi perturbazione fisica o mentale del funzionamento del corpo (perdita di un organo, arto, ecc.), derivante da una malattia, incidente o lesione.

La disabilità è la perdita di capacità funzionali o dell'attività conseguente alla menomazione. L'handicap è lo svantaggio vissuto a causa della presenza di menomazione o disabilità.

Sono dunque tre livelli successivi di deficit: fisico, funzionale, relazionale.

La disabilità è stata misurata attraverso una batteria di domande che tendono ad individuare la funzionalità (ovvero la capacità di svolgere un insieme selezionato di funzioni e attività essenziali nella vita quotidiana (ADL)), e raggruppata in tre dimensioni: la dimensione delle funzioni della vita quotidiana (cura della persona), la dimensione fisica relativa alle funzioni della mobilità (compreso il confinamento a letto), la dimensione comunicativa (parola, vista e udito). Il numero dei disabili è stato stimato considerando tutti coloro che hanno dichiarato di avere una limitazione al grado massimo in almeno uno degli items del questionario.

Nel 1994 sono 1.879.000 i disabili di 60 anni e più (tavola 4.2), il 15,6 per cento degli anziani. Dunque se è vero che disabile vuol dire, il più delle volte, anziano, anziano vuol dire disabile molto meno spesso di quanto si tenda a ritenere. La disabilità è caratteristica delle età più avanzate e condiziona fortemente soprattutto la vita degli ultraottantenni. Si passa, infatti, dal 5,1 per cento di disabilità a 60-64 anni, al 7,7 per cento a 65-69 anni, al 12,8 per cento a 70-74 anni, al 20 per cento a 75-79 anni, fino al 44,7 per cento per gli ultraottantenni e, anche nella disabilità, le donne sono svantaggiate. Analizzando nel dettaglio le differenti dimensioni della disabilità emerge che 187.000 anziani sono confinati a letto (la maggioranza di questi ha più di 80 anni), 155.000 sono confinati su una sedia e 423.000 confinati in casa. Presentano disabilità nelle funzioni della vita quotidiana 1.232.000 anziani.

In particolare il 38,2 per cento delle ultraottantenni e il 27,3 per cento degli ultraottantenni non è autonomo nelle attività della vita quotidiana. Presentano, invece, gravi difficoltà nel movimento 920.000 anziani, 431.000 dei quali ultraottantenni. Le difficoltà nella comunicazione riguardano 361.000 anziani, il 50 per cento dei quali sono ultraottantenni; per altro, la situazione sembra essere rimasta stabile rispetto alla rilevazione condotta nel 1990.

Va inoltre ricordato che i dati si riferiscono soltanto agli anziani che vivono in famiglia e sono destinati a incrementarsi se si considerano gli anziani che vivono nei presidi socio-assistenziali. Va fatto notare che un intelligente utilizzo di questi dati può essere particolarmente proficuo nella predisposizione di politiche « su misura » per le varie tipologie di azioni.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tav. 4.2 - Persone di 60 anni e più disabili per classe di età e tipo di disabilità. Anno 1994 (dati in migliaia)

Sesso	Popolazione	Disabili	Confinati a letto	Confinati su una sedia	Confinati a casa	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista, udito e parola
Valori assoluti								
Maschi								
60-64	1 473	79	5	6	8	54	30	10
65-69	1364	89	10	4	22	47	44	17
70-74	1091	120	12	10	18	79	50	26
75-79	543	88	8	11	16	59	44	17
80 e più	717	260	43	23	55	196	123	71
Totale	5188	636	78	54	119	435	291	141
Femmine								
60-64	1552	76	6	8	12	39	37	16
65-69	1729	148	9	12	32	57	75	23
70-74	1500	212	16	5	54	106	123	37
75-79	764	173	19	9	38	104	86	31
80 e più	1282	633	59	67	169	490	308	113
Totale	6827	1242	109	101	305	796	629	226
Maschi e Femmine								
60-64	3025	155	11	14	20	93	68	26
65-69	3093	237	19	16	54	104	119	40
70-74	2591	332	28	15	21	185	173	63
75-79	1307	261	27	21	54	164	129	48
80 e più	2000	894	102	89	224	686	431	184
Totale	12016	1879	187	155	424	1232	920	361

Fonte: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tav. 4.2 (segue) - Persone di 60 anni e più disabili per classe di età e tipo di disabilità. Anno 1994 (quozienti per 1000 abitanti)

CLASSI DI ETA'	Totale	Disabili	Confinati a letto	Confinati su una sedia	Confinati a casa	Disabilità nelle funzioni	Difficoltà nel movimento	Difficoltà vista, udito e parola
Quozienti								
Maschi								
60-64	1000	63,4	3,1	4,4	5,3	36,7	20,4	6,8
65-69	1000	65,6	7,2	3,1	15,8	34,8	32,4	12,3
70-74	1000	108,7	10,6	8,7	16,3	72,4	48,2	24,0
75-79	1000	163,0	15,6	20,8	28,9	109,3	80,4	32,0
80 e più	1000	363,0	59,3	31,7	76,2	273,7	171,7	99,0
Totale	1000	36,2	3,4	2,8	6,2	24,1	13,3	8,2
Femmine								
60-64	1000	49,1	4,1	4,9	7,8	25,3	24,2	10,0
65-69	1000	85,4	5,3	7,1	18,7	32,9	43,2	13,5
70-74	1000	141,4	10,9	3,5	35,7	70,7	61,8	24,6
75-79	1000	226,5	24,4	12,2	50,2	136,6	112,0	40,0
80 e più	1000	493,9	46,1	51,9	132,0	382,2	239,9	87,8
Totale	1000	55,4	4,9	4,0	12,7	33,8	26,0	10,1
Maschi e Femmine								
60-64	1000	51,1	3,6	4,7	6,6	30,8	22,3	8,4
65-69	1000	76,6	6,2	5,3	17,4	33,7	38,4	13,0
70-74	1000	128,0	10,8	5,7	27,5	71,4	66,8	24,5
75-79	1000	200,1	20,8	15,8	41,4	125,2	98,9	35,7
80 e più	1000	446,9	50,6	44,7	112,0	343,3	215,5	91,8
Totale	1000	46,1	4,2	3,3	9,8	29,1	19,8	7,2

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

4.3. L'utilizzo dei servizi sanitari.

Gli anziani rappresentano la parte di popolazione che maggiormente necessita di cure sanitarie e quindi maggiormente i servizi sanitari.

Nel 1994 a fronte di 10 milioni circa di ricoveri circa 4 milioni sono stati ricoveri di anziani; tali ricoveri hanno comportato più del 50 per cento delle giornate di degenza complessiva (la durata media di degenza è più alta al crescere dell'età e raggiunge i 14-15 giorni di ricovero per gli ultraottantenni). Anche analizzando le visite mediche emerge l'anziano come utente dei servizi, in particolare di quelli pubblici. Al crescere dell'età aumenta il peso delle visite generiche rispetto alle specialistiche. Inoltre, gli anziani in generale si affidano molto di

più del resto della popolazione al servizio pubblico anche per le visite specialistiche (tavola 4.3). Queste infatti risultano a pagamento per una quota del 40,2 per cento contro il 64,2 per cento della popolazione non anziana. Tale comportamento è espressione di condizioni economiche meno agiate della popolazione anziana e del 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 degli anziani è assorbito dagli anziani disabili e dagli anziani cronici.

Tav. 4.3 - Visite specialistiche a pagamento effettuate nelle 4 settimane precedenti l'intervista per età e sesso. Anno 1994 (per 100 visite specialistiche)

% VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE A PAGAMENTO			
CLASSE DI ETÀ'	Totale	Maschi	Femmine
0-59	64,2	61,1	66,3
60 e più	40,2	38,1	41,9
60-64	40,7	40,9	40,5
65-69	41,6	44,5	39,3
70-74	40,8	33	47,8
75-79	34,3	36,6	32,1
80 e più	40,6	33,1	47,1
Totale	56,7	53,3	59,2

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

4.4. Il consumo di farmaci.

Il consumo di farmaci, insieme all'utilizzo di servizi sanitari, è una delle discriminanti più consistenti tra popolazione anziana e meno anziana; si è riscontrato che gli anziani consumano farmaci in un rapporto di 3 ad 1 (63 per cento contro 21,9 per cento nel 1994) rispetto alla popolazione al di sotto dei 60 anni. È questo un dato sostanzialmente stabile nel tempo. Meno stabile è la modalità di acquisizione di farmaci. Infatti passando dal 1993 al 1994 tra coloro che hanno preso medicinali in farmacia negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, aumentano coloro che li hanno comprati a prezzo intero. Tale incremento ha riguardato maggiormente gli anziani. Va ricordato che nel gennaio 1994 è stato abolito il prontuario terapeutico ed è stata attuata la riclassificazione dei farmaci in tre fasce. La spesa farmaceutica pubblica è diminuita ulteriormente, ma non la spesa farmaceutica complessiva che si è scaricata sulle famiglie (che hanno visto crescere il loro contributo di oltre 2.000 miliardi).

Nel 1993 vigeva il regime dei bollini e la popolazione degli esenti era molto più ristretta perché individuata sulla base di criteri sanitari ed economici (13 milioni di esenti). Nel 1994 la quota di esenti passa a

18 milioni ed è tutta la popolazione di 60 anni e più e fino a 10 anni. Dai dati emerge che la riclassificazione dei farmaci ha pesato di più sugli anziani, maggiori consumatori dei farmaci di tutte le fasce.

La manovra avvenuta sui farmaci non ha dunque modificato il comportamento degli anziani nei confronti del consumo dei medicinali. Ciò in parte è dovuto al fatto che il consumo di farmaci per questo settore di popolazione è dettato da bisogni sanitari difficilmente comprimibili. La manovra sui farmaci ha avuto, invece, l'effetto di aumentare la quota di anziani che comprano farmaci a loro spese.

4.5. Gli anziani nei presidi socio-assistenziali.

L'assistenza degli anziani al di fuori dell'ambito familiare viene fornita nei 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 ed 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 solo per anziani (tavola 4.4). A questa tipologia di presidi appartengono 2.807 istituti e, a fronte di un tasso di utilizzazione molto prossimo al 100 per cento, 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 gli assistiti sono diminuiti di 3.000 casi (in particolare nella classe di età 60-64 anni) considerando il complesso dei presidi (tavola 4.5). 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), che quello di posti letto (da 13.897 a 16.460). Il 71,9 per cento degli assistiti anziani nei presidi socio-assistenziali sono donne, l'1,9 per cento della popolazione femminile anziana.

L'Italia ha un modello di organizzazione sociale fortemente basato sulla famiglia.

Questo è uno dei motivi per cui la proporzione di persone residenti in Istituti (la popolazione istituzionalizzata) è molto più contenuta che in altri Paesi.

È, infatti, la famiglia *in primis* che si fa carico dell'assistenza delle persone non autosufficienti, soprattutto anziane. Il problema della non autosufficienza è molto grave perché presuppone l'esistenza, nella famiglia o nella rete familiare, di persone *ad hoc* in grado di seguire i disabili in modo continuativo, data anche la scarsa diffusione delle strutture apposite.

Tav. 4.4 - Anziani assistiti nei presidi socio-assistenziali.
Anno 1992

CLASSI DI ETA'	Dat. assoluti			Quozienti specifici (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
75 e più	31.152	103.365	134.157	2299,7	4339,9	3590,6
Totale	49.960	131.604	182.879	964,1	1863,0	1494,2

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

Dai dati del Censimento 1991 emerge che la popolazione istituzionalizzata comprende categorie molto diverse al suo interno, ma nel 65 per cento dei casi è costituita da persone che non hanno un coniuge, un genitore o un figlio. L'85 per cento della popolazione in Istituti assistenziali ha 65 anni o più e uno su tre di questi ha più di 84 anni. Oltre il 96 per cento degli anziani negli Istituti assistenziali risulta senza il coniuge; il 51 per cento di questi 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 aggiungono 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: le strutture per anziani (day hospital, residenze sanitarie, eccetera) sono state previste dal Piano Sanitario Nazionale solo qualche anno fa, contrariamente a quanto avvenuto in altri Paesi anglosassoni, dunque l'Italia vive ancora una fase progettuale o sperimentale.

Tav. 4.5 - Presidi residenziali socio-assistenziali esclusivamente per anziani, posti letto, assistiti, giornate di presenza, secondo il tipo di accoglimento dei presidi. Anno 1992

Tipologia del presidi	Totale presidi	Posti letto	Assistiti al 31/12	Giornate di presenza di cui maschi	Totale x 100	Per assistito
Per non autosufficienti	227	16.460	15.335	4.067	5.477	357
Per autosufficienti	1.078	37.521	32.995	8.533	11.662	353
Per non autosufficienti e autosufficienti	1.502	104.051	95.597	25.116	33.378	349
Totale	2.087	158.032	143.927	37.716	50.517	351

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

5. GLI ANZIANI E IL LAVORO.

Nei paesi industrializzati la partecipazione degli anziani al mercato del lavoro è andata riducendosi nel tempo. I motivi di tale situazione sono da ricercarsi sia nella costituzione dei sistemi previdenziali, che hanno garantito l'uscita « protetta » del lavoratore 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 che presenta generalmente una maggiore flessibilità e adattamento alle nuove procedure tecnologiche, e in genere un grado di istruzione superiore rispetto alle forze di lavoro più anziane.

Anche in Italia la partecipazione degli anziani all'attività produttiva è andata riducendosi nel tempo, fondamentalmente per motivi analoghi a quelli degli altri paesi oltreché per motivi congiunturali: la crisi economica, i costi di lavoro, l'automazione, favoriscono l'uscita forzata degli anziani dal mercato del lavoro con prepensionamenti e licenziamenti.

Gli attivi rappresentano nel complesso il 7,7 per cento della popolazione nel 1994 ma se per gli uomini tale quota raggiunge il 13,6 per cento solo il 3,3 per cento delle donne risulta occupato o in cerca di occupazione (tavola 5.1).

La classe di età 60-64 anni, per quanto riguarda i tassi di attività lavorativa soprattutto tra gli uomini, si distacca dal resto della popolazione anziana perché in questo caso la percentuale di occupati è del 30,7 per cento. I tassi sono tutti in diminuzione.

La partecipazione delle donne anziane al mercato del lavoro è molto più bassa e rispecchia la situazione del mercato del lavoro del passato.

Tav. 5.1 - Popolazione di 60 anni e più secondo la condizione sul mercato del lavoro. Media '94 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ	Occupati	In cerca di occupazione	Forze di lavoro	Non forze di lavoro	Totale
Maschi					
60-64	30,7	0,7	31,4	68,6	100
65-69	11,8	0,1	11,9	88,9	100
70-74	5,2	0,1	5,3	94,8	100
75 ed oltre	2,5	0,1	2,6	97,4	100
15-59	68,4	6,9	75,3	23,7	100
60 ed oltre	13,6	0,3	13,9	86,1	100
Totale	66,7	6,4	73,1	26,9	100
Femmine					
60-64	8,2	0,2	8,4	91,6	100
65-69	2,9	0,0	2,9	97,0	100
70-74	1,3	0,0	1,3	98,6	100
75 ed oltre	1,0	0,0	1,0	99,0	100
15-59	38,2	7,3	45,5	54,5	100
60 ed oltre	3,3	0,1	3,4	96,6	100
Totale	28,4	6,3	34,7	65,3	100
Maschi e Femmine					
60-64	18,8	0,4	19,2	80,7	100
65-69	6,5	0,1	6,6	93,4	100
70-74	2,9	0,0	2,9	97,0	100
75 ed oltre	1,8	0,1	1,9	98,1	100
15-59	53,8	7,1	60,9	39,1	100
60 ed oltre	7,7	0,2	7,9	92,1	100
Totale	42,0	6,3	48,3	51,6	100

Fonte: Istat, Indagine sulle Forze di Lavoro.

La condizione più frequente degli occupati anziani (tavola 5.2), sia maschi che femmine, è quella di lavoratore indipendente (64,4 per cento); il 41,1 per cento è lavoratore in proprio, il 7,3 per cento libero professionista, il 4,4 per cento imprenditore.

La posizione di lavoratore indipendente raggiunge il suo massimo nella classe di età 70-74 anni (86,8 per cento) (tavola 5.3). La condizione di indipendente sta ad indicare come gli anziani tendano a conservare un impiego soprattutto quando è forte la spinta economica al proseguimento dell'attività lavorativa oltre l'età pensionabile, ovvero quando non ci sono garanzie nel dopo uscita (pensioni).

Gli anziani sono impiegati soprattutto nel settore dei servizi (59,2 per cento), che presenta un elevato grado di flessibilità e meglio si adatta alle esigenze di individui che preferiscono non lavorare a tempo pieno (tavola 5.4); accanto ai servizi si affianca il tradizionale settore agricolo (56,5 per cento gli uomini, e 67,5 per cento le donne) che occupa generalmente individui con basso titolo di studio, maggiormente presenti in questa fascia di popolazione. È interessante notare come all'aumentare dell'età aumenti il peso dell'impiego in agricoltura e diminuisca quello nei servizi.

È questa l'espressione a livello di età della transizione avvenuta da un'economia tradizionale ad una industriale.

Infine, è evidente dai dati che non è tanto l'età anagrafica o biologica che condiziona il lavoro, e anche la sua fine, nella vita di un uomo o una donna. Ciò che effettivamente conta è il tipo di lavoro, le regole di uscita dal mercato e le sicurezze sociali del dopo uscita.

Tav. 5.2 - Popolazione secondo la condizione sul mercato del lavoro. Media '94 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETA'	CONDIZIONE		
	Indipendenti	Dipendenti	Totale
Maschi			
60-64	56,9	43,1	100
65-69	79,0	21,0	100
70-74	86,6	13,4	100
75 ed oltre	72,0	28,0	100
15-59	29,2	70,8	100
60 ed oltre	64,4	35,6	100
Totale	31,1	68,9	100
Femmine			
60-64	56,5	43,5	100
65-69	73,6	26,4	100
70-74	87,2	12,8	100
75 ed oltre	74,3	25,7	100
15-59	22,8	77,2	100
60 ed oltre	60,7	39,3	100
Totale	24,1	75,9	100
Maschi e Femmine			
60-64	55,4	44,6	100
65-69	77,7	22,3	100
70-74	86,8	13,2	100
75 ed oltre	72,9	27,1	100
15-59	26,9	73,1	100
60 ed oltre	63,5	36,5	100
Totale	28,8	71,4	100

Fonte: Istat, Indagine sulle Forze di Lavoro

Tav. 5.3 - Persone di 60 anni e più occupate secondo la posizione nella professione.
Media '94 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ	Dirigenti	Direttivi e impiegati	Operai	Altra posizione	Imprenditori	Liberi professionisti	Lavoratori in proprio	Altra posizione	Totale
Maschi									
15-59	1,9	28,2	39,8	1,0	2,0	3,8	19,8	3,6	100
60-64	4,6	17,7	20,7	0,1	4,5	6,3	42,3	3,8	100
65-69	3,7	9,7	7,9	0,2	7,1	14,9	51,2	6,3	100
70-74	5,2	4,7	3,5	0,1	7,2	16,4	52,4	10,6	100
75 e oltre	2,0	13,0	13,0	-	4,3	11,0	33,8	23,1	100
Totale	2,6	27,8	30,8	0,6	2,2	4,1	21,1	3,8	100
Femmine									
15-59	0,8	45,3	29,7	1,4	0,8	1,9	12,0	8,1	100
60-64	1,2	30,0	17,9	0,3	1,4	2,4	29,3	17,5	100
65-69	1,2	14,7	10,3	0,1	2,2	2,8	37,1	31,6	100
70-74	-	6,4	6,1	0,3	3,1	1,3	39,8	43,1	100
75 e oltre	-	13,2	12,5	-	0,6	1,2	16,5	56,1	100
Totale	0,8	44,8	29,2	1,3	0,8	1,9	12,7	8,7	100
Maschi e Femmine									
15-59	1,5	34,3	36,2	1,1	1,5	3,1	17,0	5,2	100
60-64	3,8	20,5	20,1	0,2	3,8	5,4	39,3	6,9	100
65-69	3,1	11,0	8,1	0,2	5,9	11,5	47,7	12,6	100
70-74	3,8	5,1	4,1	0,1	6,1	12,4	49,1	19,2	100
75 e oltre	1,2	13,1	12,8	-	2,8	7,1	28,8	36,3	100
Totale	1,8	33,5	35,3	1,1	1,7	3,3	18,1	5,5	100

Fonte: Istat, Indagine sulle Forze di Lavoro

Tav. 5.4 - Persone di 60 anni e più occupate secondo il settore di attività economica. Media '94 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ'	SETTORE DI ATTIVITÀ' ECONOMICA			
	Agricoltura	Industria	Altre attività	Totale
Maschi				
60-64	20,0	22,1	57,9	100
65-69	28,4	16,3	55,2	100
70-74	34,9	13,3	51,7	100
75 e oltre	31,5	18,9	49,6	100
15-59	6,7	39,5	53,7	100
60 e oltre	23,4	20,1	56,5	100
Totale	7,6	38,5	53,9	100
Femmine				
60-64	19,2	6,2	74,6	100
65-69	31,2	9,6	59,2	100
70-74	35,1	8,7	56,2	100
75 e oltre	40,7	10,4	49,0	100
15-59	7,6	22,7	69,8	100
60 e oltre	25,0	7,5	69,7	100
Totale	8,1	22,2	69,7	100
Maschi e Femmine				
60-64	19,8	18,5	61,7	100
65-69	29,1	14,7	56,2	100
70-74	35,0	12,1	52,9	100
75 e oltre	35,1	15,5	49,4	100
15-59	7,0	33,5	59,5	100
60 e oltre	23,8	17,0	59,2	100
Totale	7,8	32,7	59,4	100

Fonte: Istat, Indagine sulle Forze di Lavoro

6. LA CONDIZIONE ECONOMICA.

6.1. *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 livello di vita, è possibile riscontrare che la popolazione anziana si situa nel complesso al di sotto della media della popolazione. Il livello di vita può essere valutato indirettamente analizzando la principale fonte di reddito delle persone anziane (tavola 6.1).

Tra le possibili fonti di reddito, il lavoro e i patrimoni rappresentano rispetto alla pensione, all'indennità o al mantenimento quelle cui generalmente viene associato un livello di reddito superiore. 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.

Analizzando la fonte di reddito principale delle famiglie nel 1994 emerge che le famiglie con persona di riferimento anziana (60 anni e più) sono caratterizzate per l'8,7 per cento dall'aver un reddito prevalente da lavoro. Questo dato nasconde una forte variabilità: si passa, infatti dal 24,4 per cento delle famiglie con persona di riferimento tra 60 e 64 anni, al 4,7 per cento 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 1992 dal 10 per cento all'8,7 per cento. La diminuzione è particolarmente accentuata per le famiglie con persona di riferimento di sesso maschile (dal 15 per cento al 12,6 per cento).

Sulle famiglie di anziani, quindi è stato più evidente l'impatto delle misure adottate nel campo della riforma delle pensioni che hanno indotto un certo numero di persone ad anticipare il 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 per carriere lavorative più brevi, o perché pensioni di reversibilità), sia perché l'incidenza dei redditi da lavoro è ancora più bassa che nel caso degli uomini (2,1 per cento contro 12,6 per cento).

Tav. 6.1 - Famiglie secondo il sesso, l'età e la principale fonte di reddito della persona di riferimento. Anno 1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ'	FONTI DI REDDITO					Totale	V.A. in migliaia
	Lavoro	Pensione	Indennità	Patrimonio	Mantenimento familiare		
Maschi							
60-64	30,1	65,9	1,2	1,2	1,6	100	1 475
65-74	6,3	90,4	1	1,3	1	100	2 243
75 e più	1	95,6	1,2	1,3	1	100	985
fino a 59	88,5	8	1,2	0,7	1,6	100	10 776
60 e più	12,6	83,8	1,1	1,3	1,2	100	4 703
Totale	65,4	31	1,2	0,8	1,5	100	15,479
Femmine							
60-64	6,6	85	3,6	1,4	3,4	100	471
65-74	1,9	92,1	3	1	2,1	100	1 265
75 e più	0,2	94,1	2,9	1	1,8	100	1 040
fino a 59	57,6	21,9	3,5	3	14	100	1 765
60 e più	2,1	91,6	3	1,1	2,2	100	2 776
Totale	23,3	64,6	3,2	1,8	6,8	100	4 541
Ughe							
Femmine							
60-64	24,4	70,5	1,8	1,3	2,1	100	1 945
65-74	4,7	91	1,7	1,1	1,4	100	3 605
75 e più	0,6	94,8	2	1,2	1,4	100	2 025
fino a 59	84,1	9,9	1,6	1	3,4	100	12 541
60 e più	8,7	86,7	1,8	1,2	1,5	100	7 473
Totale	56	38,6	1,7	1,1	2,7	100	20 020

Fonte: Istat. Indagine sui Consumi delle famiglie

6.2. Spesa media mensile e struttura dei consumi.

La spesa media mensile per famiglia si riduce sensibilmente con l'aumentare dell'età della persona di riferimento e la diminuzione si mantiene se viene considerata la spesa per componente (Tavola 6.2). Si passa infatti, da una spesa media per componente di 1.147.000 delle famiglie con persona di riferimento da 60 a 64 anni, a 1.035.000 per le più anziane. La riduzione della spesa media familiare tipica delle età anziane è espressione di una diversa disponibilità di reddito (pensione, per lo più), oltreché di una diversa struttura dei consumi nell'ultima fase della vita. In ogni fase della vita, infatti, si ha a livello individuale una diversa propensione al consumo e al risparmio.

Ciò significa che anche a livello aggregato i consumi di una popolazione più o meno giovane sono diversi (tavola 6.3). Aumenta sul bilancio l'incidenza della spesa per quei beni e servizi primari (gli ali-

mentari, l'abitazione, l'energia elettrica, i combustibili), il cui consumo è scarsamente comprimibile, e diminuisce quella per i beni secondari e voluttuari (il vestiario, i trasporti e le comunicazioni, gli spettacoli, la cultura). Infatti, la spesa per alimentazione, che nelle famiglie con persona di riferimento minore di 60 anni rappresenta il 20,8 per cento, nelle famiglie anziane raggiunge il 23,8 per cento nel 1994, evidenziando così una leggera diminuzione nei confronti del 1992 causata da una crescita del peso sul totale del bilancio delle spese per l'abitazione. Queste sono passate dal 18,4 per cento del 1992 al 23 per cento nel 1994 per le famiglie anziane, e raggiungono il 28,4 per cento nel caso delle famiglie con persona di riferimento donna ultrasettantacinquenne.

Tav. 6.2 - Spesa media mensile per classi di età della persona di riferimento. Anno 1994

CLASSI DI ETÀ	SPESA MEDIA	
	Per famiglia	Componente
60-64	2.992.884	1.147.123
65-74	2.393.734	1.163.499
75 e più	1.774.228	1.035.608
fino a 59	3.498.376	1.090.402
60 e più	2.381.918	1.130.084
Totale	3.081.276	1.094.296

Fonte: Istat, Indagine sui Consumi delle famiglie

Tav. 6.3 - Famiglie per struttura dei consumi, ed età della persona di riferimento. Italia. Anno 1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ	Alimentari	Non alimentari	Abitazione	Trasporti e comunica- zione	Combustibili ed energia elettrica	Servizi sanitari e spese salute	Spesa totale
60-64	22,9	77,1	19,7	15,5	5,1	3,5	100
65-74	24	76,0	23,7	12,2	5,8	3,6	100
75 e più	24,8	75,2	26,9	7,8	6,4	5,0	100
fino a 59	20,8	79,2	18,1	17,8	4,5	2,6	100
60 e più	23,8	76,2	23,0	12,4	5,7	3,9	100
Totale	21,7	78,3	19,6	16,2	4,8	3,0	100

Fonte: Istat, Indagine sui Consumi delle famiglie

6.3. Le famiglie di anziani sono a rischio di povertà.

Nel 1994 vivevano in condizione di povertà 2.038.000 famiglie per un totale di 6.458.000 persone (tavola 6.4). Questi valori corrispondono al 10,2 per cento delle famiglie italiane e all'11,5 per cento della popolazione che non risiede in convivenze. Rientrano nel novero delle famiglie povere quelle famiglie che si trovano al di sotto della linea di

povertà, cioè quelle che hanno consumi pro-capite equivalenti a meno della metà del consumo medio pro-capite nazionale.

Le famiglie a più alto rischio di povertà sono quelle con persona di riferimento anziana, che presentano un rischio di povertà doppio: il 15 per cento delle famiglie in cui la persona di riferimento è maggiore di 65 anni, infatti, è povero contro l'8-9 per cento delle rimanenti famiglie.

Analizzando nel dettaglio emerge che 962.000 famiglie con persona di riferimento di 60 anni o più sono povere (il 47,2 per cento delle famiglie povere), per un totale di 2.085.000 individui. In sostanza gli anziani poveri rappresentano il 32 per cento di tutti i poveri. Un terzo degli anziani poveri è ultrasettantenne, il 44 per cento è analfabeta o non ha nessun titolo, il 47,7 per cento ha solo la licenza elementare. I dati mostrano come il segmento della popolazione anziana sia particolarmente esposto al rischio di povertà. Ciò deve indurre una particolare attenzione al problema considerando che, come afferma la Commissione Povertà, tra il 1993 e il 1994 il numero dei poveri è rimasto sostanzialmente uguale, ma la condizione relativa è peggiorata.

Tav. 6.4 - Famiglie di anziani poveri per sesso e grado di istruzione della persona di riferimento. Anno 1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETA' DELLA PERSONA DI RIFERIMEN- TO	SESSO			GRADI DI ISTRUZIONE						Totale compo- nenti V.A. (x 1000)	Totale famiglie V.A. (x 1000)
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Analfa- beta o nessun titolo	Licen- za elemen- tare	Licen- za media	Diploma supe- riore	Laurea		
Valori %											
60-64	100	77,5	22,5	100	24,5	59,5	11,9	4,0	-	522	175
65-74	100	68,8	31,2	100	39,4	52,8	4,9	2,9	0,1	835	371
75 e più	100	55,1	44,9	100	57,1	38,1	3,9	0,8	0,1	729	416
fino a 59	100	88,5	11,5	100	6,6	38,9	41,4	12,1	1,0	4 372	1 076
60 e più	100	64,5	35,5	100	44,3	47,7	5,7	2,2	0,1	2 085	962
Totale	100	77,2	22,8	100	24,4	43,0	24,5	7,4	0,6	6 458	2 038

Fonte: Istat, Indagine sui consumi delle famiglie

6.4. 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 di vita di un individuo. Per altro rispecchiano scelte di vita familiare e stili di vita condizionati da fattori economici, lavorativi, sociali in cui un individuo si imbatte nel corso della sua esistenza, da solo e con la sua famiglia.

Considerando la distribuzione delle famiglie (classificate per età e sesso della persona di riferimento) per titolo di godimento dell'abitazione, si trova che sia per gli uomini che per le donne (ovvero per le relative famiglie) più frequentemente i proprietari di casa sono i più

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

anziani: i settantacinquenni maschi lo sono nel 79,7 per cento dei casi contro il 70,5 per cento delle donne (tav. 6.5). Al di sotto dei 59 anni si scende a 70,6 per cento per gli uomini e a 62,2 per cento per le donne. L'abitazione resta in Italia uno dei più solidi beni rifugio.

Passando ai servizi accessori di cui la casa dispone si nota, anche su questo versante, l'esistenza di uno svantaggio femminile: nettamente inferiore il possesso di telefono (82,4 per cento contro il 90,4 per cento) per le famiglie di donne, tra cui sono visibilmente penalizzate le ultrasettantacinquenni (71,4 per cento contro 83,5 per cento).

Per quanto riguarda telefono e riscaldamento le donne, a partire dai 60 anni, vivono in case meno accessoriate rispetto agli uomini, mentre dispongono pariteticamente di televisione e frigorifero. Il possesso dei primi due accessori, dunque, è maggiormente discriminato tra i due sessi, specialmente se si scende a livello di ripartizione geografica: al Sud solo il 55,4 per cento delle donne di più di 75 anni (1 donna su 2) possiede il telefono.

Tav. 6.5 - Famiglie per sesso ed età della persona di riferimento, titolo di godimento dell'abitazione ed alcuni servizi installati. Anno 1984 (per 100 famiglie)

CLASSI DI ETÀ	Proprietà	Affitto	Altre	Riscaldamento	Telefono	Televisione	Frigorifero	Totale abitazioni
Maschi								
60-64	80,4	18,2	1,4	90,1	92,1	97,8	97,7	100
65-74	80,8	17,1	2,3	90,7	90,3	97,8	97,5	100
75 e più	79,7	18,9	3,4	90,2	83,5	96,3	97,2	100
fino a 59	70,8	23,9	5,5	92,3	90,7	96,8	97,7	100
60 e più	80,3	17,4	2,3	90,4	89,5	97,3	97,5	100
Totale	73,6	21,9	4,6	91,8	90,4	97,0	97,7	100
Femmine								
60-64	71,7	23,9	4,4	89,5	84,9	97,7	98,2	100
65-74	72,2	23,6	4,2	91,8	82,8	96,8	98,1	100
75 e più	70,8	21,7	7,8	88,7	71,4	94,9	97,5	100
fino a 59	62,2	30,8	7,0	92,3	87,8	93,5	97,1	100
60 e più	71,4	22,9	5,6	89,5	78,9	96,2	97,9	100
Totale	67,9	28,0	6,1	90,6	82,4	95,1	97,6	100
Maschi e Femmine								
60-64	76,3	19,8	2,1	90,0	90,3	97,8	97,8	100
65-74	77,8	19,5	3,0	91,1	87,8	97,3	97,7	100
75 e più	74,9	19,4	5,6	88,4	77,3	95,6	97,4	100
fino a 59	69,4	24,8	5,7	92,3	90,3	98,4	97,6	100
60 e più	77,0	19,5	3,5	90,1	85,5	96,9	97,8	100
Totale	72,9	22,8	4,9	91,6	88,5	96,6	97,8	100

Fonte: Istat, Indagine sui Consumi delle famiglie.

6.5. *Gli anziani valutano la loro condizione economica.*

Nel 1994 le condizioni economiche degli anziani sono peggiorate nel 30 per cento dei casi (tavola 6.6). Il 37 per cento degli anziani, inoltre, valuta le proprie risorse come scarse o insufficienti. Il dato emerso dall'indagine « Aspetti della vita quotidiana » rappresenta un campanello d'allarme e accanto ad altri fattori oggettivi può essere utilizzato per meglio comprendere la situazione degli anziani da un punto di vista economico.

Le donne versano in condizioni economiche peggiori degli uomini (38,7 per cento contro 35 per cento). Accanto alla valutazione sulla situazione economica è importante anche analizzare il giudizio più complessivo che gli anziani danno delle proprie condizioni di vita intendendo questo concetto in modo molto ampio. Il 48,6 per cento della popolazione anziana lamenta la presenza di spese per l'abitazione troppo alte (nel 1990 il 34,1 per cento). L'abitazione è troppo piccola nel 13,4 per cento dei casi e in cattive condizioni nel 7,4 per cento. Inoltre, il 13,4 per cento degli anziani lamenta l'irregolare erogazione dell'acqua, in particolare nelle isole (42,7 per cento).

Un terzo degli anziani considera la propria zona a rischio di criminalità; questo dato è grave per coloro che vivono nei centri delle aree di grande urbanizzazione (65,1 per cento) (tavola 6.7). Aspetti negativi rispetto alla qualità della vita emergono anche se si analizza il dato del traffico (52,9), l'inquinamento (42,1 per cento) e la sporcizia delle strade (30,9 per cento). Qualità della vita è un concetto complesso in cui la valutazione soggettiva sui luoghi di vita è essenziale. I dati dimostrano che esiste un settore di anziani che non vive bene nella propria zona o abitazione. In particolare la criminalità crea un senso di insicurezza negli anziani che vivono nei grandi centri, che soffrono anche del traffico e dell'inquinamento. Un generale miglioramento si percepisce al diminuire della dimensione demografica dei Comuni, fatta eccezione per l' hinterland che ha caratteristiche più simili ai grandi comuni. Sia per quanto riguarda la criminalità che i dati ambientali, infatti, emerge una generale migliore qualità della vita nei centri più piccoli rispetto ai centri delle aree di grande urbanizzazione.

Tav. 6.6 - Popolazione di 60 anni e più per giudizio sulle condizioni economiche, sull'abitazione e sulla zona in cui vivono e ripartizione geografica. Anno 1994 (quozienti per 100 abitanti della stessa zona)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	Italia
Sporozia (molta o abbastanza)	34,8	18,0	35,3	35,6	29,2	30,9
Traffico (molto o abbastanza)	57,0	48,0	53,4	52,2	51,9	52,9
Inquinamento (molto o abbastanza)	52,0	35,7	42,3	38,9	34,0	42,1
Criminalità (molta o abbastanza)	34,7	17,3	31,6	39,8	30,9	32,1
Difficoltà nella erogazione dell'acqua	6,6	4,3	11,5	18,3	42,7	13,4
Spese per l'abitazione troppo alte	49,7	57,7	51,3	39,8	30,8	48,6
Abitazione troppo piccola	6,2	5,3	9,7	13,0	11,4	8,7
Abitazione in cattive condizioni	5,5	6,3	5,8	11,5	9,6	7,4
Situazione economica peggiorata	27,3	31,8	33,9	30,3	25,1	30,4
Risorse attuali scarse o insufficienti	31,7	35,0	38,8	41,4	45,8	35,4

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Tav. 6.7 - Popolazione di 60 anni e più per giudizio sulle condizioni economiche, sull'abitazione e sulla zona in cui vivono e tipologia del Comune. Anno 1994 (quozienti per 100 abitanti della stessa zona)

	Comuni aree grandi urbane	Periferie aree grandi urbane	Comuni 60.000 e più	Comuni da 10.000 a 60.000	Comuni da 2.000 a 10.000	Comuni fino a 2.000	Totale
Sporcizie (molta e abbondanza)	52,0	35,9	33,1	25,0	17,5	14,7	30,9
Traffico (molto e abbondanza)	77,1	55,9	61,5	49,5	34,8	17,1	52,9
Inquinamento (molto e abbondanza)	74,7	51,6	57,0	38,0	17,5	7,9	42,1
Criminalità (molta e abbondanza)	66,1	41,4	42,0	30,0	11,1	5,3	32,1
Difficoltà nella erogazione dell'acqua	8,2	17,8	11,3	15,9	17,8	9,5	13,4
Spese per l'abitazione troppo alte	52,2	53,0	46,5	50,3	46,5	39,5	48,6
Abitazione troppo piccola	9,9	7,8	8,7	8,2	8,0	9,8	8,7
Abitazione in cattive condizioni	9,5	9,0	6,6	5,7	8,1	4,7	7,4
Situazione economica peggiorata	37,6	36,3	29,4	29,7	23,9	22,2	30,0
Risorse attuali scarse o insufficienti	45,5	44,8	36,9	37,0	31,3	26,4	37,3

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo, "Aspetti della vita quotidiana"

7. TEMPO LIBERO E RELAZIONI SOCIALI.

7.1. La riorganizzazione dei tempi di vita.

Prima di arrivare alla terza e quarta età uomini e donne hanno percorso un lungo tratto di vita, denso di eventi e di circostanze che hanno lasciato tracce indelebili nell'esistenza di ognuno. Queste età finali possono essere età di rimpianti per le scelte mancate o dei momenti belli vissuti distrattamente, ma anche le età in cui il peso delle responsabilità è ridotto e in cui uomini e donne possono essere oggettivamente riavvicinati a tempi e luoghi di vita; ed ancora essere le età in cui il tempo si libera e finalmente si può pensare a se stessi quasi totalmente.

Il tipo di vita attuale accanto al tipo di organizzazione familiare relativo alle fasi di vita precedenti, incide sulle caratteristiche della

vita quotidiana di uomini e donne, individuando diversi modelli di uso del tempo. Durante quest'ultima fase del ciclo di vita delle famiglie, infatti, i ruoli familiari e le responsabilità da assumere sono caratterizzate da continuità e da cambiamento nello stesso tempo. 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 che attraversano quest'ultima fase, i cambiamenti che intervengono nella propria vita familiare possono rappresentare delle vere e proprie sfide, delle piccole rivoluzioni domestiche.

Ma esistono anche delle forti « continuità » dovute al lungo tratto di vita percorso e, nel caso di coppie anziane, percorso insieme, 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, quando uscire insieme, far compere insieme, incontrare amici e parenti, ecc.) e un senso speciale 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 altri 20-30 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 mostrato che esistono forti contraccolpi sia economici che psicologici che derivano dal passaggio repentino dalla vita attiva al riposo.

Le età anziane sono caratterizzate da una vera e propria ridefinizione dei ruoli sociali degli individui: da padre/madre, lavoratore/lavoratrice, a quelli di marito/moglie a tempo pieno o aggiuntivi di nonno/nonna e di pensionato/pensionata o meglio di « casalinga di ritorno ».

I problemi di natura psicologica ma anche di vera e propria organizzazione dell'esistenza, non sono certo indifferenti.

La terza e quarta età sono le età di ritiro dal lavoro, le età della messa a riposo, l'età di una vita meno segnata da ritmi esterni alla famiglia e all'individuo, le età del tempo « liberato ».

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

7.2. Gli anziani e i figli: intimità a distanza.

È difficile individuare precisamente i contorni delle aree di isolamento della popolazione anziana. Il tipo di relazioni parentali e non, l'intensità dei rapporti, dipendono da fattori soggettivi e oggettivi, dalla storia coniugale e riproduttiva. Ma un dato è certo: il legame con i figli è molto forte. Possiamo inizialmente suddividere gli anziani tra coloro che hanno figli e coloro che non ne hanno. Nella popolazione di 60 anni e più il 17,1 per cento degli anziani non ha figli; se consideriamo

gli ultrasessantacinquenni, il quoziente sale al 20,4 per cento. La popolazione anziana che ha figli mantiene rapporti molto frequenti con essi. Dei 2.650.000 ultrasessantacinquenni che hanno figli, nel 1994 il 29,2 per cento vive con loro, il 33,9 per cento vive solo con il partner e il 32,6 per cento vive da solo (tavola 7.1).

Tav. 7.1 - Popolazione di 75 anni e più per tipo di famiglia in cui vive. Anno 1994

	ANZIANI CHE HANNO FIGLI		ANZIANI CHE NON HANNO FIGLI	
	Valore assoluto (x 1000)	Valore percentuale	Valore assoluto (x 1000)	Valore percentuale
Vivono con i figli	773	29,2	-	-
Vivono da soli	865	32,6	392	58,0
Vivono con il coniuge	899	33,9	136	20,1
Altre	113	4,3	149	21,9
Totale	2.650	100	678	100

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (dati provvisori)

È interessante notare che solo una porzione molto piccola degli anziani soli frequenta i figli qualche volta all'anno o mai (il 5 per cento): una piccola minoranza che coincide con coloro che hanno i figli a più di 50 chilometri di distanza o all'estero. Gli anziani soli vedono tutti i giorni i figli nel 59 per cento dei casi, più di una volta a settimana nel 20 per cento dei casi, una volta a settimana nell'8 per cento dei casi. La frequenza dei rapporti è molto legata alla vicinanza. Un terzo degli ultrasessantacinquenni, infatti, abita nello stesso caseggiato e un terzo nello stesso comune entro 1 km. La frequenza dei rapporti con i figli è alta, anche se si considerano gli anziani che vivono con il partner, seppure non raggiunge il livello degli anziani soli.

In questo caso quasi la metà degli ultrasessantacinquenni si vede tutti i giorni con i figli e un quarto qualche volta a settimana. Dunque gli anziani che hanno figli mantengono relazioni frequenti con loro (tavola 7.2). Il telefono è molto usato, anche se gli anziani vivono nello stesso caseggiato dei figli (il 30,2 per cento si telefona tutti i giorni, il 20 per cento più di una volta a settimana) e rappresenta lo strumento che permette di mantenere contatti in presenza di lunghe distanze (il 56,9 per cento degli anziani che vivono a più di 50 km si sente per telefono con i figli più di una volta a settimana).

Il contatto per telefono non è, però, sostitutivo di un contatto personale, ma si integra ad esso.

La situazione descritta è definibile come « intimità a distanza »: la maggior parte degli anziani, infatti, mantiene la propria abitazione autonoma, ma abita vicino ad almeno un figlio e si vede con questo prevalentemente più di una volta a settimana.

Ma come vive il 20 per cento degli anziani ultrasessantacinquenni che non ha figli? Sono 678.000 gli anziani ultrasessantacinquenni senza figli di cui il 67,3 per cento sono donne. Il 58 per cento vive solo,

il 20,1 per cento soltanto con il partner, il 14,1 per cento in famiglie senza nuclei. È fondamentale tener presente questo segmento di popolazione che in età avanzata, in mancanza del supporto fondamentale dato dall'esistenza dei figli, può soffrire di maggior isolamento.

Infatti, l'esistenza dei figli, come si è visto, è quasi sinonimo di rete familiare e frequentazione. La loro assenza può favorire isolamento e rischio di istituzionalizzazione.

Tav. 7.2 - Popolazione di 60 anni e più che ha figli, e non vive con loro, per sesso, età e frequenza con cui si vedono. Anno 1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ	FREQUENTA I FIGLI							Totale
	Tutti i giorni	Più di una volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta durante l'anno	mai	Non indicato	
Maschi								
60-64	49,2	23,3	12,5	5,5	4,0	0,8	4,6	100
65-74	47,9	26,4	11,5	6,4	5,3	0,4	2,1	100
75 e più	49,3	24,4	13,5	5,8	3,8	0,8	2,3	100
Totale	48,8	25,2	12,3	6,1	4,8	0,8	2,8	100
Femmine								
60-64	50,3	28,3	11,1	4,5	2,9	0,2	2,7	100
65-74	50,6	25,8	11,4	6,4	3,6	0,1	2,0	100
75 e più	55,6	21,3	10,4	5,7	4,3	0,4	2,4	100
Totale	52,0	26,0	11,1	5,9	3,7	0,2	2,3	100
Maschi e Femmine								
60-64	49,8	26,2	11,7	5,0	3,3	0,4	3,5	100
65-74	49,4	26,0	11,5	6,4	4,4	0,2	2,1	100
75 e più	52,9	22,6	11,7	5,8	4,1	0,5	2,3	100
Totale	50,6	26,1	11,6	5,9	4,1	0,4	2,4	100

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

7.3. Le attività nel tempo libero.

Importanti, nella vita di ogni persona, sono le relazioni amicali (tav. 7.3). Sorprendentemente alta è la percentuale di anziani che dichiara di non avere amici: 4,1 per cento per gli uomini e 7,8 per cento (quasi il doppio) per le donne.

All'interno di questa categoria di « soli » di fatto, le quote più alte si registrano tra gli ultrasessantacinquenni soprattutto donne. Gli uomini hanno, mediamente, più frequentazioni delle donne, nel doppio dei casi per quanto riguarda gli incontri giornalieri (27,3 per cento contro 13,5 per cento). Il 52 per cento degli anziani vede amici più di una volta a settimana contro il 36,8 per cento delle anziane.

Le relazioni sociali, dunque, intrattenute con gli amici, sono importanti per più della metà della popolazione anziana. 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, quella che più caratterizza la vita degli anziani è il guardare la televisione (tavola 7.4). Il 91,3 per cento segue la televisione tutti i giorni, indipendentemente dal sesso e dallo status sociale; il 5 per cento qualche giorno. I dati sono identici per maschi e femmine e leggermente più bassi per gli ultrasessantacinquenni (86,8 per cento e 6,6 per cento).

Tav. 7.3 - Popolazione di 60 anni e più per frequenza con cui si incontra con amici, classe di età e sesso. Anno 1994 (composizione percentuale)

CLASSI DI ETÀ	INCONTRI CON GLI AMICI								Totale
	Tutti i giorni	Più di una volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta durante l'anno	Mai	Non ha amici	Non indicato	
Maschi									
60-64	27,2	26,6	17,7	13,9	7,9	3,7	2,8	0,2	100
65-74	29,2	26,6	14,7	13	8,1	5,8	3,4	0,4	100
75 e più	23,7	21,8	9,9	13,9	11,4	12,9	6,9	0,2	100
Totale	27,3	24,9	14,6	13,8	9,9	6,8	4,1	0,3	100
Femmine									
60-64	13,8	25,7	17,3	19,9	9,8	7,5	5,7	0,4	100
65-74	13,3	25,1	16,3	18	12	8,2	6,6	0,4	100
75 e più	13,4	18,8	12,8	15,3	13,2	15,4	11,3	0,4	100
Totale	13,8	23,3	15,4	17,6	11,8	10,2	7,8	0,4	100
Maschi e Femmine									
60-64	20,3	26,1	17,5	17,0	8,9	5,7	4,3	0,3	100
65-74	20,2	25,3	15,8	15,9	10,3	7,1	5,3	0,4	100
75 e più	17,4	19,7	11,5	14,7	12,5	14,3	9,6	0,3	100
Totale	19,4	24,0	14,9	15,9	10,6	8,7	6,2	0,3	100

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

Non raggiunge lo stesso livello di diffusione la radio ascoltata dal 30,2 per cento degli anziani tutti i giorni, più dalle donne (31,5 per cento) che dagli uomini (28,3 per cento) e solo dal 15,8 per cento qualche giorno.

La lettura dei quotidiani è un'altra attività che raccoglie un numero importante di anziani, soprattutto tra gli uomini. 6.268.000 anziani leggono quotidiani; il 65,2 per cento degli uomini e il 44,1 per

cento delle donne. L'abitudine di leggere i giornali è decrescente con l'età e raggiunge il minimo nella classe di età 75 anni e più sia per i maschi che per le femmine. Meno diffusa sembra essere la lettura dei libri (21,8 per cento), anche in conseguenza del basso titolo di studio della popolazione anziana, soprattutto della popolazione femminile. Il basso titolo di studio delle donne spiega perché nelle età anziane emergono differenze significative tra maschi e femmine nella lettura, mentre tra i giovani e gli adulti le lettrici sono prevalenti.

Come è noto, la proiezione esterna e la mobilità degli anziani è minore del 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; il 6,2 per cento si è recato a teatro nel 1994, il 10,1 per cento al cinema, l'11,4 per cento a musei o mostre, il 4,9 per cento a concerti, il 14,4 per cento a spettacoli sportivi, e il 4,4 per cento a concerti di musica classica. Tra le donne la proiezione in attività di tempo libero di questo tipo è minore che tra i maschi, tranne che per il teatro (7,2 per cento) dove si conferma la prevalenza di scelta femminile anche nelle età anziane. Andare al cinema (7,1 per cento), a musei e mostre (8,3 per cento), a concerti di musica classica (4,5 per cento) a spettacoli sportivi (1,4 per cento) e andare a ballare (2,2 per cento) sono attività che le donne svolgono poco e in misura ridotta nell'arco dell'anno (prevalentemente da 1 a 3 volte).

Anche in questo caso la differenza tra le varie età anziane è molto pronunciata, la classe di età 60-64 anni si conferma come un'età della transizione con caratteristiche comportamentali simili alle età precedenti, piuttosto che alle successive.

Infine, gli anziani in media si recano meno in vacanza del resto della popolazione: solo una minoranza si è recata in vacanza nel 1994 (il 30,8 per cento della popolazione anziana), un po' di più che nel 1993, anno di maggiore crisi economica, in cui il quoziente aveva raggiunto il 27,8 per cento. Al crescere dell'età anziana diminuisce la quota di popolazione che si reca in vacanza, raggiungendo il 18,8 per cento nel caso delle donne ultrasessantacinquenni. Gli anziani del sud si recano meno in vacanza rispetto alle altre zone del paese, e ciò rispecchia il maggior disagio economico presente in queste zone del paese.

Gli anziani, dunque, ascoltano radio e TV, leggono i quotidiani, sono interni alla vita del paese. Interessante sottolineare il dato dei 3 milioni di anziani che hanno dichiarato di ascoltare dibattiti politici (24,9 per cento) e il dato del mezzo milione che ha partecipato nel 1994 a comizi e 250.000 a cortei; o ancora quello dei 400.000 anziani che hanno svolto attività di volontariato e 1 milione e 400 mila che ha versato soldi ad un'associazione. Importante, infine, il coinvolgimento degli anziani nell'attività religiosa. Il 50,6 per cento ha dichiarato di recarsi in un luogo di culto almeno una volta a settimana nel 1994, il 59,9 per cento delle donne, il 38,2 per cento degli uomini.

Le donne sono più assidue degli uomini in tutte le età, ma a partire dai 75 anni si recano meno frequentemente in un luogo di culto (forse a causa del peggioramento della salute che può condizionare la mobilità). Per gli uomini, al contrario, il coinvolgimento nelle attività religiose è crescente con l'età.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tav. 7.4 - Popolazione di 60 anni e più per attività svolta nel tempo libero, sesso ed età. Anno 1994 (per 100 persone della stessa età)

	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	60-64	65-74	75 e più	Totale	60-64	65-74	75 e più	Totale	60-64	65-74	75 e più	Totale
	TV	97,8	96,3	94,3	96,3	95,5	96,8	91,6	94,9	96,8	96,5	92,7
Radio	48,1	45,1	42,2	44,7	49,8	49,1	39,1	46,3	48,1	47,4	40,3	45,6
Letture quotidiani	71,3	65,5	57,4	65,2	48,6	48,0	43,3	44,1	59,6	55,5	43,1	53,2
Letture libri	22,5	24,0	18,6	22,2	24,3	24,2	14,6	21,4	23,5	24,1	16,1	21,8
Cinema	17,1	9,0	3,7	10,0	11,9	7,4	2,8	7,1	14,4	8,1	3,2	8,3
Teatro	9,0	6,1	3,2	6,2	11,0	7,5	3,5	7,1	10,0	6,9	3,4	6,8
Musei, mostre	15,9	11,6	5,5	11,3	12,9	9,4	2,9	8,3	14,3	10,4	3,9	9,6
Concerti musica classica	6,5	5,1	3,3	5,1	8,3	4,6	1,5	4,8	7,4	4,8	2,2	4,8
Spettacoli sportivi	21,2	13,4	5,7	13,8	2,6	1,5	0,3	1,4	11,6	6,6	2,4	6,7
Discoleche	9,0	3,6	0,5	4,4	5,3	1,8	0,5	2,2	7,1	2,6	0,5	3,2
Vacanze almeno una volta nell'anno	38,2	32,7	25,4	32,5	35,4	32,1	20,6	29,4	36,7	32,3	22,5	30,8
Va in un luogo di culto almeno una volta a settimana	35,4	39,0	39,9	38,2	51,4	65	50,4	59,9	49,1	53,8	45,3	60,8

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

8. GLI ANZIANI SONO SODDISFATTI DELLA LORO VITA QUOTIDIANA?

Il giudizio soggettivo su alcuni aspetti della vita quotidiana, può essere utilmente analizzato per capire non solo la situazione oggettiva degli anziani, ma anche come percepiscono quotidianamente la propria vita. Benessere infatti è anche benessere psicologico.

Consideriamo cinque aspetti della vita quotidiana desunti dall'Indagine Multiscopo del 1994: la situazione economica, la salute, le relazioni familiari, le relazioni con amici, il tempo libero (tavola 8.1).

Al primo posto nella soddisfazione degli anziani è la famiglia: il 93 per cento si dichiara soddisfatto delle relazioni familiari, il 39,4 per cento molto soddisfatto. Si verifica anche per gli anziani ciò che avviene per l'intera popolazione. Esiste un 6 per cento 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 nei confronti delle 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 per cento), seguiti dal tempo libero (73 per cento), dalle condizioni di salute (59 per cento) e per ultima dalla condizione economica (53,9 per cento). 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. Ai dati di comportamento che segnalavano una fitta rete di rapporti si aggiungono, dunque, i dati di percezione soggettiva a confermare l'immagine di un 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 quasi 10 punti percentuali a favore degli uomini. All'aumentare dell'età diminuisce la soddisfazione delle relazioni con amici anche perché come si è visto diminuisce la frequenza con cui ci si vede con amici. Gli ultrasessantacinquenni, meno mobili, più condizionati negativamente dal processo di decadimento fisico, rallentano anche le relazioni sociali.

Al terzo posto nella graduatoria di soddisfazione si colloca il tempo libero, di cui sono più soddisfatti i maschi che le femmine. È interessante notare a tale proposito come la percentuale di insoddisfazione passi dal 28,9 per cento tra i 60 e 64 anni, al 23,1 per cento tra 65 e 74 anni, al 26,4 per cento da 75 anni in su. Il momento in cui si lascia il lavoro e si deve ridefinire e riconvertire la propria vita può essere considerato come un momento critico che crea quel disagio e quell'insoddisfazione che vengono recuperati in un secondo momento. Il fatto che dopo i 75 anni aumenti di nuovo l'insoddisfazione può essere messo in relazione alle limitazioni oggettive che si frappongono allo svolgimento di alcune attività del tempo libero. Anche in questo caso più insoddisfatte sono le donne anche a parità di età.

Agli ultimi posti della graduatoria della soddisfazione, si pongono la salute e la condizione economica. Della salute si è già detto precedentemente, va comunque sottolineato positivamente il 59 per cento di soddisfatti in queste età e soprattutto il 48 per cento di soddisfatti ultrasettantacinquenni.

La situazione economica « spacca » quasi a metà gli anziani, solo il 53,9 per cento è soddisfatto, più uomini che donne, le quali, come si è visto, hanno un reddito solitamente più basso degli uomini in questa fascia di età.

Tav. 8.1 - Popolazione di 60 anni e più per soddisfazione nei confronti delle relazioni familiari, condizioni di salute, relazioni con amici, tempo libero e situazione economica. Anno 1994 (per 100 persone della stessa età)

CLASSI DI ETÀ*	SODDISFAZIONE				
	Relazioni familiari	Condizioni di salute	Relazioni con amici	Tempo libero	Situazione economica
Maschi					
60-64	94,9	73,3	86,5	73,4	54,7
65-74	94,4	62,3	83,9	80,1	66,5
75 e più	91,5	52,0	72,3	76,9	59,4
Totale	93,8	62,9	81,8	77,4	66,7
Femmine					
60-64	93,8	64,9	77,8	66,4	51,5
65-74	92,6	57,9	75,7	71,6	64,9
75 e più	90,5	45,8	62,9	69,1	49,7
Totale	92,3	56,0	72,4	69,7	51,9
Maschi e Femmine					
60-64	94,3	69,0	82,0	69,8	53,0
65-74	93,4	59,8	79,3	75,3	54,6
75 e più	91,0	48,1	66,5	72,1	53,5
Totale	93,0	59,0	76,5	73,0	53,9

Fonte: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"

9. GLI ANZIANI, SOGGETTI SOCIALI.

Gli anziani non sono soggetti deboli sempre e comunque, non sono soggetti bisognosi di aiuto, soggetti a cui bisogna solo dare. Gli anziani sono in primo luogo soggetti sociali, differenziati nelle loro esperienze di vita, che possono avere malattie croniche e sentirsi bene in salute, che vivono soli ma mantengono relazioni sociali, che vogliono avere un ruolo attivo nella società. La società nel suo insieme non è ancora pronta a rapportarsi in modo normale ad una società che invecchia. Da anziano non si svolge più una vita come da giovane

o da adulto, ma una vita diversa. È questo senso di normalità di una società diversa da quella del passato, in cui anche i problemi di assistenza e di bisogno devono trovare spazio che deve essere recuperato, riorganizzandosi in funzione delle diverse esigenze che provengono da un soggetto sociale che oggi sta assumendo un peso maggiore che in passato.

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

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

RELAZIONI DEI MINISTERI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DIPARTIMENTO DELLO SPETTACOLO

DIPARTIMENTO PER IL TURISMO

UFFICIO PER I RAPPORTI CON GLI ORGANISMI SPORTIVI

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MODULARIO
P.C. - 7/7 Spet. - 1



MOD. 1

Roma 19 SET. 1995 19...

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLO SPETTACOLO

Ufficio Segreteria
Prot. N. 82/A9 88
Allegati
Pagn. n.

Alla Presidenza del Consiglio
dei Ministri
Dipartimento per gli
Affari Sociali
Servizio Anziani
ROMA

OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano - biennio 1994-95.
Raccolta dati ed informazioni.

Si fa riferimento alla nota n. DAS/11466/1/DAS/RPA
del 13 settembre u.s. relativa all'oggetto.

Al riguardo, si comunica che questo Dipartimento
non è in grado di fornire le indicazioni richieste, in quanto
non ha specifiche competenze in materia.

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO

23 SET. 1995
PH

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
25 SET. 1995
Protocollo N. 12227/1/DAS/RPA
ARRIVO

MODULARIO
P.C.M. - Tur. Sp. - 42

MOD. 2



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DEL TURISMO

UFFICIO I

Prot. n. 363/TS

20 OTT. 1995

<p>DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI</p> <p>• 24 OTT. 1995</p> <p>Protocollo N. <u>13862/1/DAS/RPA</u></p> <p>ARRIVO</p>
--

Dipartimento per gli Affari Sociali
Ufficio Tematiche Familiari e Sociali
Servizio Anziani

Oggetto: Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano - biennio 1994-95.

Raccolta dati ed informazioni.

In riferimento a quanto richiesto con nota DAS/11466/1/RPA del 13/9/1995 si fa presente che lo scrivente Dipartimento ha intrapreso durante il biennio 94-95 lo studio delle problematiche peculiari del turista anziano al fine di poter attivare delle misure adeguate di tutela e attenzione nei confronti dello stesso.

Attraverso alcuni incontri con Enit, la Fiavet, l'Alitalia e le Ferrovie dello Stato è stato raggiunto un accordo di massima per la elaborazione di due progetti di miglioramento qualitativo dell'offerta ricettiva e dell'accoglienza in periodi di bassa stagione, destinati ai viaggiatori della terza età. L'obiettivo di miglioramento dell'offerta si raggiungerà attraverso la creazione di appositi pacchetti turistici che prevederanno soluzioni adatte alle particolari esigenze del target cui si rivolgono.

Individuate le problematiche emergenti si favorirà ad esempio l'apertura prolungata da aprile a novembre delle strutture ricettive e commerciali, attraverso contratti stagionali si offrirà la presenza di diverse figure professionali capaci di seguire con competenza specifica gli anziani, la gestione del tempo libero, sia come animazione, sia come itinerari turistici



MO

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DEL TURISMO

(nella cura dei trasporti e nella scelta delle località da visitare) sarà stata studiata appositamente.

I progetti potranno essere realizzati su base regionale, subregionale o anche interprovinciale.

A tali progetti le associazioni di categoria offrono il supporto organizzativo e commerciale al fine di un'ottimale integrazione del prodotto.

Il Dipartimento sta attualmente sottoponendo l'iniziativa alle regioni e si presume di definire la fase preparatoria entro febbraio 1996 al fine anche di una eventuale presentazione alla BIT di Milano

IL CAPO DIPARTIMENTO

MOD. L. 100
P. C. N. 158



MOD. 251
Stella Uco Fa

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ufficio per i rapporti
con gli Organismi Sportivi

21 SET. 1995

Prot. n. 721 AG/PC/32

AL CONI
SEGRETERIA GENERALE
FORO ITALICO
R O M A

e, p. c.

ALLA PRESIDENZA DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI
AFFARI SOCIALI
VIA BARBERINI 47
ROMA



OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano -biennio 1994-95. Raccolta
dati ed informazione.

Su analogo sollecito del Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si prega di voler corrispondere con cortese urgenza a quanto richiesto da questo Ufficio con la nota n° 499 del 21/6/95, che si allega in copia stante l'approssimarsi del termine, stabilito al 30 ottobre p.v. per la trasmissione dei dati richiesti.

IL DIRIGENTE SUPERIORE

Uco Fa

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
25 SET. 1995
Protocollo N. 12225/1/95/RPA
ARRIVATO

PM 1995

MOBILIANO
P.C.M. - Tur Sport - 2

MOD. 2

Roma, 23 OTT. 1995

19

Presidenza del Consiglio dei Ministri

ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO

DEI MINISTRI

Dipartimento per gli

Affari Sociali

Via Barberini, 47

R O M A

Ufficio per i Rapporti con gli
Prot. N.º Organismi Sportivi
Allegati 8/11 15/12/3.2
Disp. aOGGETTO: Relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano - Biennio 1994-1995. Raccolta dati ed informazioni.

A riscontro di quanto richiesto da codesto Dipartimento con le note DAS/7246/1/DAS-RPA del 13/6/95 e DAS/11466/1/DAS/RPA del 13/9/95, si comunica che il CONI, interpellato in merito, ha fatto presente di non avere intrapreso alcuna iniziativa specifica nei confronti degli anziani, nel periodo 1994-1995.

Tuttavia, in data 6 settembre u.s. si è insediato il Comitato Nazionale dello Sport per tutti, composto da rappresentanti delle Regioni, degli Enti di Promozione Sportiva e del CONI stesso, avente, tra le sue finalità, la promozione dell'attività sportiva rivolta agli adulti ed alla terza età.

Ciò posto, sarà cura di questo Ufficio fornire ogni tempestivo aggiornamento in ordine agli interventi a favore della terza età che saranno intraprese dal CONI, per il tramite del Comitato sopra menzionato.

IL DIRIGENTE SUPERIORE

Ubaldo Ferrero

23 OTT 1995

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI

14064/1025/022

MINISTERO DELL'INTERNO

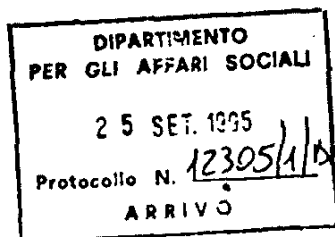
MODULANO
N° 200 - 200

MOD. 6 U.C.

*Ministero dell'Interno*DIREZIONE GENERALE DEI SERVIZI CIVILI
Ufficio Coordinamento Interno e Affari Generali

Prot. n. 02660/1-k-178

Roma, 20 SET. 1995

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per gli Affari Sociali
Ufficio Tematiche Familiari e Sociali
Servizio Anziani
Via Veneto
00100 ROMA
(rif. n. DAS/7510/1/DAS/RPA del 16.6.95
e n. DAS/11466/1/DAS/RPA del 13.8.95)OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano: biennio
1994-95. Raccolta dati ed informazioni.

Si fa riferimento alle note a margine indicate con le quali si richiedono dati ed informazioni per il biennio 1994-95 sulla condizione dell'anziano in Italia.

A tal proposito si trasmette in allegato il volume edito a cura della Direzione scrivente sul tema "La famiglia anziana: terza e quarta età a confronto" del 1994.

Per quanto riguarda i dati relativi agli anziani non autosufficienti, risulta che il 70% dei beneficiari della indennità di accompagnamento sono soggetti ultra 65enni.

Al 31 dicembre 1994 su 843.765 invalidi civili assistiti con indennità di accompagnamento ben 584.887 sono persone anziane ultra 65enni, con una spesa di oltre 5.000 miliardi, pari, a circa 1/3 della spesa totale del programma assistenziale.

25 SET. 1995

MOD. 4 A U C
INTERNO 308

MOD. 4 U C



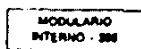
Ministero dell'Interno

In considerazione dell'incidenza del fenomeno dell'invecchiamento nel settore dell'assistenza economica alle categorie protette, è più sentita l'esigenza di pervenire ad una rielaborazione dei criteri di valutazione di invalidità. In particolare, per la fascia di cui sopra, anche rispetto all'esigenza di riordino generale e di armonizzazione dei requisiti medico-sanitari, la revisione dovrebbe riguardare i criteri di valutazione in materia di invalidità, auspicabilmente con riferimento in via analogica al principio dello svantaggio sociale enunciato dalla legge quadro sull'handicap n. 104/92.

Si comunica in ultimo che verrà pubblicata tra breve la Banca Dati sui Servizi domiciliari per anziani, ricerca curata per la scrivente dal Labos.

IL DIRETTORE GENERALE
(del Mese)

N.° /mar



MOD. 6/UC



Ministero dell'Interno

DIREZIONE GENERALE PER L'AMMINISTRAZIONE GENERALE
E PER GLI AFFARI DEL PERSONALE
DIREZIONE CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE

SETTORE INFORMAZIONE ECONOMICA

Prot. D.C.D./III - B/1933

Roma, 23 ottobre 1995

Alla Presidenza del Consiglio
dei Ministri - Dip. per gli Affari
Sociali, Ufficio Tematiche familiari
e Sociali - Servizio Anziani

R O M A

Oggetto: Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano - Raccolta
dati ed informazioni

Si fa riferimento alla nota DAS/11466/1/DAS/RPA del 13 settembre
scorso con la quale sono stati richiesti da codesta Presidenza gli elementi di
competenza di questo ufficio, ai fini della predisposizione della relazione al
Parlamento sulla condizione dell'anziano.

Nel trasmettere i dati e le informazioni in possesso appare utile rap-
presentare quanto segue.

- VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO
IN PROVINCIA

Si è ritenuto di riunire in un prospetto schematico gli aspetti più si-
gnificativi per i quali le Prefetture hanno richiamato l'attenzione fornendo,
in tal modo, una valutazione complessiva a livello provinciale sia sulle pro-
blematiche emerse connesse al fenomeno e sul grado di sensibilizzazione
degli organi pubblici e sia sulle difficoltà esistenti sul fronte dell'assistenza
domiciliare e in materia di volontariato.

- INIZIATIVE PROMOSSE DAGLI ENTI LOCALI PER FAVORIRE LA PRESENZA DEGLI ANZIANI NELLA VITA LAVORATIVA.

Tale prospetto evidenzia la risposta degli enti locali alla domanda occupazionale degli anziani con l'indicazione delle diverse tipologie di attività cui gli stessi sono stati avviati.

- ANZIANI RESIDENTI NELLA PROVINCIA.

Tale prospetto contiene, oltre agli anziani residenti in Provincia, con individuazione degli ultraottantenni, anche le specifiche relative agli anziani che vivono soli ed in comunità.

L'indagine è stata realizzata sulle notizie fornite da 69 province; i dati sono riferiti al 31/12/94 e sono parziali in quanto la rilevazione della Direzione Centrale per la Documentazione è ancora in corso e verrà ultimata entro il 31/12/95.

Si fa riserva di inviare i rimanenti dati appena possibile.

IL DIRETTORE GENERALE
(Stelo)



VALUTAZIONI GENERALI
SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA
ANNO 1994

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI PENIBILITÀ DELLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
ALESSANDRIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI PENIBILITÀ DELLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
ASTI	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI PENIBILITÀ DELLE ESIGENZE LOCALI</p> <p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p> <p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
CUNEO	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI PENIBILITÀ DELLE ESIGENZE LOCALI</p> <p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p> <p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
NOVARA	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI PENIBILITÀ DELLE ESIGENZE LOCALI</p> <p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p> <p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>

NUM. F. 100

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE (AZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI ANZIANI)	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	
TORINO	<p>Nella provincia di Torino si rileva una presenza di anziani ultrasensibili e frequentissimi più elevata rispetto al dato complessivo regionale (17,9% della popolazione residente). Il fenomeno del costante e progressivo invecchiamento della popolazione ha da tempo indotto le Amministrazioni locali (Assistenti sociali) finalizzate alla creazione di una rete di servizi socio-sanitari (autonomia ed il benessere psico-fisico) che favorisca il mantenimento dell'anziano ed il suo inserimento nella società. Si riscontrano inoltre una programmazione delle politiche sociali finalizzate alla creazione di una rete di servizi socio-sanitari (autonomia ed il benessere psico-fisico) che favorisca il mantenimento dell'anziano ed il suo inserimento nella società. Si riscontrano inoltre una programmazione delle politiche sociali finalizzate alla creazione di una rete di servizi socio-sanitari (autonomia ed il benessere psico-fisico) che favorisca il mantenimento dell'anziano ed il suo inserimento nella società.</p>	<p>La giunta regionale ha provveduto a definire nell'ambito del progetto "Tutela della salute degli anziani" - le attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali erogate a domicilio e all'interno dei presidi sanitari e socio-sanitari. La Regione Piemonte ha provveduto altresì a promuovere la formazione professionale del personale addetto all'assistenza domiciliare ed ai servizi assistenziali. Un importante intervento in atto volto a rispondere più adeguatamente ai bisogni dell'anziano è il servizio "Assistenza Domiciliare Integrata" (A.D.I.). Si tratta di un sistema di interventi domiciliari in favore dei soggetti che necessitano di ricevere un'assistenza socio-sanitaria continuativa, tale da consentire alla persona non autosufficiente di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita. A tal proposito la Regione Piemonte ha predisposto la definizione dei criteri di riferimento dell'anziano, a cui di indirizzo per gli interventi sperimentali di "Assistenza Domiciliare Integrata". Per quanto riguarda gli interventi assistenziali residenti ai servizi domiciliari, si è attivato un servizio di assistenza domiciliare integrativa (A.D.I.) che ha permesso di intervenire in favore di un elevato livello di assistenza infermieristica e di interventi di tipo socio-sanitario. Assumendo un impegno economico a carico delle Amministrazioni locali per la gestione delle rette di ricovero (generalmente molto elevate) in favore degli anziani con reddito pensionistico insufficiente o completamente assente.</p>	<p>Nella Provincia di Torino appare notevole il numero di volontari che operano nel volontariato sociale che opera in favore delle persone anziane. Diversi Comuni segnalano la attiva collaborazione con i gruppi locali di volontariato nella prestazione di servizi a favore degli anziani come: l'organizzazione di pasti a domicilio, l'attivazione di centri di ascolto e installazione di apparecchi di teleseccor-</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE FRESF (COMESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE INVECCHIATA)	PROBLEMI FRESF PER CIO' CHE CONCERNE VALUTAZIONI SUI GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
TORINO (segue)	<p>È in fase di sperimentazione in alcune zone del territorio regionale, fra cui la zona della Val Pellice, un progetto pilota che si propone di istituire, in collaborazione con organismi di volontariato ed il Sindacato Pensionati, sportelli informativi sui servizi e sulle iniziative in favore della terza età gestiti direttamente dagli anziani. È da sottolineare che numerosi Comuni hanno presentato una realtà favorevole rispetto al grado di integrazione del cittadino anziano nel contesto sociale, sia sul versante dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, sia su quello delle attività per il tempo libero. Emergono infatti come - soprattutto nei piccoli centri rurali o montani - l'anziano continua ad esercitare un ruolo attivo, grazie al sostegno della "comunità" nei confronti del soggetto in difficoltà attraverso una rete "informale" di solidarietà messa in atto dalla famiglia, dal vicinato, dal volontariato. Inoltre, pur con i limiti descritti in precedenza dovuti essenzialmente al contenimento dei finanziamenti messi a disposizione dei Comuni per interventi di natura socio-sanitaria, emerge un buon grado di sensibilizzazione degli Enti locali sulle problematiche della terza età, che si riscontra attraverso la conoscenza sufficiente del capillare ed articolato delle esigenze di bisogno, ed il tentativo di giungere ad un superamento delle risposte meramente assistenziali (sussidi economici, ricorso generalizzato all'istituzionalizzazione).</p>	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SEMISTRUTTURAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
VERCELLI	<p> Nel territorio delle province di Ver- celli e Biella l'aumento dell'indice di invecchiamento è stato pressochè analogo a quello riscontrato nel ri- manente territorio piemontese. L'au- mentata presenza di popolazione an- ziana ha evidenziato la carenza della rete di strutture finalizzate ad alle- viare le problematiche degli anziani ed a prevenire l'aggravamento di si- tuazioni di solitudine e di emargina- zione. Spesso l'unica risorsa valida è rivelata la compagine familiare, il- con tutti i limiti che ovviamente ne derivano. </p>	<p> Quanto previsto dalla normativa re- gionale sulle competenze degli Enti Pubblici in materia è stato solo par- zialmente attuato. Non è ancora sta- ta attivata, infatti, l'assistenza domiciliare integrata e l'ospedali- zazione a domicilio. E' inoltre ca- rante il numero dei posti letto per non autosufficienti. Tra le iniziat- ive da segnalare il servizio di at- tualizzazione di domicili che è in via di attuazione nel Comune di Vercel- li. </p>	<p> L'organico è insufficiente e non con- sente la programmazione di interve- ni domiciliari più ravvicinati e massic- ci con presenza prefestiva e festiva. Poichè la tipologia dei bisogni degli anziani è sempre più differenziata, sarebbe necessario far fronte a que- sta situazione, anche mediante l'ap- porto e la collaborazione di risorse non istituzionali. Il volontariato in questo senso, potrebbe essere un val- ido supporto al servizio dell'assisten- za domiciliare, soprattutto per quan- to riguarda il sostegno psicologico agli anziani. </p>	<p> Nell'ambito territoriale preso in ese- mpio sono presenti aggregazioni signifi- cative di volontariato organizzato. Poichè la tipologia dei bisogni degli anziani è sempre più differenziata, sarebbe necessario far fronte a que- sta situazione, anche mediante l'ap- porto e la collaborazione di risorse non istituzionali. Il volontariato in questo senso, potrebbe essere un val- ido supporto al servizio dell'assisten- za domiciliare, soprattutto per quan- to riguarda il sostegno psicologico agli anziani. </p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

<p>PROVINCIA</p>	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
<p>ADOSTA</p>	<p>Il notevole tasso di invecchiamento della popolazione ha fatto emergere la carenza di strutture destinate specificamente ad anziani non autosufficienti e la difficoltà ad attivare le altre, visti gli elevati costi di gestione dei servizi, soprattutto residenziali.</p>	<p>Si rileva un buon grado di sensibilità di poteri locali, in rapporto al buon numero di strutture residenziali già esistenti. Tra le proposte si segnalano la gestione del servizio da parte di Comuni (Comunità Montane o Consorzi) ovvero mediante convenzione tra gli stessi Comuni.</p>	<p>Esistono gruppi di volontariato (Cantone, La Svizzera, volontari del sociale) e volontari della sofferenza che operano come animatori e con attività di supporto alle strutture pubbliche. Tali Associazioni prestano la loro opera presso otto Comuni gestori di servizi.</p>
<p>PROVINCIA</p>	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
<p>BERGAMO</p>	<p>NESSUNA VALUTAZIONE</p>	<p>Il livello di sensibilizzazione degli Organi pubblici risulta sufficiente ma si incontrano notevoli problemi nell'attuazione delle iniziative a causa della scarsità delle risorse disponibili.</p>	<p>Il gruppo di volontariato esistente ha dimostrato una buona sensibilità alle problematiche degli anziani ed hanno favorito, attraverso varie iniziative, l'inserimento degli stessi nella vita lavorativa.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE COMMESSE ALLA PRESENZA DI ANZIANI	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE IL TIPO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
BRESCIA	<p>Dall'indagine emerge, innanzitutto un dato positivo emerge dalla valutazione del grado di sensibilizzazione degli Organi pubblici nei confronti del problema anziani. Le Amministrazioni Comunali, infatti, mostrano una discreta attenzione nei confronti di questa tematica e, nonostante l'autonomia all'interno della comunità, le difficoltà connesse alla presenza di popolazione anziana derivano, essenzialmente, dalla carenza ed inadeguatezza delle strutture socio-sanitarie di accoglienza, dalla scarsa integrazione tra interventi sociali e sanitari e dall'impiego nell'attività di assistenza.</p> <p>Il Comune di Brescia, dal 1971, si occupa attivamente degli anziani ricorrendo di volta in volta ad una richiesta sempre in aumento mediante un progressivo ampliamento dei servizi assistenziali. Inoltre in molti Comuni sono presenti gruppi ed associazioni che esplicano attività e promuovono iniziative nei riguardi degli anziani. Diffusi sul territorio provinciale, sono in funzione centri diversi, servizi di assistenza domiciliare, soggiorno marini festivi ed autunnali, in crescente sviluppo il servizio di teleaccor-</p>	<p>Un dato positivo emerge dalla valutazione del grado di sensibilizzazione degli Organi pubblici nei confronti del problema anziani. Le Amministrazioni Comunali, infatti, mostrano una discreta attenzione nei confronti di questa tematica e, nonostante l'autonomia all'interno della comunità, le difficoltà connesse alla presenza di popolazione anziana derivano, essenzialmente, dalla carenza ed inadeguatezza delle strutture socio-sanitarie di accoglienza, dalla scarsa integrazione tra interventi sociali e sanitari e dall'impiego nell'attività di assistenza.</p> <p>Il Comune di Brescia, dal 1971, si occupa attivamente degli anziani ricorrendo di volta in volta ad una richiesta sempre in aumento mediante un progressivo ampliamento dei servizi assistenziali. Inoltre in molti Comuni sono presenti gruppi ed associazioni che esplicano attività e promuovono iniziative nei riguardi degli anziani. Diffusi sul territorio provinciale, sono in funzione centri diversi, servizi di assistenza domiciliare, soggiorno marini festivi ed autunnali, in crescente sviluppo il servizio di teleaccor-</p>	<p>Piuttosto alta è la richiesta di tale tipo di assistenza soprattutto da parte di coloro che vivono soli ed hanno difficoltà a provvedere e se stessi all'interno della casa. In progressivo aumento sono anche le prestazioni di tipo infermieristico.</p>	<p>Risulta notevole, nelle singole realtà territoriali, il contributo dato dalla presenza di vari gruppi di volontariato che riescono a rispondere sufficientemente alle esigenze locali garantendo una buona capillarità: non sempre, però, le prestazioni sono continue. Solo in poche realtà locali, infatti, il volontariato si configura come una realtà in costante collaborazione ed in coordinamento con i servizi comunali.</p>
COMO	NON PERVENUTA			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE PER VINCIALE (CONFERSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	IMPRESSE PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
CREMONA	<p>Si sottolinea sia la parziale inadeguatezza ed insufficienza delle strutture residenziali di accoglienza sia la mancanza di coordinamento e la scarsa cooperazione tra gli organismi interessati. Anche l'assistenza domiciliare risulta scarsamente attivata. Gli altri servizi sociali, quali ad esempio il servizio mensa, sono pressochè assenti. Tali carenze sono pensate dal notevole contributo dei familiari che di solito hanno cura dei loro anziani. Le problematiche sono aggravate dalle scarse risorse economiche cui gli enti locali possono attingere per attivare i vari servizi di assistenza.</p>	<p>Le problematiche emerse sono relative alle iniziative di volontariato sono ancora insufficienti rispetto al bisogno degli utenti. Ciò accade perché gli enti locali non sempre colgono l'importanza di queste risorse. Peraltro, si verificano situazioni in cui l'intervento di personale specializzato che è difficile reperire nelle associazioni di volontariato.</p>
MANTOVA	<p>Dalla rilevazione dei dati relativi alla popolazione anziana è emerso che circa l'80% dei Comuni della provincia registra un elevato tasso di invecchiamento cui spesso non fa riscontro una adeguata diffusione ed attivazione delle strutture socio-sanitarie che risultano carenti nel 50% dei Comuni; a ciò è da aggiungere l'insufficiente numerica del personale socio-sanitario. Molti Comuni, inoltre, si trovano in precarie condizioni finanziarie e non riescono quindi a reperire risorse per garantire le prestazioni previste dalla normativa regionale. Dal punto di vista della situazione dell'anziano si registrano casi di emarginazione, collegati a inferenze di depressione ed isolamento che qualche volta sfociano nel suicidio.</p>	<p>Nella provincia viene riscontrato un positivo rapporto tra enti locali ed associazioni di volontariato, ma esistono anche espressioni di positive collaborazione con i singoli cittadini. Si sottolinea inoltre la carenza di personale e la presenza di problemi di tipo organizzativo-burocratico.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

<p>PROVINCIA</p>	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ E SENSIBILITÀ - IL ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
<p>MILANO</p>	<p>N O N P E R V E N U T A</p>	
<p>PAVIA</p>	<p>Il problema relativo alla presenza di una popolazione anziana in Provincia è stato affrontato dall'Amministrazione Provinciale di Pavia in un rapporto presentato nel 1966. In tale rapporto si evidenzia che il tasso di invecchiamento della popolazione è superiore alla media nazionale. In alcuni Comuni si registra un'età superiore ai 65 anni per il 30% della popolazione. Le risorse finanziarie e umane per garantire le prestazioni previste dal piano socio-assistenziale sono insufficienti. La carenza di personale e di strutture è particolarmente grave in alcune zone del territorio. L'Amministrazione Provinciale ha provveduto a integrare le risorse con il contributo statale e con il contributo dei Comuni. Sono stati costituiti gruppi di lavoro per studiare le soluzioni da adottare. In alcuni Comuni sono state istituite case di riposo e day hospital. Sono state anche realizzate alcune iniziative di assistenza domiciliare. L'Amministrazione Provinciale ha anche provveduto a integrare le risorse con il contributo statale e con il contributo dei Comuni. Sono stati costituiti gruppi di lavoro per studiare le soluzioni da adottare. In alcuni Comuni sono state istituite case di riposo e day hospital. Sono state anche realizzate alcune iniziative di assistenza domiciliare.</p>	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
PAVIA (Segue)	<p>zione tra gli enti preposti ed individuando anche la partecipazione di tipo finanziario della Regione per alcune spese relative all'avvio di determinate attività.</p>	<p>zione con il Ministero della Difesa. Gli operatori però si trovano, e volte, alle prese con persone diffidenti e maldisposte ad accettare aiuti di qualsiasi tipo da estranei. Alcuni non sono affrettati preparati ad affrontare ogni tipo di esigenza poiché non hanno una adeguata preparazione.</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
SONDRIO	<p>L'incremento della popolazione anziana in questa provincia è elevato rispetto alla media nazionale del fenomeno. Infatti, il 31 dicembre 1994 le persone anziane (oltre i 65 anni) che ha reso in arrivo 33.062 unità, pari al 19% circa della popolazione residente (175.496, come da censimento 1991). In tale contesto di rilevante crescita demografica, si assiste ad un aumento della popolazione anziana di 7.326 persone (42,5%) in meno rispetto al 1991. L'incremento maggiore si è verificato nella fascia di età compresa tra i 75 e i 84 anni, con una netta prevalenza della componente femminile su quella maschile. L'incremento maggiore si è verificato nella fascia di età compresa tra i 75 e i 84 anni, con una netta prevalenza della componente femminile su quella maschile. L'incremento maggiore si è verificato nella fascia di età compresa tra i 75 e i 84 anni, con una netta prevalenza della componente femminile su quella maschile.</p>	<p>Non sono emersi problemi nella pratica del servizio di assistenza domiciliare.</p>	<p>Il grado di risposta dei gruppi di volontariato può considerarsi ottimale.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (COMPRESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ E SENSIBILITÀ (PROBLEMI EMERSI PER CIÒ CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE)	VALUTAZIONI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA (GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI)
VARESE	<p>Si riscontra un elevato tasso d'invecchiamento della popolazione, di conseguenza è crescente la domanda di strutture di accoglienza e di servizi socio-sanitari, rivolti in particolare alle persone anziane.</p>	<p>• NESSUNA VALUTAZIONE</p>	<p>In provincia operano diversi gruppi di associazioni che si rivolgono agli anziani, impegnandosi, in particolare modo, anche integrandosi e collaborando con i relativi Servizi Sociali Comunalì, in svariati tipi di attività ed iniziative di solidarietà: svolgimento di piccoli incarichi quotidiani a favore di persone con ridotta autonomia di movimento, o in difficoltà per motivi di salute, o comunque private di un ambito familiare di sostegno; visite ad anziani ricoverati presso ospedali o presso case di riposo; accompagnamento per visite mediche, cure riabilitative; diabrigo di pratiche di vario tipo; organizzazione del tempo libero, visite di compagnia, rapporti di amicizia, sostegno psicologico; interventi in natura o in denaro per anziani con scarse possibilità economiche.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI: CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
BOLZANO	Si registra una certa carenza di personale qualificato sia nei servizi ambulatoriali, sia in quelli residenziali; scarsità di posti letto per "autosufficienti". La situazione è soddisfacente per quanto riguarda le strutture (case di riposo).	Si rileva una carenza di personale qualificato e quello esistente non sempre è disponibile per l'assistenza inturna e nei giorni festivi.	Considerato che la legge Provinciale sul volontariato è entrata in vigore solo recentemente (28.7.1983) ed il relativo regolamento di esecuzione è stato approvato con D.P.C.F. in data 15.12.1984, le associazioni di volontariato iniziano solamente adesso ad organizzarsi operativamente e ad agire in maniera più incisiva.
TRENTO		NON È STATA FORNITA ALCUNA VALUTAZIONE	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE LE VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
BELLUNO	La popolazione anziana, in continuo aumento è costante motivo di problemi (tecniche soprattutto a causa della carenza di strutture socio-sanitarie (centri di riabilitazione, centri assistenza e cura per non autosufficienti)). I comuni della Provincia si caratterizzano per un tasso di anzianità particolarmente elevato, rispetto alla media nazionale.	La Regione Veneto ha attivato già da parecchi anni il tele-soccorso, in funzione in tutta la Provincia. Il servizio è stato dato in appalto ad una ditta e le relative spese sono a totale carico della Regione stessa.	I gruppi di volontariato, molto numerosi, svolgono la loro attività su tutto il territorio provinciale. Hanno adottato quindi una soluzione che ha consentito l'attuazione dell'assistenza domiciliare integrata, per la quale vengono valutati congiuntamente la disponibilità e viene allestito un programma coordinato di assistenza, comprendente, secondo necessità, le prestazioni sanitarie e sociali.
PADOVA	Si registra, a fronte di una carenza di gruppi di volontariato e associazioni, un aumento dei casi di anziani non autosufficienti difficilmente gestibili a domicilio, ed una assenza di strutture in grado di accogliere anziani con problemi cronici (psichiatrici). Il tutto è aggravato dall'esistenza di problemi economici per l'acquisto di medicinali.	La Legge regionale n. 28/79 in materia di anziani viene positivamente applicata per quanto riguarda l'erogazione di contributi. Qualche difficoltà si riscontra nel far conoscere alla popolazione anziana le diverse attività organizzate dai servizi pubblici esistenti.	Le organizzazioni esistenti in grado di occuparsi degli anziani a livello assistenziale e per favorire forme di socializzazione sono assai scarse e risentono di un mancato radicamento nel territorio.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
ROVIGO	<p>Il tasso di anzianità è elevato in tutto il territorio provinciale. Vi è una carenza consistente di strutture residenziali, sanitarie, "sociali" e ricreative nonché di personale idoneo. Le poche strutture esistenti nel territorio non sono in grado di sopprimere alle esigenze segnalate e ad alleviare i disagi rappresentati dagli utenti. Le risorse finanziarie a disposizione dei Comuni per interventi economici nel confronti della popolazione anziana sono scarse e molto ridotte.</p>	<p>Non tutti i Comuni hanno attivato il servizio di assistenza domiciliare che, peraltro, risulta essere frammentato nelle sue modalità di esplicazione, sia per la carenza di personale che per le fasce orarie occupate dallo stesso. Particolari difficoltà si riscontrano in rapporto alla richiesta di potenziamento del servizio (al fine di garantire una maggiore funzionalità). La maggior parte delle Amministrazioni Comunali lamenta la impossibilità di sopprimere alle esigenze insorte nel servizio a causa di problemi economici.</p>	<p>Esistono pochi gruppi di volontariato regolarmente costituiti che operano nei confronti degli anziani, promuovendo iniziative volte a garantire una maggiore partecipazione dell'anziano alla vita di relazione. Prevedono interventi riguardanti la vita economica e sociale di alcuni anziani in comunità.</p>
TREVISO	<p>Ricorrono con frequenza giudizi di inadeguatezza di strumenti e strutture per fronteggiare la mancata autosufficienza degli anziani.</p>	<p>Positivo.</p>	<p>La situazione si presenta disomogenea sul territorio poiché a fronte di Comuni che segnalano la quasi totale assenza di volontari, altri esprimono valutazioni più che soddisfacenti.</p>
VENEZIA	<p>Appaiono carenti le strutture assistenziali, di ricovero e riabilitative. L'assistenza domiciliare è limitata, a causa della mancanza di risorse umane ed economiche che quasi in tutto il territorio sono inadeguate ad affrontare le spese mediche. Si sottolinea inoltre la mancanza di collaborazione nell'assistenza da parte dei familiari.</p>	<p>Vi è un buon livello di sensibilità nei confronti degli organi pubblici. Qualche problema si pone in relazione alla applicazione della L.R. 28/79 soprattutto in termini di rapporto con le Regioni e vi è una certa inadeguatezza dei familiari. E' assente qualunque forma di coordinamento con le associazioni di volontariato e nessun Comune ha fornito soluzioni di approntamento rispetto ai problemi rappresentati da più parti.</p>	<p>Si registra una buona presenza di gruppi di volontariato solo nelle municipalità dei Comuni della provincia, per una forte richiesta dei Comuni. Per assistenza in generale causata dalla scarsa collaborazione familiare. E' assente qualunque forma di coordinamento con le associazioni di volontariato e nessun Comune ha fornito soluzioni di approntamento rispetto ai problemi rappresentati da più parti.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ ALLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
VERONA	VALUTAZIONI NON UTILIZZABILI: POLICHE FORNITE A LIVELLO COMUNALE		
VICENZA	L'indice medio di anzianità presente nella provincia di Vicenza è pari al 15,65%. La principale problematica rilevata dagli Enti locali è ricolligata alla difficoltà di reperire in tempi brevi idonea struttura di accoglienza per anziani non autosufficienti. Altro problema rilevato è quello abitativo, che spesso pone la necessità di "aradicare" l'anziano dal proprio ambiente, con gravi conseguenze per l'equilibrio psico-fisico dello stesso. Si rileva da parte dei Comuni la più alta densità abitativa (sociali e quelli sanitari e di contiguo costante impegno in tal senso tentativo di qualificare sempre meglio i servizi integrati per offrire il posto il più possibile rispondenti ai bisogni della popolazione anziana, (che sempre più si comotano con la situazione di situazioni multiple) (ma. Ad es. nella città capoluogo anni) è operativa la Commissione lavori, che vede al proprio interno rappresentanti tecnico-professionali del	L'indice medio di anzianità presente nella provincia di Vicenza è pari al 15,65%. La principale problematica rilevata dagli Enti locali è ricolligata alla difficoltà di reperire in tempi brevi idonea struttura di accoglienza per anziani non autosufficienti. Altro problema rilevato è quello abitativo, che spesso pone la necessità di "aradicare" l'anziano dal proprio ambiente, con gravi conseguenze per l'equilibrio psico-fisico dello stesso. Si rileva da parte dei Comuni la più alta densità abitativa (sociali e quelli sanitari e di contiguo costante impegno in tal senso tentativo di qualificare sempre meglio i servizi integrati per offrire il posto il più possibile rispondenti ai bisogni della popolazione anziana, (che sempre più si comotano con la situazione di situazioni multiple) (ma. Ad es. nella città capoluogo anni) è operativa la Commissione lavori, che vede al proprio interno rappresentanti tecnico-professionali del	La Regione Veneto ha da anni espresso l'aspirazione all'integrazione fra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale. L'attuale presenza di gruppi di volontariato (96 gruppi che coinvolgono circa 5.922 persone). Prevalentemente svolgono attività di sostegno alle riabilitazione e qualificazione. Prognosi di assistenza in base ai bisogni espressi dalle politiche. L'attuale presenza di gruppi di volontariato (96 gruppi che coinvolgono circa 5.922 persone). Prevalentemente svolgono attività di sostegno alle riabilitazione e qualificazione. Prognosi di assistenza in base ai bisogni espressi dalle politiche. L'attuale presenza di gruppi di volontariato (96 gruppi che coinvolgono circa 5.922 persone). Prevalentemente svolgono attività di sostegno alle riabilitazione e qualificazione. Prognosi di assistenza in base ai bisogni espressi dalle politiche.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI D'VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
VICENZA (segue)	<p>Comune, delle due Case di Riposo cittadino utile notificare che la Regione Veneto e di personale medico del Ospedale, il Caser di riposo e l'assistenza domiciliare. Il suo obiettivo è quello di calibrare la lista di attesa e gli inserimenti nelle strutture protette. Altres si rielva un impegno costruttivo al fine di rendere operativa l'Unità Valutativa Geriatrica, sempre con il diretto coinvolgimento di tutti quegli organi pubblici direttamente coinvolti nella tutela della popolazione anziana.</p> <p>È rilevato come il settore del privato sociale sia positivamente integrato con il pubblico, anche tramite convenzioni, al fine di offrire risposte di servizi alla popolazione anziana. È stata tipologica territoriale provinciale denota una diversificazione di risposte e va rilevato come la zona pedemontana e di campagna abbia un tasso elevato di risposte diversificate ai bisogni espressi dagli anziani: spesso l'assistenza è demandata all'ambito parentale o demandata a strutture chiuse.</p>			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SPENDIBILITÀ DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE (CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE NEGLI ORGANI PUBBLICI ANZIANA)	PROBLEMI EMERSI PER CIO CHE CONCERNE LE ESIGENZE LOCALI	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
CORIZIA	<p>Il tasso di incidenza della popolazione anziana nella provincia di Gorizia (per la III età, ideale assistenza domiciliare) risulta piuttosto elevato (20,9%). A ciò segue una logica di progressione sia in termini quantitativi che in termini qualitativi, in quanto sono gli anziani il volontariato è orientato principalmente alle tematiche relative all'assistenza domiciliare. Nel 1970, il volontariato che si occupa di assistenza domiciliare è stato di 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p> <p>Gli anziani risultano essere - come - di cui gli anziani rappresentano il 5,6% sul totale della popolazione. In provincia appare significativo il fenomeno delle classi più mature territoriali denominate "ambiti" (no presenti i due principali centri) (o pianamente realizzato il Servizio Sociale di base - organizzato su tutto l'ambito della terza età 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p> <p>La popolazione risulta ultrassessantenne, mentre i "grandi anziani" (oltre 85 anni) risultano essere il 5,6% sul totale della popolazione. In provincia appare significativo il fenomeno delle classi più mature territoriali denominate "ambiti" (no presenti i due principali centri) (o pianamente realizzato il Servizio Sociale di base - organizzato su tutto l'ambito della terza età 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p> <p>La popolazione risulta ultrassessantenne, mentre i "grandi anziani" (oltre 85 anni) risultano essere il 5,6% sul totale della popolazione. In provincia appare significativo il fenomeno delle classi più mature territoriali denominate "ambiti" (no presenti i due principali centri) (o pianamente realizzato il Servizio Sociale di base - organizzato su tutto l'ambito della terza età 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p>	<p>Da quanto emerge nel territorio esistono forme di volontariato più o meno organizzate. Per quanto concerne gli anziani il volontariato è orientato principalmente alle tematiche relative all'assistenza domiciliare. Nel 1970, il volontariato che si occupa di assistenza domiciliare è stato di 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p> <p>Gli anziani risultano essere - come - di cui gli anziani rappresentano il 5,6% sul totale della popolazione. In provincia appare significativo il fenomeno delle classi più mature territoriali denominate "ambiti" (no presenti i due principali centri) (o pianamente realizzato il Servizio Sociale di base - organizzato su tutto l'ambito della terza età 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p> <p>La popolazione risulta ultrassessantenne, mentre i "grandi anziani" (oltre 85 anni) risultano essere il 5,6% sul totale della popolazione. In provincia appare significativo il fenomeno delle classi più mature territoriali denominate "ambiti" (no presenti i due principali centri) (o pianamente realizzato il Servizio Sociale di base - organizzato su tutto l'ambito della terza età 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p>	<p>Da quanto emerge nel territorio esistono forme di volontariato più o meno organizzate. Per quanto concerne gli anziani il volontariato è orientato principalmente alle tematiche relative all'assistenza domiciliare. Nel 1970, il volontariato che si occupa di assistenza domiciliare è stato di 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p> <p>Gli anziani risultano essere - come - di cui gli anziani rappresentano il 5,6% sul totale della popolazione. In provincia appare significativo il fenomeno delle classi più mature territoriali denominate "ambiti" (no presenti i due principali centri) (o pianamente realizzato il Servizio Sociale di base - organizzato su tutto l'ambito della terza età 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p> <p>La popolazione risulta ultrassessantenne, mentre i "grandi anziani" (oltre 85 anni) risultano essere il 5,6% sul totale della popolazione. In provincia appare significativo il fenomeno delle classi più mature territoriali denominate "ambiti" (no presenti i due principali centri) (o pianamente realizzato il Servizio Sociale di base - organizzato su tutto l'ambito della terza età 8,5% (si - che garantisce la presenza del servizio in tutti i comuni esistenti). Per rispondere a tale esigenza molti comuni hanno deciso di intensificare il servizio in particolare lo sviluppo di tale servizio.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZ- ZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI ENERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
<p>COSSIA (segue)</p> <p>ca e familiare e di assistenza domiciliare integrata, soprattutto attraverso un adeguato personale. Un'ultima considerazione è rappresentata dai numerosi ambienti affetti dal morbo di Alzheimer, cui non sempre viene corrisposta risposta adeguata né in termini assistenziali né in termini istituzionali. Per quanto concerne il problema degli alloggi, numerosi risultano inadeguati per collocazione e per struttura architettonica alle condizioni fisiche delle persone anziane. E' presente anche il problema degli affetti, eppure in numero limitato. Questa due circostanze possono portare a delle istituzionalizzazioni improprie con conseguenti problemi psicologici per la persona anziana.</p>	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZ- ZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI</p> <p>festivi.</p> <p>- Assistenza domiciliare integrata: presente su tutto il territorio provinciale, anche se non riesce ancora a coprire il fabbisogno della popolazione. I problemi che si riscontrano in relazione a questo servizio sono relativi all'attuazione dell'integrazione tra la componente sanitaria e quella socio-assistenziale che superi una logica di mera somatoria tra i due interventi. A questo proposito è stato previsto dalla normativa e realizzato un centro provinciale di coordinamento geriatrico ed unità di valutazione geriatrica distrettuale che operano in collegamento con il Servizio Sociale di Base.</p> <p>- Case albergo e residenze protette: risultano presenti nei maggiori centri urbani e rispondono sufficientemente alle richieste della popolazione.</p> <p>- Residenze sanitarie assistenziali: è presente in un solo centro ed attività in via sperimentale. Tale struttura - a carattere prevalente mente sanitario - risulta strumentale al raggiungimento dell'obiettivo di ridurre le ospedalizzazioni improprie degli anziani. Sembra opportuno sottolineare che, rispetto alla Legge n. 502/1983 e successive modificazioni ed alle Leggi Regionali attuative (L.R. 32/1984 e 13/1995) esiste una riorganizzazione totale delle U.S.L. - ora Aziende Sanitarie - che implica nel cessare una riorganizzazione anche del comparto socio-assistenziale.</p>	<p>PROBLEMI ENERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN RELAZIONE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
PORDENONE	<p>Si rileva un indice di invecchiamento della popolazione molto marcato soprattutto nell'area montana, con una elevata richiesta di assistenza. Risultano esserci rilevanti fenomeni di emarginazione sociale legati alla lontananza ed all'isolamento. E' necessario un potenziamento dei supporti domiciliari e dei centri diurni. Sono insufficienti la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle limitate risorse economiche.</p>	<p>Si registra una significativa rete di volontariato sociale, ma le associazioni che si occupano in modo organico di anziani sono ancora limitate nonostante in questi ultimi anni se ne siano formate diverse. Delle stesse quasi nessuna si occupa di anziani non autosufficienti.</p>
TRIESTE	<p>La popolazione anziana ultrassessantacinquenne nella Provincia di Trieste supera il 24% del totale. Nel Comune di Trieste questa percentuale raggiunge il 25% e presenta delle problematiche specifiche dovute al tessuto urbano del comune ed al fattore socio-culturale proprio degli anziani di questa città. Le case di riposo private raggiungono le 78 unità solo nel territorio cittadino. Questo fenomeno atipico, secondo quanto afferma l'Ufficio Programmazione socio-assistenziale della Provincia di Trieste, è dovuto non tanto alla necessità di sopprimere le strutture da parte de-</p>	<p>Nel territorio provinciale operano numerose e qualificate associazioni di volontariato in considerazione dell'alta percentuale di popolazione anziana nella provincia, appare scontato che l'attività di queste associazioni si rivolga in modo specifico a favore di questa fascia di utenza. Le mansioni svolte da ciascuna associazione sono di tipo infermieristico, di trasporto anche ai fini sanitari, di aiuto nel disturbo di pratiche economiche, che va a supportare l'intervento dell'Ente locale, spesso,</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN RELAZIONE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI IN VIRTU' CHE CONCERNE IL SERVIZIO DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
TRIESTE (segue)	<p>gli Enti pubblici, quanto piuttosto ad una crescente domanda degli anziani rimasti soli di poter vivere in piccole comunita'. Questa realta' deriva in parte dalla trasformazione della famiglia a nucleo monoparentale. In parte ad una oblietta carente di responsibilita' della rete parentale, che spesso e' accompagnata da un atteggiamento di delega totale nei confronti dei bisogni socio-assistenziali dell'anziano. Infatti le persone che fanno riferimento a queste strutture denominate "abitazioni collettive polifunzionali" sono per lo piu' anziani che non necessitano di particolari interventi di cura ed assistenza, ma che vivono da soli in abitazioni divenute spesso inadeguate alle esigenze. Le polifunzionali e' regolamentata da normativa urbanistica comunale e da direttive regionali risalenti al 1984, che attendono di essere aggiornate rispetto al Piano Socio-Assistenziale vigente. Nel quadro dei provvedimenti regionali e' prevista la funzione di autorizzazione al funzionamento, controllo e vigilanza della Azienda per i Servizi Sanitari. Le forze sociali hanno ravvisato la necessita' di giungere quanto prima ad una normativa che fissi precisi standards per gli ambienti, per le prestazioni erogate e per il personale impegnato.</p>	<p>Inoltre, nella provincia di Trieste, si registra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insufficienza del personale di assistenza domiciliare rispetto alla domanda nel territorio; - necessita' di messa a punto di una bozza di protocollo d'intesa al fine di arrivare ad un accordo con la Azienda Sanitaria per la messa a regime dell'Assistenza Domiciliare integrata, tesa a mantenere nel proprio domicilio gli anziani che lo desiderano; - bisogno di qualificazione del personale di assistenza; ad esso si fa fronte favorendo la frequenza di corsi di "qualificazione in servizio" promossi dalla Regione Friuli Venezia Giulia; - esigenza di riorganizzazione del servizio, compresa l'articolazione nell'intero arco della giornata. 	<p>infatti, questa parte della popolazione usufruisce di redditi esigui che non consentono un adeguato sostentamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - non mancano interventi di tipo socio-culturale e ricreativo rivolti in particolare a quella parte della popolazione anziana che, ancora in grado di effettuare spostamenti in modo autonomo, trova nell'associazione di volontari uno spazio ed un'occasione di socializzazione.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
UDINE	<p>Il problema degli anziani è di natura complessiva e non evidenzia variazioni significative nei suoi elementi essenziali. In provincia di Udine, su un totale di 522.000 abitanti, le persone che hanno superato il 65° anno di età sono circa 96.000 e di queste 25.000 sono ultratrentenni.</p> <p>In via generale, si può affermare che il grado di sviluppo riscontrabile tra l'ampia zona montana e la fascia pianeggiante e costiera della provincia, dove sorgono gli impianti industriali e le stazioni turistiche, è alla base del fenomeno dell'abbandono della montagna da parte delle giovani generazioni; conseguentemente, nei comuni montani si registrano i più elevati tassi di anzianità.</p>	<p>Il problema principale che si evidenzia è di natura complessiva e non evidenzia variazioni significative nei suoi elementi essenziali. In provincia di Udine, su un totale di 522.000 abitanti, le persone che hanno superato il 65° anno di età sono circa 96.000 e di queste 25.000 sono ultratrentenni.</p> <p>In via generale, si può affermare che il grado di sviluppo riscontrabile tra l'ampia zona montana e la fascia pianeggiante e costiera della provincia, dove sorgono gli impianti industriali e le stazioni turistiche, è alla base del fenomeno dell'abbandono della montagna da parte delle giovani generazioni; conseguentemente, nei comuni montani si registrano i più elevati tassi di anzianità.</p>	<p>La principale difficoltà rilevata è la mancanza di integrazione tra il servizio domiciliare domestico ed i servizi specialistici particolarmente nei reparti ospedalieri. Si rileva la carenza di assistenze domiciliari infermieristica e fisioterapica. Le difficoltà economiche e la precarietà dei mezzi di trasporto si fanno sentire in particolare nelle zone montane dove l'estensione del territorio comporta un enorme dispendio di energie. Si è notata una diminuzione di richiedi del servizio nei comuni che hanno adottato la compartecipazione nelle spese per usufruire del servizio.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN COMESSE ALLA PRESENZA DI ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
GENOVA	NON PERVENUTA	
IMPERIA	NON PERVENUTA	
LA SPEZIA	<p>L'aumento dell'incidenza percentuale della popolazione anziana in questa Provincia ha determinato una maggiore richiesta dei servizi assistenziali. Questi non hanno ancora trovata adeguata risposta da parte degli enti pubblici, sia per carenze di mezzi finanziari sia per problemi di attuazione pratica dei servizi da erogare.</p>	<p>Per quanto riguarda la realtà di questa Provincia si rileva una buona risposta alle problematiche degli anziani. In generale le associazioni di volontariato ruotano intorno ai centri sociali dei singoli comuni e, in collaborazione con i servizi sociali, nei vari stati istituiti, in alcuni Comuni, i servizi quali il "Telefono d'Argento" ed il "Tele soccorso".</p>
SAVONA	NON PERVENUTA	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA (CONNESSIONE TRA LE PROBLEMATICHE EMERSE IN PROVINCIA E IL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DELL'AMBITO PUBBLICO)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA (CONNESSIONE TRA LE PROBLEMATICHE EMERSE IN PROVINCIA E IL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DELL'AMBITO PUBBLICO)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA (CONNESSIONE TRA LE PROBLEMATICHE EMERSE IN PROVINCIA E IL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DELL'AMBITO PUBBLICO)
BOLOGNA	NOM PERVENUTA		
FERRARA	Il notevole declino del tasso di natalità nel Comune, in particolare gli Anziani, Le richieste presentate per il servizio di assistenza domiciliare sono in genere superiori a quelle presentate sul territorio provinciale, sono le cause primarie dell'impoverimento delle risorse disponibili. In ispecie per quanto riguarda il problema dell'assistenza domiciliare. Solo in poche realtà locali si riscontrano iniziative di carattere preventivo. La mancanza di personale da adibire a questo tipo di assistenza, fa sì che si producano situazioni di emergenza.	Le richieste presentate per il servizio di assistenza domiciliare sono in genere superiori a quelle presentate sul territorio provinciale, sono le cause primarie dell'impoverimento delle risorse disponibili. In ispecie per quanto riguarda il problema dell'assistenza domiciliare. Solo in poche realtà locali si riscontrano iniziative di carattere preventivo. La mancanza di personale da adibire a questo tipo di assistenza, fa sì che si producano situazioni di emergenza.	
FORLÌ	L'assistenza agli anziani nell'ambito del territorio interprovinciale di Forlì-Cesena e Rimini registra livelli di realizzazione che non mancano iniziative di inserimento nella popolazione anziana sono quelli soddisfacenti delle esigenze locali per le misure di intervento poste in atto dagli enti locali sia per la cura del verde pubblico, personale specializzato. Il primo dei piccoli gruppi di anziani, non è di facile attuazione in questo momento si sta a ricercare nell'ambito familiare (ecc.) di intervento finanziario a favore di associazioni di volontariato e nella maggior parte dei casi si avverte nella mancanza di collegamenti con le strutture pubbliche di assistenza. Notevole è l'incremento delle richieste nei confronti dell'Ente Pubblico per ottenere alloggi privi di barriere architettoniche. Tale incremento è giustificato da un sempre più elevato tasso di invecchiamento tra le problematiche più delicate; si registra, specialmente in alcune località dell'Appennino, l'adeguatezza...	L'assistenza agli anziani nell'ambito del territorio interprovinciale di Forlì-Cesena e Rimini registra livelli di realizzazione che non mancano iniziative di inserimento nella popolazione anziana sono quelli soddisfacenti delle esigenze locali per le misure di intervento poste in atto dagli enti locali sia per la cura del verde pubblico, personale specializzato. Il primo dei piccoli gruppi di anziani, non è di facile attuazione in questo momento si sta a ricercare nell'ambito familiare (ecc.) di intervento finanziario a favore di associazioni di volontariato e nella maggior parte dei casi si avverte nella mancanza di collegamenti con le strutture pubbliche di assistenza. Notevole è l'incremento delle richieste nei confronti dell'Ente Pubblico per ottenere alloggi privi di barriere architettoniche. Tale incremento è giustificato da un sempre più elevato tasso di invecchiamento tra le problematiche più delicate; si registra, specialmente in alcune località dell'Appennino, l'adeguatezza...	L'assistenza agli anziani nell'ambito del territorio interprovinciale di Forlì-Cesena e Rimini registra livelli di realizzazione che non mancano iniziative di inserimento nella popolazione anziana sono quelli soddisfacenti delle esigenze locali per le misure di intervento poste in atto dagli enti locali sia per la cura del verde pubblico, personale specializzato. Il primo dei piccoli gruppi di anziani, non è di facile attuazione in questo momento si sta a ricercare nell'ambito familiare (ecc.) di intervento finanziario a favore di associazioni di volontariato e nella maggior parte dei casi si avverte nella mancanza di collegamenti con le strutture pubbliche di assistenza. Notevole è l'incremento delle richieste nei confronti dell'Ente Pubblico per ottenere alloggi privi di barriere architettoniche. Tale incremento è giustificato da un sempre più elevato tasso di invecchiamento tra le problematiche più delicate; si registra, specialmente in alcune località dell'Appennino, l'adeguatezza...

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN RELAZIONE ALLA PRESENZA DI ANZIANI	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN RELAZIONE ALLA PRESENZA DI ANZIANI	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN RELAZIONE ALLA PRESENZA DI ANZIANI	VALUTAZIONI SUI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
FORLÌ (segue)	<p>La situazione complessiva è in grado di assicurare efficienti e necessari collegamenti con i presidi ospedalieri della provincia. Si sottolinea, inoltre, l'insufficienza delle case private per anziani nelle zone colpite in presenza di un'assistenza domiciliare che non sempre riesce a coprire i bisogni. Particolare rilievo assume, in quasi tutti i Comuni, il contributo delle associazioni di volontariato che sono di valido supporto all'azione dell'Ente pubblico attivando servizi in servizio come l'aiuto domestico, il disbrigo di pratiche e l'assistenza all'anziano anche sotto il profilo giuridico.</p>	<p>Il grado di attuazione di dette iniziative può dirsi soddisfacente pur nell'avvertita esigenza di un potenziamento delle strutture assistenziali per anziani nelle zone colpite in presenza di un'assistenza domiciliare che non sempre riesce a coprire i bisogni. Particolare rilievo assume, in quasi tutti i Comuni, il contributo delle associazioni di volontariato che sono di valido supporto all'azione dell'Ente pubblico attivando servizi in servizio come l'aiuto domestico, il disbrigo di pratiche e l'assistenza all'anziano anche sotto il profilo giuridico.</p>	<p>Sociali (istituite in base alle leggr. 8/11/1991, n. 36) che sono numerose (Forlì-Cesena e quella in essere nella Provincia di Rimini). Inoltre, hanno segnalato la necessità di una maggiore integrazione tra l'assistenza sociale e quella di tipo sanitario pur non mancando al riguardo segnalazioni di proficua collaborazione tra le Aziende Sanitarie Locali.</p>	<p>Il gruppo di volontariato in essere nella Provincia di Forlì-Cesena è quello in essere nella Provincia di Rimini.</p>
MODENA	<p>In generale viene segnalato un incremento della popolazione anziana e un aumento degli anziani che vivono in nuclei familiari di piccole dimensioni. Questo dato, insieme a una diminuita capacità assistenziale delle famiglie e alla non disponibilità da parte delle Aziende Ospedaliere ad accogliere gli anziani per lunghi periodi, determina un aumento della domanda di servizi sanitari e di accesso ai servizi assistenziali domiciliari dislocati sul territorio che però risultano carenti. Molti Comuni situati in zone montane od agricole segnalano inoltre un rilevato numero di anziani che vivono isolati.</p>	<p>Si riscontra un buon grado di attuazione da parte degli organi locali in merito a una diminuita capacità assistenziale delle famiglie e alla non disponibilità da parte delle Aziende Ospedaliere ad accogliere gli anziani per lunghi periodi. La situazione è resa più precaria dalla mancanza di servizi di supporto ed in conseguenza di tale attività rivolta alla popolazione anziana, a causa delle difficoltà che spesso incontrano dette associazioni per avviare un discorso di collaborazione con il Comune stesso.</p>	<p>Il gruppo di volontariato in essere nella Provincia di Modena è quello in essere nella Provincia di Reggio Emilia.</p>	<p>In generale sono presenti in provincia le associazioni di volontariato in forma organizzata sia spontanea che in forma organizzata sia spontanea. Tali gruppi attuano forme di collaborazione con la struttura pubblica e svolgono funzioni di supporto ed in conseguenza di tale attività rivolta alla popolazione anziana, a causa delle difficoltà che spesso incontrano dette associazioni per avviare un discorso di collaborazione con il Comune stesso.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
PARMA	<p>Si registra una elevata presenza di popolazione anziana: nei piccoli centri in particolare ed in quelli montani il fenomeno è correlato all'abbassamento della presenza di giovani. Conseguentemente si registra una carenza di strutture residenziali e non residenziali e una certa assenza di associazioni di volontariato che prestino la loro opera a supporto delle strutture pubbliche insufficienti. Si lamentano inoltre notevoli difficoltà legate alla carenza di mezzi di trasporto e la scarsa accessibilità da parte degli operatori nei centri domiciliare.</p>	<p>Si segnalano diverse anomalie nella prestazione del servizio di assistenza domiciliare dovute alla scarsa diffusione di un'assistenza medico-infermeristica, alla mancata integrazione fra servizi sociali e sanitari, alla scarsità di mezzi idonei per il trasporto degli anziani non autosufficienti ed al fatto che il personale in servizio non è adeguatamente formato ed aggiornato. Sarebbe necessario avere accordi o convenzioni tra i servizi sociali e le Aziende Sanitarie Locali; migliorare le lunghezze di attesa per accedere al servizio; qualificare le prestazioni e curare l'integrazione socio-sanitaria.</p>	<p>Si può affermare che il grado di risposta del volontariato è decisamente elevato e si concretizza attraverso interventi nelle città di Parma e nei Comuni in cui la popolazione è numerosa. Nei centri periferici o montani invece tali gruppi spesso non sono presenti o operano in precarietà; laddove esistono, vi è una buona collaborazione con il locale Comitato Anziani. Si registra comunque una diffusa esigenza di coordinamento tra le varie forze, sia pubbliche che private, per una migliore gestione dei servizi.</p>
PIACENZA	<p>Il grado di sensibilizzazione degli organi pubblici è discreto.</p>		<p>Il grado di coinvolgimento dei gruppi di volontariato può definirsi buono.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE E SULLA PRESSIONE DEI PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE IL VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPONDA SUGLI ESIGENZE LOCALI
RAVENNA	<p>Il fenomeno dell'incremento demografico sembra essere in giusta sintonia con quello degli Enti locali, in quanto da parte degli Enti locali, si è avuta una progressiva presa di coscienza delle esigenze e favorire la nascita di nuove iniziative assistenziali, in particolare, in merito al servizio di assistenza domiciliare, attraverso la creazione di gruppi di volontariato, la raccolta di contributi, la distribuzione di pasti a domicilio, ecc.</p> <p>Le tali iniziative, in parte, sono state attuate attraverso iniziative di volontariato, in parte, attraverso il servizio di assistenza domiciliare, ecc.</p> <p>Il fenomeno dell'incremento demografico sembra essere in giusta sintonia con quello degli Enti locali, in quanto da parte degli Enti locali, si è avuta una progressiva presa di coscienza delle esigenze e favorire la nascita di nuove iniziative assistenziali, in particolare, in merito al servizio di assistenza domiciliare, attraverso la creazione di gruppi di volontariato, la raccolta di contributi, la distribuzione di pasti a domicilio, ecc.</p>	<p>Il fenomeno dell'incremento demografico sembra essere in giusta sintonia con quello degli Enti locali, in quanto da parte degli Enti locali, si è avuta una progressiva presa di coscienza delle esigenze e favorire la nascita di nuove iniziative assistenziali, in particolare, in merito al servizio di assistenza domiciliare, attraverso la creazione di gruppi di volontariato, la raccolta di contributi, la distribuzione di pasti a domicilio, ecc.</p>	<p>Il fenomeno dell'incremento demografico sembra essere in giusta sintonia con quello degli Enti locali, in quanto da parte degli Enti locali, si è avuta una progressiva presa di coscienza delle esigenze e favorire la nascita di nuove iniziative assistenziali, in particolare, in merito al servizio di assistenza domiciliare, attraverso la creazione di gruppi di volontariato, la raccolta di contributi, la distribuzione di pasti a domicilio, ecc.</p>

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE ALLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
REGGIO EMILIA	<p>La rilevante presenza della popolazione anziana sul territorio provinciale di Reggio Emilia ha indotto ad una serie ed attenta programmazione delle risorse pubbliche, private e sociali disponibili. Per quanto riguarda gli anziani attivi residenti in provincia esistono numerose iniziative: i Centri Sociali Provinciali di Reggio Emilia, sono ben 58; esistono organizzazioni di volontariato formate da anziani che hanno stipulato convenzioni con Enti pubblici per la prestazione di attività di pubblica utilità rivolte alla cittadinanza. Sul fronte degli anziani in difficoltà o non autosufficienti, si considera di particolare importanza la presenza di un potenziale di risorse umane e professionali che dovranno essere mobilitate per la gestione dei servizi. In tutti i punti della rete dei servizi, si individua i reali bisogni ed i possibili interventi. Nel corso del 1986 verranno attivate nella provincia di Reggio Emilia altre 6 Residenze Sanitarie.</p>	<p>La realtà locale della provincia reggina ha una radicata tradizione di solidarietà di matrice sia cattolica sia laica. Il volontariato si attiva dunque sul territorio in modo strutturato tramite rapporti diretti tra l'Ente e i singoli, esplicando un'azione di supporto alle strutture pubbliche che consente la creazione del sistema di rete sociale. Il contributo fornito dal volontariato è quantitativamente e qualitativamente notevole e si concretizza in più attività che rispondono alle richieste locali (animazione, recupero sociale, trasporto, supporto socio-assistenziale, supporto socio-assistenziale). Ricordiamo inoltre la presenza di organizzazioni di volontariato composte da anziani e autogestite.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE (PROVINCIALE) CON LE SUE CARATTERISTICHE PARTICOLARI (PROVINCIALE) CON LE SUE CARATTERISTICHE PARTICOLARI	PROBLEMI E DIFFICOLTA' PER IL VOLONTARIATO SOCIALE (PROVINCIALE) CON LE SUE CARATTERISTICHE PARTICOLARI	SOLUZIONI E PROSPETTIVE (PROVINCIALE) CON LE SUE CARATTERISTICHE PARTICOLARI
APEZZO	Le esigenze maggiormente avvertite, in via prioritaria, sono quelle relative alla assistenza domiciliare, al ricovero in istituto o del centro di aggregazione, ma di un maggior sostegno economico e sociale alle famiglie che hanno al proprio interno un anziano che necessita di assistenza, di migliori standard di vita, e cominciare dall'innalzamento del livello pensionistico, all'abbattimento delle barriere architettoniche che ostacolano il normale svolgimento della vita quotidiana degli anziani. Sono dopo queste esigenze viene segnalata la necessità di realizzare più numerose e più idonee strutture socio-sanitarie, servizi di base alternativi al ricovero, nonché centri di aggregazione e di incontro.	L'attuale situazione presenta una carenza di personale insufficiente per far fronte ad una eccessiva dispersione dell'utenza nei vari centri di assistenza, per lo scarso numero di strutture residenziali e, l'assistenza domiciliare che nei confronti dei non autosufficienti che necessitano di cure continue è insufficiente. Le associazioni che operano in questo settore sono: la Croce Rossa, l'Auser, l'AVO, l'Azione Cattolica, il volontariato Vincenziano e la Croce Bianca.	Le esigenze maggiormente avvertite, in via prioritaria, sono quelle relative alla assistenza domiciliare, al ricovero in istituto o del centro di aggregazione, ma di un maggior sostegno economico e sociale alle famiglie che hanno al proprio interno un anziano che necessita di assistenza, di migliori standard di vita, e cominciare dall'innalzamento del livello pensionistico, all'abbattimento delle barriere architettoniche che ostacolano il normale svolgimento della vita quotidiana degli anziani. Sono dopo queste esigenze viene segnalata la necessità di realizzare più numerose e più idonee strutture socio-sanitarie, servizi di base alternativi al ricovero, nonché centri di aggregazione e di incontro.
FIRENZE		NON	PERVENUTA
GROSSETO		NON	PERVENUTA

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	VALUTAZIONI COMPLESSIVE A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
LIVORNO	<p>La provincia di Livorno detiene una percentuale abbastanza rilevante di anziani ultrasessantenni, che, in alcuni dei Comuni considerati rappresenta il 40% circa dell'intera popolazione residente. Alla luce di tale situazione diventa indilazionabile che per evitare l'insorgenza di tensioni sociali, la creazione di servizi rivolti alla terza età. Nell'ambito territoriale del Comune di Livorno si registra un considerevole aumento del numero degli anziani non autosufficienti per malattie invalidanti. Motivo per cui vi è una crescente domanda di assistenza domiciliare di tipo portato alle famiglie. Nella zona di Livorno è in atto un potenziamento dei servizi rivolti alla fascia di popolazione considerata e la linea perseguita è stata quella di impegnare risorse rivolte all'assistenza domiciliare al fine di limitare il più possibile il ricorso alla istituzione di ricovero in istituti e ad un coinvolgimento nella cura dei casi di emarginazione. Invece il Comune di Livorno ha portato alla rete sociale un'attività costante di mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita e la scelta dell'intervento in Residenze Sociali Assistenziali e Residenze Sanitarie Assistenziali, avviene solo quanto vi sono problemi molto gravi, oppure, nel caso di risorse familiari, economiche e sociali non consentano di soddisfare gli an-</p>	<p>Nel Comune di Livorno, è stato predisposto un "Progetto Anziani" che ha registrato un buon livello di coinvolgimento e collaborazione fra gli enti pubblici e che ha coinvolto le Associazioni di volontariato, le Agenzie di viaggio, Residenze Sociali, Assistenza Domiciliare, Circoli, ecc. Anche nella zona di Cecina, si registra un accordo con la Conferenza dei Sindaci, sono stati attuati i progetti di assistenza agli anziani. Inoltre, sono previsti dalla Regione Toscana, in materia U.S.L., sia indirettamente tramite cooperative, oppure con aiuti economici destinati all'assistenza domiciliare, persone anziane in particolari condizioni di disagio. A questo servizio si affianca quello infermieristico per anziani con patologie, il servizio di riabilitazione funzionale ed i vari servizi specialistici (es. malumore). Da sottolineare l'importanza dell'utilizzazione del volontariato per integrare i compiti istituzionali del servizio domiciliare. Infatti, stipulata una convenzione fra U.S.L. ed associazioni di volontariato (AUSER, Caritas e Misericordia), nell'ambito territoriale di gruppi di anziani ed attività a do-</p>	<p>Nella zona di Livorno il volontariato è attivo ed opera sempre in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali; spesso si attuano interventi a favore di problemi di isolamento e di emarginazione. Anche nella zona di Cecina il grado di risposta dei gruppi di volontariato è soddisfacente. Sono state stipulate convenzioni fra Comuni, comandati e pubblici per concordare un piano di lavoro. Nella zona di Livorno vi è una collaborazione fatta nell'affrontare problematiche di isolamento, attraverso la condivisione delle difficoltà e delle necessità. Sul territorio dell'Elba sono operanti alcune associazioni di volontariato spontaneo la cui attività è rivolta a problemi di emarginazione degli anziani. Fra questi il Gruppo di Volontariato "Tempo libero" con sede a Portoferraio, il Gruppo di volontariato "Anziani in movimento", la presenza della Fondazione "Amadeo Cacciò" che eroga assistenza finanziaria, contributi, finanziari, diretti. La fondazione assicura agli an-</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERGENTI IN RELAZIONE ALL'ANZIANO	SINTESI DEI PRINCIPALI ELEMENTI PER CUI CHE MERITANO UN'ACCURATA INDAGINE	SINTESI DEI PRINCIPALI ELEMENTI PER CUI CHE MERITANO UN'ACCURATA INDAGINE
LIVORNO (argue)	<p>La necessità di assistenza continua. Anche nella zona dell'Isola di Elba vi è un indice elevato di vecchiaia. Gli anziani, infatti rappresentano il 18% della popolazione. Le principali problematiche legate al fenomeno sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carenza di personale socio-sanitario; - carenza di Residenze Socio-Assistenziali per l'accoglienza a tempo pieno di anziani non autosufficienti; - strutture alternative al ricovero, che è impossibile assistere con modalità diverse di intervento. 	<p>Il fenomeno della rilevezione fatta nel 1993, si nota che vi è un maggior fabbisogno di servizi socio-sanitari, di cui si diffonde e non radicata. Nella zona in questione si evidenzia la carenza di personale nel proprio ambiente di vita. Si rilevano, inoltre, difficoltà di organizzazione del servizio e di conseguenza un maggior fabbisogno di servizi e delle strutture alternative al ricovero. Inoltre si pone particolare attenzione alla formazione degli operatori del territorio, che meglio conoscano le esigenze delle diverse aree sociali (operatori volontari). Rimane sempre critica la situazione delle isole, dove a una carenza di personale del settore sociale e di personale sanitario della U.S.L., necessario per le attività decentrate sul territorio (assistenza domiciliare ed infermeristica), si accompagna una totale assenza di strutture residenziali per anziani non autosufficienti, per cui l'unica soluzione per risolvere situazioni a rischio di emergenza è il ricovero in istituti ubicati fuori dal territorio insulare con conseguente ardicamento dell'anziano dall'ambiente di origine.</p>	<p>Il fenomeno della rilevezione fatta nel 1993, si nota che vi è un maggior fabbisogno di servizi socio-sanitari, di cui si diffonde e non radicata. Nella zona in questione si evidenzia la carenza di personale nel proprio ambiente di vita. Si rilevano, inoltre, difficoltà di organizzazione del servizio e di conseguenza un maggior fabbisogno di servizi e delle strutture alternative al ricovero. Inoltre si pone particolare attenzione alla formazione degli operatori del territorio, che meglio conoscano le esigenze delle diverse aree sociali (operatori volontari). Rimane sempre critica la situazione delle isole, dove a una carenza di personale del settore sociale e di personale sanitario della U.S.L., necessario per le attività decentrate sul territorio (assistenza domiciliare ed infermeristica), si accompagna una totale assenza di strutture residenziali per anziani non autosufficienti, per cui l'unica soluzione per risolvere situazioni a rischio di emergenza è il ricovero in istituti ubicati fuori dal territorio insulare con conseguente ardicamento dell'anziano dall'ambiente di origine.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN PROVINCIA SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE COMRESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
LUCCA	<p>Per quanto gli organi pubblici si riferiscono al livello complessivo di sensibilità a livello provinciale sul grado di sensibilizzazione degli organi pubblici anziani complessivamente abbastanza elevato, si riscontra una carenza delle strutture socio-sanitarie. Emerge, in particolare, la necessità di potenziare i servizi di assistenza domiciliare e di creare punti di aggregazione nonchè di promuovere le condizioni strutturali e finanziarie occorrenti per il soddisfacimento delle istanze abitative ed economiche.</p>	<p>Il registro difficoltà nel raggiungimento del domicilio dell'utente do- vute alla particolare morfologia dei territori montani. Appare evidente l'opportunità di creare corretta in- formazione sulle modalità di accesso alle prestazioni e di instaurare un rapporto con l'utenza. Inoltre è auspicabile la progettazione di forme integrate di assistenza domiciliare per affrontare adeguatamente le problematiche connesse allo incremento di patologie di difficile gestione domiciliare. Manca un'adeguata copertura finanziaria e personale con specifiche competenze professionali al fine di assicurare continuità al servizio, anche in ore notturne. Al momento le soluzioni adottate sono l'appalto dei servizi a cooperative specializzate e l'acquisto di auto mezzi per facilitare l'accesso degli operatori al domicilio degli utenti.</p>	<p>Sono presenti, in provincia, molti gruppi di volontariato che operano con impegno anche in sinergia con gli operatori dei servizi sociali dell'Ente locale; emerge comunque la necessità di un maggiore coordinamento con l'Ente pubblico e gli altri organi resistenti sul territorio, per consentire un'ottimale impegno delle risorse.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERGENTI IN RELAZIONE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI IMPRESI PER CIO' CHE CONCERNE LE ATTIVITA' DI ASSISTENZA DOMICILIARE	GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
MASSA CARRARA	<p>Nella provincia sono numerosi gli anziani parzialmente o totalmente autosufficienti; il problema è più evidente nella zona di Luni-ghiana, dove la popolazione anziana incide in percentuale maggiore sui residenti. È in aumento anche nella zona di Carrara. In particolare nel Comune di Carrara. Per quello che concerne l'assistenza infermieristica e domiciliare, tale servizio è carente soprattutto in Lunigiana dove il numero è inferiore a quello previsto per cui il servizio può svolgersi solo in un distretto e nelle zone antimeridiane. Nella zona delle Apuane tale servizio, iniziato nel 1975 nel Comune di Massa, viene svolto invece in tutti i distretti, ma per analoghe carenze di personale, soltanto nelle ore antimeridiane.</p>	<p>L'assistenza domiciliare viene svolta principalmente da cooperative. A fronte della professionalità degli operatori si evidenzia il lato negativo rappresentato dalla temporarietà del servizio svolto dagli stessi addetti. Inoltre, la carenza di personale adeguate, inoltre, la carenza di servizi integrati di servizi che consenta di dare una risposta complessiva ai bisogni che emergono.</p>	<p>L'assistenza domiciliare viene svolta principalmente da cooperative. A fronte della professionalità degli operatori si evidenzia il lato negativo rappresentato dalla temporarietà del servizio svolto dagli stessi addetti. Inoltre, la carenza di servizi integrati di servizi che consenta di dare una risposta complessiva ai bisogni che emergono.</p>
PISA	DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITI A LIVELLO COMUNALE		
PISTOIA	NON PERVENUTA		

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO	VALUTAZIONI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA
SIENA	<p>Il progressivo invecchiamento demografico della popolazione, ed in particolare il numero crescente di anziani che vivono soli e in nuclei familiari di tipo ultrasettenario, ha creato una situazione di emergenza per la provincia. La mancanza di strutture residenziali e di servizi adeguati, unitamente alla carenza di personale sanitario e di assistenti domiciliari, ha gravemente compromesso la qualità della vita degli anziani. La mancanza di strutture residenziali e di servizi adeguati, unitamente alla carenza di personale sanitario e di assistenti domiciliari, ha gravemente compromesso la qualità della vita degli anziani.</p>	<p>Il grado di sensibilità del potere pubblico nei confronti del problema dell'anziano è alto. Gli interventi in materia sono per lo più orientati verso la creazione di nuove strutture residenziali e di servizi, e verso l'assistenza domiciliare. Il servizio di assistenza domiciliare è efficiente e risponde alle esigenze degli anziani. La mancanza di strutture residenziali e di servizi adeguati, unitamente alla carenza di personale sanitario e di assistenti domiciliari, ha gravemente compromesso la qualità della vita degli anziani.</p>	<p>VALUTAZIONI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA</p> <p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO</p> <p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE PERTINENTI CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO CHE CONCERNE IL ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
PERUGIA	Non si rileva un elevato tasso di invecchiamento, né casi di emarginazione o fenomeni di depressione e suicidio. L'assistenza socio-sanitaria agli anziani è svolta nelle maggior parte dei casi dalla USL, ma i Comuni hanno rappresentato difficoltà di natura finanziaria e lentezza da parte dei sopracitati Enti nell'attivazione dei servizi. Le USL, d'altro canto, peropperire alle carenze di personale socio-sanitario, hanno stipulato convenzioni con cooperative di servizi sociali.	Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare le difficoltà segnalate dai Comuni sono soprattutto di natura finanziaria, si rilevano inoltre una esiguità di personale qualificato e una scarsa rispondenza da parte delle U.S.L. nell'attivazione dei servizi sociali.	Un analisi di grande importanza potrebbe essere apportata dai gruppi di volontariato che, purtroppo, nella provincia di Perugia sono quasi inesistenti.
TERNI	Le necessità primarie riscontrate negli anziani presenti in provincia sono: il bisogno di aggregazione sociale e l'esigenza di assistenza domiciliare nella forma soprattutto del aiuto domestico. Nella maggior parte dei piccoli Comuni tale tipo di assistenza è familiare, nei Comuni più grandi invece si evidenziano difficoltà economiche e di carenze di personale tali che non consentono di attivare servizi di assistenza agli anziani.	Nella prestazione del servizio di assistenza domiciliare emergono problemi soprattutto per gli alti costi necessari per coprire le distanze tra le comunità locali. Inoltre si riscontrano una scarsa collaborazione ed un insufficiente collegamento tra operatori U.S.L. e medici curanti.	Si rileva la necessità di promuovere il volontariato per rendere possibile una capillarizzazione dell'intervento assistenziale sull'anziano in ogni comunità locale. Solo due Associazioni (tra quelle operanti in Provincia) si occupano di anziani: l'Associazione "Ferriera" e l'"A.G.E.S.C.I.". Si rileva inoltre, l'impegno di Associazioni Parrocchiali a sostegno degli anziani.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI OPCANI PUBBLICI ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
ANCONA	<p>Si registra: - il progressivo invecchiamento della popolazione provinciale; - la complessiva tenuta della rete familiare e parentale che esclude qualsiasi di reale abbandono; - carenze di risorse finanziarie necessarie, per aumentare il personale socio-assistenziale e sanitario (specie per l'assistenza domiciliare) e per incrementare le strutture residenziali e semi-residenziali.</p>	<p>A fronte di una normativa regionale incompiutamente adeguata e sensibile sull'argomento, si lamenta, da più parti, l'insufficienza del contributo elargiti per l'attuazione dell'assistenza.</p>	<p>I gruppi di volontariato, laddove esistenti, offrono buona risposta per quanto concerne i bisogni legati alle aggregazioni sociali creando centri presso parrocchie, circostrizioni, ecc. Risulta completamente assente il volontariato in circa 1/3 dei Comuni della Provincia. Le necessità quotidiane degli anziani trovano, invece, risposta quasi esclusivamente nei servizi pubblici.</p>
ASCOLI PICENO	<p>Si conferma il numero crescente di anziani nel territorio provinciale. In generale emergono difficoltà connesse al venir meno dell'autosufficienza dell'anziano, in quanto nelle parti più disagiate dei Comuni c'è carenza di strutture socio-sanitarie con relativo personale.</p>	<p>Il servizio di assistenza domiciliare risulta essere, in alcuni Comuni, un servizio isolato. L'assistenza domiciliare si realizza solo su chiamata ed è organizzata in particolari contingenze, anche per la mancanza di disponibilità economiche.</p>	<p>In pochi Comuni esiste un sistema di volontariato stabile per gli anziani. Questi gruppi molte volte operano senza alcun collegamento e coordinamento. Nella provincia è presente l'organizzazione del "Filo d'Argento" che eroga un servizio telefonico rivolto agli anziani.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN CONSEGUENZA DELLA PRESENZA DI ANZIANI	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SFINCIBILITÀ DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE	PROBLEMI EMERSI PER CIO CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
MACERATA	<p>Il risultato complessivo delle strutture residenziali per anziani autosufficienti e non, sono inadeguate le strutture socio-sanitarie finalizzate, anche, a prevenire l'emarginazione.</p>	<p>Vi è un sufficiente grado di sensibilità da parte degli organi pubblici, i quali, però, operano con continuità e duraturi soprattutto di fronte a difficoltà e cause delle inadeguate risorse finanziarie.</p>	<p>I gruppi di volontariato, seppure presenti in questo ambito provinciale (il Casero, Avulss, Uniale, Gruppo Volontariato Vincenziano, Scout, Croce Verde, Caritas, Croce Rossa e vari), sono insufficienti a garantire un'attività assistenziale continuativa e costante.</p>
PESARO URBINO	<p>Poiché la popolazione anziana presente in questa Provincia risulta in continuo aumento, sono numerose le richieste di intervento dirette ad Enti pubblici da parte di anziani semi autosufficienti. In particolare, risultano insufficienti le risorse finanziarie atte a garantire le prestazioni previste dalla normativa regionale, come pure le strutture socio-sanitarie ed il sistema di collegamento con i servizi erogati dalle UU.SS.LL.</p>	<p>Le difficoltà incontrate sul fronte dell'assistenza domiciliare riguardano la scarsità di risorse finanziarie idonee a soddisfare le numerose necessità, nonché una insufficienza di personale qualificato. Gli anziani che vivono da soli e che fruiscono dell'assistenza domiciliare hanno spesso necessità di un mezzo di comunicazione. A tal fine, l'Amministrazione comunale, Mondolfo, attiverà, entro la prossima estate, un numero verde di erogare un servizio di tipo socio-assistenziale.</p>	<p>Esistono gruppi di volontariato appartenenti alle AVULSS ed alla CARITAS che si impegnano positivamente. Un valido supporto è dato dagli obbiettivi di coscienza per i quali sarebbe opportuno prevedere dei corsi di preparazione. Maggiori risorse sarebbero auspicabili per affrontare i sempre numerosi problemi connessi alla popolazione anziana.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ-L'ASSISTENZA DOMICILIARE CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
FROSINONE	DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITTA' LIVELLO COMUNALE	
LATINA	<p>Si è verificata in generale una crescita della popolazione anziana con maggiori percentuali nei centri storici e nelle zone collinari. Tale realtà ha evidenziato una situazione di carenza ed inadeguatezza delle strutture socio-sanitarie, un insufficiente personale socio-sanitario e notevole difficoltà nell'attivare una assistenza integrata con quella medico-infermieristica di competenza delle UU.SS.LL.</p>	<p>Nella maggior parte dei Comuni della Provincia non esistono gruppi di volontariato. Nei Comuni con maggiore popolazione operano la CARITAS e la Croce Rossa Italiana e qualche associazione volontaristica collegata alla realtà parrocchiale. In qualche caso vi sono gruppi di volontariato che svolgono attività di supporto ai servizi pubblici per anziani, soprattutto rispetto ai bisogni socio-sanitari.</p>
RIETI	<p>La cultura contadina tipica di questa provincia è sempre dimostrata nei rapporti interpersonali, e fa sì che non si verifichi il fenomeno dell'emarginazione degli anziani nella vita sociale. La difficoltà maggiormente sentita è quella di raggiungere le strutture sanitarie da parte di coloro che ne hanno bisogno e che vivono nei piccoli</p>	<p>I gruppi di volontariato sono pochissimi e le Amministrazioni sentono la mancanza di questo indispensabile supporto alla erogazione dei servizi sociali rivolti agli anziani.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI FERTI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
ROMA	<p>Dalle risposte fornite dai Comuni si rileva una continua crescita del tasso di invecchiamento. I problemi maggiormente avvertiti sono: la carenza di personale sanitario; la lontananza, dal punto di vista dei centri di assistenza; la scarsità di risorse per il buon funzionamento dei centri assistenziali; la carenza di personale specializzato; la scarsità di risorse per l'attivazione dei servizi previsti dalla normativa vigente regionale; l'emarginazione di un numero sempre più elevato di persone anziane dovute oltre che al diffuso senso di inutilità e solitudine anche al crescente fenomeno migratorio dalla capitale ai comuni limitrofi e, infine, la scarsa possibilità di dialogo con le Unità Sanitarie Locali.</p>	<p>Relativamente all'assistenza domiciliare si sottolinea che la stessa è penalizzata dalla carenza di risorse economiche, di personale specializzato e dalla difficoltà di collaborazione con i vari Enti e Comuni, con conseguente mancanza di assistenza medico-infermieristica.</p>	<p>Esistono gruppi di volontariato che però non sono costituiti formalmente: è difficile, quindi, trovare un'effettiva collaborazione.</p>
VITERBO	<p>NON PERVENUTA</p>	<p>NON PERVENUTA</p>	<p>NON PERVENUTA</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE DELLE PROBLEMATICHE EMERGENTI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CUI CHE CONCERNE (VALUTAZIONI) SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CUI CHE CONCERNE (VALUTAZIONI) SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
CHIETI	Tra le problematiche emergenti si evidenzia il fenomeno di seguito studiato da parte del Comune nel 1972: il reddito insufficiente, la legge di enti pubblici, ma non sono stati istituiti fondi. Inoltrando il disinteresse dei parenti e interventi continuativi tali da impedire l'adeguata assistenza sanitaria da risolvere il problema.	Difficoltà da parte del Comune nel reperire risorse per il miglioramento dei fondi.	NESSUNA VALUTAZIONE
L'AQUILA	L'elevato tasso di invecchiamento della popolazione ha fatto rilevare sia la carenza di strutture sanitarie intermedie, sia la totale assenza di strutture sanitarie intermedie. In tale situazione si evidenzia che il numero di anziani che vivono da soli o fuori dal proprio contesto familiare.	Necessità lo studio di strategie sia amministrative sia organizzative del servizio di assistenza domiciliare, per facilitarne l'utilizzo da parte dell'utente. Le difficoltà di contenimento del costo di associazioni locali quali le "Case di volontariato", il "Gruppo Alpini" e la "Cooperativa" sono state da alcuni enti superate. Lodevoli iniziative sono state assunte dall'Associazione "Donne in campo ricreativo" (Comune di Pescocostanzo).	Esiste qualche esempio isolato di volontariato, anche se solo in occasione di casi particolari e quindi senza carattere di continuità. Esistono piccoli gesti di solidarietà da parte di associazioni locali quali le "Case di volontariato", il "Gruppo Alpini" e la "Cooperativa". Lodevoli iniziative sono state assunte dall'Associazione "Donne in campo ricreativo" (Comune di Pescocostanzo).

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (CONNESSE ALLA PRESENZA DI ANZIANA)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA (PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI)
FESCARA	NON Pervenuta	
TERAMO	<p>La maggior parte dei Comuni lamenta notevoli difficoltà operative per carenze di disponibilità economica e di personale organico, difficoltà che hanno comportato risposte assistenziali non completamente adeguate alla domanda.</p>	<p>Nota: notevole risulta essere il contributo delle associazioni di volontariato che operano nel settore socio-assistenziale, in quanto possono intervenire preventivamente e costantemente sulle situazioni locali segnalate, evitando che le stesse si tramutino in emergenze che sfociano in stati di abbandono e di solitudine. Tra le Cooperative attive in provincia si segnalano la "Cooperativa Armonia" con sede nel Comune di Castiglione.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE E COMUNALE (CONFRONTO CON LE PROVINCE PIU' COLPITE DAL PROBLEMA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA)	CIRCOLARI E PER GIO CHE CONTRIBUISCONO ALL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE DOMICILIARE (CONFERME ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
CAMPOBASSO	<p>La fronte di un elevato tasso di anzianità (in media tra il 23% e il 26%) si rileva la carenza di adeguate strutture socio-sanitarie, aggravata dalla difficoltà finanziaria e da insufficienti risorse per la realizzazione di iniziative nel settore: vig. inoltri, una certa resistenza degli enti - dettata dalle difficoltà finanziarie - nei confronti di iniziative integrate alla loro integrazione nel tessuto sociale.</p>	<p>La legislazione regionale in materia di assistenza agli anziani realizza l'obiettivo della creazione di un sistema integrato di sicurezza sociale (allo scopo di privilegiare fra i servizi previsti quelli cosiddetti "aperti", volti ad assicurare la permanenza dell'anziano nel proprio contesto familiare e socio-culturale) e soprattutto per gli anziani, e soprattutto per quelli non autosufficienti, sono garantiti i servizi di assistenza di base in strutture apposite e attivate ed in grado di garantire un adeguato servizio, convenzionate con la Regione, quali l'Opera di Termini e la "Coop. ASS. S. Elia e Piamisi).</p>	<p>Nel capoluogo si è instaurata una proficua collaborazione fra istituzioni pubbliche, volontariato parrocchiale, Croce Rossa Italiana da un lato e Centro Sociale Anziani dall'altro. Nel resto della Provincia non si registrano organizzazioni di volontariato che operano nello specifico settore e che iniziative volte all'aiuto ed al sostegno della popolazione anziana sono più, alla disponibilità di singoli volontari.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

<p>PROVINCIA</p>	<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN CONNESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA</p>	<p>PROBLEMI EMERSE PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
<p>ISERNIA</p>	<p>Si registra una scarsità di finanziamenti e di strutture socio-sanitarie in fronte di un aumento della popolazione anziana.</p>	<p>Si segnalano problematiche nell'attività di assistenza domiciliare e nel finanziamento delle strutture di assistenza domiciliare.</p>	<p>Non esistono gruppi di volontariato sul territorio.</p>
		<p>Si segnalano problematiche relative alla crescente richiesta, al numero insufficiente di addetti al servizio, ed alla mancanza di prestazioni infermieristiche e riabilitative e, infine, alla scarsa collaborazione delle famiglie.</p>	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CUI CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUI GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
AVELLINO	<p>Il problema concernente la popolazione anziana non costituisce in questa provincia motivo di particolare preoccupazione, in quanto è avvertito il rispetto dell'ordine familiare. Il problema concernente le strutture socio-sanitarie, in quanto è avvertito il rispetto dell'ordine familiare. Il problema concernente le strutture socio-sanitarie, in quanto è avvertito il rispetto dell'ordine familiare.</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CUI CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE</p>	<p>VALUTAZIONI SUI GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
BENEVENTO	<p>NON PERVENUTA</p>	<p>NON PERVENUTA</p>	<p>NON PERVENUTA</p>
CASERTA	<p>Si rileva: una carenza ed inadeguatezza delle strutture socio-sanitarie; una difficoltà finanziaria del Comune e scarsità di risorse con conseguente difficoltà di garantire le prestazioni previste dalla normativa regionale; una carenza di personale socio-sanitario.</p>	<p>La normativa regionale prevede, come intervento di primaria importanza, il reinserimento nella vita sociale dell'anziano, cercando di garantire la permanenza nell'ambiente familiare. Si evidenzia inoltre, la mancanza di personale idoneo a superare tale difficoltà.</p>	<p>Non tutti i gruppi di volontari hanno un'organizzazione in grado di affrontare con il dovuto impegno le problematiche degli anziani. I risultati ottenuti non sempre sono soddisfacenti.</p>
NAPOLI	<p>DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITI A LIVELLO COMUNALE</p>	<p>DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITI A LIVELLO COMUNALE</p>	<p>DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITI A LIVELLO COMUNALE</p>
SALERNO	<p>DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITI A LIVELLO COMUNALE</p>	<p>DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITI A LIVELLO COMUNALE</p>	<p>DATI NON UTILIZZABILI POICHE' FORNITI A LIVELLO COMUNALE</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA PRESENZA DI PROBLEMATICHE EMERGENTI IN RELAZIONE ALL'ANZIANITÀ	SINTESI PER CIO' CHE CONCERNE LE ESIGENZE LOCALI	SINTESI PER CIO' CHE CONCERNE LE ESIGENZE LOCALI
BARI	<p>Il progressivo invecchiamento della popolazione, segnalato dalle grandi cifre di interventi promozionali e di potenziamento dei servizi ai non autosufficienti, ha creato una situazione di emergenza in materia di assistenza agli anziani. La legislazione regionale in materia di interventi promozionali e di potenziamento dei servizi ai non autosufficienti, senza carattere di continuità, dal Comune, secondo le difficoltà incontrate, che non soddisfano le esigenze locali.</p> <p>Il progressivo invecchiamento della popolazione, segnalato dalle grandi cifre di interventi promozionali e di potenziamento dei servizi ai non autosufficienti, ha creato una situazione di emergenza in materia di assistenza agli anziani. La legislazione regionale in materia di interventi promozionali e di potenziamento dei servizi ai non autosufficienti, senza carattere di continuità, dal Comune, secondo le difficoltà incontrate, che non soddisfano le esigenze locali.</p>	<p>Viene segnalata in maniera ricorrente la presenza dei gruppi di volontariato operanti nello specifico settore dell'assistenza agli anziani e del tutto sporadica, rivolgendosi in un rapporto irrisolto alle esigenze locali.</p>	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN PRESENZA DI ANZIANA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
BRINDISI	<p>Molti comuni della Provincia non sono in grado di garantire le prestazioni previste dalle normative regionali per carenze di risorse economiche. Spesso infatti mancano strutture socio-sanitarie, strutture residenziali nonché residenze per anziani non autosufficienti.</p>	<p>Le iniziative dei gruppi di volontariato in favore della popolazione anziana nei comuni della provincia appaiono limitate.</p>
FOGGIA	<p>E' elevato in provincia il tasso di invecchiamento della popolazione ed, in particolare, si riscontra una consistente presenza di anziani non autosufficienti. Tra le problematiche più rilevanti si sottolinea un certo isolamento e la solitudine collegata all'essere anziano; una notevole carenza di strutture socio-sanitarie, igieniche e socializzanti; la carenza di servizi di mensa, lavanderia, assistenza domiciliare ed infermieristica. Non si è provveduto, inoltre, all'abbattimento di barriere architettoniche presso i locali pubblici e privati. A tale situazione fanno da controlio le difficoltà finanziarie dei Comuni (limitata disponibilità dei fondi finalizzati ad interventi socio-assistenziali).</p>	<p>Qualche Comune ha evidenziato l'esistenza di gruppi di volontariato, quasi tutti provenienti dal mondo cattolico, che attuano iniziative a favore degli anziani.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ DELLE AMMINISTRAZIONI LOCALI ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERGI PER CIO CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
LECCE	NON PERVENUTA	
TARANTO	<p>Le problematiche maggiormente presenti sono legate alla carenza di servizi sanitari e domiciliari, alle condizioni economiche della maggior parte degli anziani; all'assenza di strutture residenziali per non autosufficienti; alla scarsa integrazione nel territorio; alla carenza di strutture socio-sanitarie. Forte è la richiesta di assistenza domiciliare, scarsamente attivata.</p>	<p>Non sono state segnalate difficoltà e appare necessario un sistema in grado di ricordare i diversi gruppi operanti in modo continuativo soggetti ad attività di volontariato sul territorio.</p> <p>La carenza di servizi sanitari e domiciliari, le condizioni economiche della maggior parte degli anziani, l'assenza di strutture residenziali per non autosufficienti, la scarsa integrazione nel territorio, la carenza di strutture socio-sanitarie, la forte richiesta di assistenza domiciliare, la scarsa attivazione di servizi sanitari, la carenza di fondi.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (CONNESSE ALLA PRESENZA DI ORGANI PUBBLICI)	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
MATERA	<p>Si registra una certa difficoltà finanziaria dei Comuni e la carenza di risorse che rendono difficile garantire le prestazioni previste dalla normativa regionale. Sono molti gli anziani che vivono soli e che abbisognano di assistenza domiciliare. Da molti parti è stata segnalata la necessità di individuare criteri per fornire tale servizio.</p>	<p>Si rileva una mancanza o insufficienza di fondi sia regionali che comunali che determina l'impossibilità di assicurare assistenza a tutta la popolazione anziana che, in molti casi, necessita di una presenza socio-sanitaria continuativa nell'arco delle 24 ore. I problemi che si incontrano in servizio di assistenza domiciliare risulta assente nel 50% dei Comuni.</p>	<p>Il grado di risposta del volontariato in provincia risulta insufficiente rispetto alle esigenze ma è in continua crescita.</p>
POTENZA	<p>Le problematiche emerse nel corso dell'anno 1994, relative all'incremento della popolazione anziana nella provincia, sono legate in generale a un processo di socializzazione dell'anziano ad una adeguata assistenza sanitaria. La moltitudine e l'abbandono dei servizi socio-assistenziali ha dato vita ad una serie di iniziative che prevedono l'emarginazione, la solitudine e dei bisogni legati a condizioni di povertà. In questo tempo concorrono a non essere la creatività, l'operosità e le trasformazioni nella domanda di interventi, sia in termini quantitativi che qualitativi, caratterizzando l'assistenza che viene fornita. Infatti, statisticamente, l'assistenza in questa provincia, pur essendo, alla luce delle indagini, all'avanguardia, tuttavia la ristrettezza dimensionale dei Comuni costituisce una realtà socio-territoriale sicuramente traumatica, rispetto a quella propria della pianura, per i soggetti in età avanzata. In tale contesto, difeso, l'anziano conserva aspetti e valori culturali e tradizionali importanti per la difesa della propria dignità umana, familiare e sociale. I Comuni che presentano il più alto tasso di invecchiamento nel territorio, oppure con associazioni di volontariato sono: Carbone e Castronuovo</p>	<p>Le associazioni di volontariato presenti sul territorio, di tipo religioso e religioso, operano in maniera attiva ma risultano in numero insufficiente.</p>	<p>Le associazioni di volontariato presenti sul territorio, di tipo religioso e religioso, operano in maniera attiva ma risultano in numero insufficiente.</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ ALL'ESISTENZA DOMICILIARE	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
<p>POTENZA (segue)</p>	<p>La Regione Basilicata, con propria deliberazione, ha concesso un contributo pari f. 97.100.000 per questi e altri servizi socio-assistenziali, quelli i Centri diurni, che rispondono al bisogno di informazione, cultura e vita di relazione, nonché per favorire il "turismo sociale" consistente in soggiorni di vacanza in località marine o termali. E' inoltre allo studio l'elaborazione di strategie coordinate tra gli enti interessati alle problematiche socio-assistenziali per l'attuazione di iniziative utili a garantire migliori condizioni a favore delle persone anziane. In tale contesto, nel corso del 1994 la Prefettura ha svolto una forte opera di sensibilizzazione nei confronti di Enti locali, UU.SS.LL. ed istituzioni interessate, senza escludere il volontariato, per incurare a tutti i livelli una maggiore "cultura della 3° e 4° età", e combattere il triste fenomeno del suicidio degli anziani emarginati. Tale attività ha garantito risultati senza altro positivi, con frequenti incontri e riunioni volti ad assicurare interventi sul territorio coordinati e sinergici, sfruttando al meglio le modeste risorse disponibili.</p>	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (COMPRESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ (COMPRESSE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA)	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPONSA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
CATANZARO	<p>Si segnala l'assoluta carenza di risorse finanziarie da destinare alle iniziative a favore della popolazione anziana ed in particolare alla loro assistenza. Al riguardo è opportuno sottolineare che circa un terzo dei Comuni della Provincia hanno dichiarato il dissesto finanziario. Alla luce della carenza delle strutture socio-sanitarie ventive fatto fronte tradizionalmente attraverso la locale struttura familiare, legata alle attività economiche di tipo agricolo-pastorale condotte a livello familiare; il progressivo abbandono delle terre e l'aumento della disoccupazione nelle regioni meridionali hanno indotto molti giovani a lasciare il paese di origine alla ricerca di un posto di lavoro al Nord. Ciò ha comportato un graduale aumento del tasso di invecchiamento, uno sfaldamento dell'originario tessuto sociale e la comparsa del fenomeno dell'emarginazione. I casi di suicidio segnalati in alcuni Comuni possono essere ricondotti oltre che alle cause sopraindicate, anche alle sempre più precarie e talvolta, insufficienti condizioni economiche in cui una larga fascia della popolazione anziana è costretta a vivere.</p>	<p>La Regione Calabria, che dal punto di vista normativo si è mostrata particolarmente sensibile al problema emanando, talvolta, specifiche leggi regionali (10/1980, 5/1987 e 15/1987), a loro volta recepite dal Piano Sanitario Regionale come provvedimento di intervento, non ha saputo darne concreta attuazione a causa di una cronica instabilità politica dell'esecutivo.</p>	<p>NESSUNA VALUTAZIONE</p>	<p>NESSUNA VALUTAZIONE</p>
COSENZA	NON Pervenuta			
REGGIO CALABRIA	NON Pervenuta			

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DOMICILIARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO	
AGRIGENTO	<p>Molti Comuni non dispongono di Uffici di Segretariato Sociale come prescritto dalla legge n. 22/86 né è stata attuata una programmazione dei servizi, né una adeguata risposta ai bisogni emergenti della popolazione anziana nel territorio, in quanto i Comuni non hanno effettuato le preliminari necessarie indagini conoscitive, previste dalla L.R. 87/81 e 14/86. Si evidenziano altresì la carenza di strutture socio-sanitarie e difficoltà finanziarie dei Comuni, nonché ritardi negli accreditamenti delle norme emanate dalla Regione che rendono discontinui e spesso difficili gli interventi a favore della popolazione anziana.</p>	<p>La carenza di personale paramedico e il ridotto numero di assistenti sociali, la mancanza di strutture socio-sanitarie, la carenza di personale formato, l'eccessiva protrazione dell'iter per l'assegnazione dei servizi, la mancanza di un quadro di riferimento dei Comuni a privati o Cooperative, la carenza di finanziamenti sempre più esigui, non solo a livello locale ma anche provinciale, rendono difficile l'attuazione di tali interventi assistenziali. Solo con i pochi gruppi di "Volontariato" presenti è stata superata qualche difficoltà e solo nei Comuni particolarmente sensibilizzati è stata risolta la problematica.</p>	<p>Il personale paramedico e gli assistenti sociali, la mancanza di strutture socio-sanitarie, la carenza di personale formato, l'eccessiva protrazione dell'iter per l'assegnazione dei servizi, la mancanza di un quadro di riferimento dei Comuni a privati o Cooperative, la carenza di finanziamenti sempre più esigui, non solo a livello locale ma anche provinciale, rendono difficile l'attuazione di tali interventi assistenziali. Solo con i pochi gruppi di "Volontariato" presenti è stata superata qualche difficoltà e solo nei Comuni particolarmente sensibilizzati è stata risolta la problematica.</p>	<p>Il personale paramedico e gli assistenti sociali, la mancanza di strutture socio-sanitarie, la carenza di personale formato, l'eccessiva protrazione dell'iter per l'assegnazione dei servizi, la mancanza di un quadro di riferimento dei Comuni a privati o Cooperative, la carenza di finanziamenti sempre più esigui, non solo a livello locale ma anche provinciale, rendono difficile l'attuazione di tali interventi assistenziali. Solo con i pochi gruppi di "Volontariato" presenti è stata superata qualche difficoltà e solo nei Comuni particolarmente sensibilizzati è stata risolta la problematica.</p>
CALTANISSETTA		NON PERVENUTA		
CATANIA		NON PERVENUTA		
ENNA		NON PERVENUTA		

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERGENTI ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONI ANZIANE	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA	VALUTAZIONI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA
MESSINA	<p>Nelle Province di Messina il tasso di anzianità ha raggiunto il 20%. In particolare, i Comuni che segnalano un aumento del tasso d'invecchiamento sono i seguenti: Falcone, Gallodoro, Gioiosa Marea, Graniti, Qualtieri, Motta d'Affermo, Pegliara e S. Salvatore di Ficilia. Il principale problema riscontrato da quasi tutti i Comuni della nostra Provincia è rappresentato dai finanziamenti regionali troppo spesso carente e sempre elargiti in maniera discontinua. Ciò rende difficile dalla normativa regionale e impossibile programmare e prevenire qualsiasi tipo di intervento o iniziativa in favore della popolazione anziana. In particolare, per il 1994, alcuni Comuni hanno avuto i contributi per le attività di carattere lavorativo e ricreativo e sono stati dimezzati i fondi per l'assistenza domiciliare e il teleassistenza. Diretta conseguenza di ciò è che l'assistenza sanitaria è fornita solo in alcune fasce orarie. Inoltre qualche Comune, nel secondo semestre, ha dovuto sospendere i servizi a causa della totale carenza di fondi. E' stata segnalata, altresì, la mancanza di strutture residenziali, socio-culturali e sanitarie. Altre problematiche evidenziate concernono lo stato di profonda povertà in cui vivono spesso gli anziani che, costretti a vivere nelle proprie abitazioni - in assenza dei figli - non trovano compagnia né assistenza adeguata.</p>	<p>I finanziamenti regionali molto spesso non vengono elargiti e causa della mancata presentazione della documentazione occorrente da parte dei Comuni.</p>	<p>Le difficoltà incontrate dalla maggior parte dei Comuni sono sempre di natura finanziaria poiché i fondi di volontariato in grado di soddisfare i bisogni più impellenti degli anziani l'assistenza domiciliare per tutti. Collaborano con i servizi sociali anche i gruppi parrocchiali, spesso sospeso creando disagi e malcontento negli anziani bisognosi non solo di cure mediche ma anche di sostegno morale e psicologico. Alcuni Comuni hanno riscontrato nella popolazione anziana una certa diffidenza e poca disponibilità a farsi assistere dagli operatori, i quali grazie al loro impegno e professionalità sono invece riusciti a farsi accettare. Nell'erogazione dei contributi da parte della Regione - concessi, peraltro, soltanto sulla base della popolazione residente - non si tiene conto del tasso della popolazione anziana e dei progetti presentati. Infine, poche soluzioni adottate dai Comuni per risolvere le problematiche più impellenti. Tra queste si segnala quella adottata dal Comune di Graniti che ha costituito una Unità di Valutazione Geriatrica con il compito di sottoporre gli anziani a valutazioni mediche e psicologiche che consentano di individuare le esigenze di ogni anziano e di evidenziare la necessità di concretizzare l'assistenza domiciliare in collaborazione con la U.S.L. Molti Comuni hanno dato il servizio in gestione a cooperative che hanno svolto un discreto lavoro di assistenza domiciliare.</p>
PALERMO			

N O ' I T E R V E N U T A

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILIZZAZIONE DEGLI ORGANI PUBBLICI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE L'ASSISTENZA DOMICILIARE	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
RAGUSA	Le problematiche connesse al fenomeno dell'invecchiamento nell'ambito provinciale sembrano aggravarsi principalmente per la difficoltà finanziaria dei Comuni. Appare assai diffuso, infatti, potenziare in modo adeguato i servizi socio-assistenziali e garantire le prestazioni previste dalle normative regionale.	Nel confronto della problematica in argomento si registra una grande sensibilità degli organi pubblici che, nei limiti delle risorse disponibili, tentano di avviare ai vari livelli interventi finalizzati alla integrazione sociale e all'assistenza in genere.	Il servizio di assistenza domiciliare nell'ambito della maggior parte dei casi risulta inadeguato alle complesse esigenze della popolazione anziana per una serie di motivazioni, quali la mancanza di integrazione fra le prestazioni sociali e sanitarie che non consente di predisporre un piano di interventi rispondente pienamente ai bisogni dell'anziano; le limitate risorse finanziarie che hanno spinto le Amministrazioni a ridurre le prestazioni nei confronti degli interventi sempre più numerosi; le complesse procedure amministrative e burocratiche per l'affidamento del servizio che non garantiscono spesso la continuità dell'attività a discapito degli assistiti.	Può considerarsi certamente avviata l'operatività dei gruppi di volontariato nel campo dell'assistenza agli anziani, anche se solo ben definiti programmi di intervento potranno rendere più efficaci e coordinate le attività dei vari gruppi.
SIRACUSA	L'incremento del numero degli anziani ha trovato le Amministrazioni Comunali impreparate e fronteggiare la crescente domanda di assistenza. Peraltro le lentezze burocratiche nell'assegnazione dei fondi richiesti dai Comuni alla Regione Siciliana ritardano notevolmente la realizzazione di strutture nonché l'avvio od il mantenimento di servizi socio-assistenziali.	Il livello di attenzione prestato alla problematica degli anziani da parte degli enti locali, che in genere hanno attuato i servizi socio-assistenziali previsti dalla vigente normativa regionale.	La principale difficoltà riscontrata nell'attuazione dell'assistenza domiciliare è rappresentata dal limitato numero di ore di servizio che è possibile erogare tenuto conto della disponibilità di operatori.	Risultò ancora carente la presenza del volontariato nel settore dell'assistenza agli anziani; è comunque presente l'opera caritativa svolta dalle parrocchie.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN CONSEGUENZA DELLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
TRAPANI	<p>Le problematiche emerse nell'anno 1994 connesse alla vita della popolazione anziana riguardano in particolare la presenza di strutture socio-sanitarie, nonché la grave carenza di personale socio-sanitario laddove tali strutture sono esistenti. Evidenti, poi, le grosse difficoltà finanziarie e la scarsità delle risorse dei Comuni attese a garantire le prestazioni previste dalle normative regionali. Rari i casi di emarginazione di anziani, i quali, se non sono, nella stragrande maggioranza, vivono in genere a contatto con i loro familiari. I Comuni ove si è riscontrato un tasso elevato di invecchiamento sono i seguenti: Calatani, Campobello di Mazara, Castellana Grotte, Santa Ninfa, Valderice, Vita.</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
	<p>Pressocchè disattesa o scarsamente attuata la normativa regionale in materia di anziani. Attivate risultano in qualche Comune della provincia le strutture socio-sanitarie, nonché la assistenza domiciliare, il trasporto gratuito, il soggiorno climatico o l'integrazione lavorativa. Inattuato anche il piano sanitario regionale che prevede il decentramento dei servizi di geriatria con l'istituzione di presidi sanitari presso i presidi sanitari locali.</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>
	<p>Le problematiche emerse nell'anno 1994 connesse alla vita della popolazione anziana riguardano in particolare la presenza di strutture socio-sanitarie, nonché la grave carenza di personale socio-sanitario laddove tali strutture sono esistenti. Evidenti, poi, le grosse difficoltà finanziarie e la scarsità delle risorse dei Comuni attese a garantire le prestazioni previste dalle normative regionali. Rari i casi di emarginazione di anziani, i quali, se non sono, nella stragrande maggioranza, vivono in genere a contatto con i loro familiari. I Comuni ove si è riscontrato un tasso elevato di invecchiamento sono i seguenti: Calatani, Campobello di Mazara, Castellana Grotte, Santa Ninfa, Valderice, Vita.</p>	<p>PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>	<p>VALUTAZIONI SUL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI</p>

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE IN RELAZIONE ALLA PRESENZA DI POPOLAZIONE ANZIANA	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE IL GRADO DI RISPOSTA DEI GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI	GRUPPI DI VOLONTARIATO
CAGLIARI	NON F E V E N U T A		
NUORO	<p>Si rileva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una carenza e/o inadeguatezza delle strutture socio-sanitarie residenziali e non residenziali; - una carenza nell'assistenza sanitaria ed infermieristica agli anziani non autosufficienti; - il mancato abbattimento delle barriere architettoniche. 	<p>Si registra un buon livello di servizi di assistenza domiciliare di tipo pubblico in parte degli organi di assistenza domiciliare. Il grado di integrazione fra il servizio di assistenza domiciliare di competenza del Comune e le prestazioni medico-infermieristiche domiciliari (il 40% del totale). Nella generalità dei casi la valutazione sul grado di competenza delle UO.SS.LL. appare rispettata che gli stessi forniscono in questi insediamenti.</p>	<p>Gruppi di volontariato sono presenti in circa 40 comuni della Provincia (il 40% del totale). Nella generalità dei casi la valutazione sul grado di competenza delle UO.SS.LL. appare rispettata che gli stessi forniscono in questi insediamenti.</p>
ORISTANO	<p>Si evidenzia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una carenza di strutture residenziali e semi-residenziali nonché di centri di aggregazione sociale in grado di favorire il mantenimento psico-fisico dell'anziano nel proprio ambito territoriale; - una scarsa integrazione tra interventi socio-assistenziali prestati dagli enti locali ed interventi socio-sanitari delle UO.SS.LL.; - una carenza di assistenza medico-infermieristica a livello domiciliare; - una inadeguatezza dei fondi a disposizione degli enti locali per le attività socio-assistenziali; - una insufficienza reddituale dell'anziano che, pertanto, ha difficoltà ad accreditare l'assistenza domiciliare proposta dai Comuni per l'impossibilità di concorrere alle spese; - una diffidenza da parte degli anziani nei riguardi degli operatori. 	<p>Non è stato attivato un servizio di assistenza medico-infermieristica domiciliare. Risultano invece attivate, nell'ambito del servizio medicina di base, anche attività domiciliari a favore della popolazione anziana.</p>	<p>In ambito provinciale operano 22 associazioni di volontariato di cui 7 nei centri di assistenza domiciliare. Risultano invece attivate, nell'ambito del servizio medicina di base, anche attività domiciliari a favore della popolazione anziana.</p>

VALUTAZIONI GENERALI SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO IN PROVINCIA

PROVINCIA	VALUTAZIONE COMPLESSIVA A LIVELLO PROVINCIALE SULLE PROBLEMATICHE EMERSE (PROVINCIALE SUL GRADO DI SENSIBILITÀ) - L'ASSISTENZA DOMICILIARE ALLE ESIGENZE LOCALI	PROBLEMI EMERSI PER CIO' CHE CONCERNE I GRUPPI DI VOLONTARIATO IN RELAZIONE ALLE ESIGENZE LOCALI
SASSARI	<p>Si riscontra un elevato tasso di invecchiamento cui non corrisponde un adeguamento dei servizi e delle strutture necessarie. Tra le evidenze si evidenzia una forte componente a basso reddito che, unitamente alle scarse risorse finanziarie degli Enti locali, impone notevoli difficoltà in ordine alla necessità di fornire una adeguata assistenza.</p>	<p>La attività di volontariato è richiesta nei centri maggiori ma il grado di risposta, nonostante l'impegno, non può considerarsi sufficiente ad integrare i servizi prestati dagli Enti locali. Peraltro, la maggior parte dei Comuni è di piccole dimensioni e spesso viene prestata una sufficiente assistenza da familiari e da persone vicine agli anziani.</p>

INIZIATIVE DEGLI ENTI LOCALI
TESE A FAVORIRE LA PRESENZA DEGLI ANZIANI
NELLA VITA LAVORATIVA
ANNO 1994

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE n. province	PROVINCE OPERANTI * / CENSITE	ENTI LOCALI CHE HANNO PROMOSSO ITALI INIZIATIVE	ANZIANI AVVATI ALLA VITA LAVORATIVA	TIPOLOGIE PREVALENTI DI ATTIVITA' CUI GLI ANZIANI SONO STATI AVVIATI	TIPO RAPPORTO DI LAVORO
PIEMONTE 6	2/4	18	57	- Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Cura verde pubblico - Consegna pasti a domicilio - Attività assistenziali per handicappati e disabili - Attività varie presso i centri anziani - Visite guidate musei e palazzi d'arte - Attività culturali	
VALLE D'AOSTA 1	0/1	**	**	*****	
LOMBARDIA 9	6/7	126	493	- Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Cura verde pubblico - Attività assistenziali per handicappati e disabili - Consegna pasti a domicilio - Assistenza su scuolabus - Manutenzione impianti sportivi - Manutenzione strutture comunali - Gestione piccoli orti - Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Assistenza presso le case di riposo come accompagnatori - Consegna pasti a domicilio - Servizio guardaroba e teatro - Noleggio biciclette - Cura verde pubblico	- Rapporto diretto con il Comune con rimborso spese - Prestazione d'opera art. 2222 c.c.
TRENTINO A.A. 2	2/2	11	167	- Cura verde pubblico - Vigilanza presso le scuole - Custodia servizi comunali e manutenzione - Attività assistenziali per handicappati e disabili - Accompagnamento bambini a scuola - Vigilanza attraversamento strade "Normo Vigile" - Cura e vigilanza aree cimiteriali - Attività varie presso i centri per anziani - Artigianato	- Cooperativa che svolge attività varie in convenzione
VENETO 7	7/7	94	622	- Cura verde pubblico - Vigilanza presso le scuole - Custodia servizi comunali e manutenzione - Attività assistenziali per handicappati e disabili - Accompagnamento bambini a scuola - Vigilanza attraversamento strade "Normo Vigile" - Cura e vigilanza aree cimiteriali - Attività varie presso i centri per anziani - Artigianato	- Rapporto diretto con il Comune con rimborso spese
FRIULI V.G. 4	4/4	16	174	- Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Assistenza domiciliare - Cura del verde pubblico - Vigilanza attraversamento strade "Normo Vigile" - Assistenza su scuolabus - Gestione piccoli orti - Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Attività di natura ecologica	- Prestazione d'opera art. 2222 c.c.
LIGURIA 4	1/1	2	22		

* : Per operanti si intendono le Province che hanno avviato iniziative volte all'inserimento degli anziani nella vita lavorativa.
Per censite si intendono le Province che hanno risposto al questionario.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE n. province	PROVINCE OPERANTI / CENSITE	ENTI LOCALI CHE HANNO PROMOSSO TALI INIZIATIVE	ANZIANI AVVIATI ALLA VITA LAVORATIVA	TIPOLOGIE PREVALENTI DI ATTIVITA' CUI GLI ANZIANI SONO STATI AVVIATI	TIPO RAPPORTO DI LAVORO
EMILIA ROMAGNA 8	7/7	104	2200	<ul style="list-style-type: none"> Vigilanza presso le scuole dell'obbligo Cura verde pubblico Sorveglianza alunni orario extra scolastico Custodia strutture comunali Attività assistenziali per handicappati e disabili Assistenza su scuolabus Attività in lavori socialmente utili 	<ul style="list-style-type: none"> Volontariato Convenzione con cooperative sociali (L. 87/1971 N. 381) Rapporto diretto con il Comune con rimborso spese Prestazioni d'opera: art. 2222 del c.c. Convenzione del Comune con l'Auser filo d'argento Prestazione d'opera: art. 2222 del c.c. Volontariato con rimborso spese Rapporto a tempo determinato Convenzione tra Enti e soggetti privati riuniti in associazioni di volontariato
TOSCANA 9	4/5	25	455	<ul style="list-style-type: none"> Vigilanza presso le scuole dell'obbligo Cura verde pubblico Assistenza su scuolabus Attività assistenziali per handicappati e disabili Attività culturali Attività nel settore agricolo Consegna pasti a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni d'opera: art. 2222 del c.c. Volontariato con rimborso spese Rapporto a tempo determinato Convenzione tra Enti e soggetti privati riuniti in associazioni di volontariato
MARCHE 4	4/4	51	574	<ul style="list-style-type: none"> Vigilanza presso le scuole dell'obbligo Piccoli lavori di giardinaggio Custodia campi sportivi e palestre Custodia aree e palestre Custodia biblioteche e musei Consegna certificati Affissione manifesti Gestione piccoli orti Cura verde pubblico Assistenza su scuolabus Custodia parcheggi Pulizia e piccole manutenzione strutture comunali 	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni d'opera: art. 2222 del c.c. Compensato forfettario Convenzione con cooperative sociali
UMBRIA 2	2/2	6	126	<ul style="list-style-type: none"> Vigilanza presso le scuole dell'obbligo Custodia impianti sportivi Custodia impianti comunali Assistenza domiciliare 	<ul style="list-style-type: none"> Rapporto occasionale Volontariato
LAZIO 5	3/3	32	389	<ul style="list-style-type: none"> Piccole manutenzioni e piccoli lavori amministrativi Vigilanza presso le scuole dell'obbligo Assistenza su scuolabus Custodia impianti comunali Pulizia e piccole manutenzioni strutture comunali Cura verde pubblico 	<ul style="list-style-type: none"> A tempo determinato con restituzione a ora o rimborso spese Con convenzione
ABRUZZO 4	2/3	5	19	<ul style="list-style-type: none"> Vigilanza presso le scuole dell'obbligo Assistenza agli anziani 	<ul style="list-style-type: none"> Volontariato A tempo determinato

* Per operatori si intendono le Province che hanno avviato iniziative volte all'inserimento degli anziani nella vita lavorativa. Per censite si intendono le Province che hanno risposto al questionario.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE n. province	PROVINCE OPERANTI / CENSITE	ENTI LOCALI CHE HANNO PROMOSSO TALI INIZIATIVE	ANZIANI AVVIATI ALLA VITA LAVORATIVA	TIPOLOGIE PREVALENTI DI ATTIVITA' CHE GLI ANZIANI SONO STATI AVVIATI	TIPO RAPPORTO DI LAVORO
MOLISE 2	2/2	4	63	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperazione con il servizio di vigilanza a tutela di incendi boschivi - Cura verde pubblico - Manutenzione impianti sportivi - Manutenzione verde pubblico - Vigilanza scuole dell'obbligo - Attività di natura ecologica 	<ul style="list-style-type: none"> - Convenzione - Volontariato senza retribuzione - Part-time
CAMPANIA 5	2/2	25	288	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Cura verde pubblico - Custodia impianti sportivi ed edifici di interesse artistico - Custodia aree cittadini - Prevenzione incendi boschivi 	
PUGLIA 5	4/4	35	384	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Assistenza su scuolabus - Custodia impianti sportivi e monumenti - Attività assistenziali per handicappati e disabili - Cura verde pubblico - Realizzazione parco per centro Ausser - filo d'argento - Coordinamento ufficio Polizia municipale - Pulizie spiege - Vigilanza mosche 	
BASILICATA 2	1/2	8	70	<ul style="list-style-type: none"> - Custodia servizi comunali e manutenzione - Attività artigianali - Attività culturali 	
CALABRIA 3	1/1	1	12	<ul style="list-style-type: none"> - Cura verde pubblico - Manutenzione strade 	
SICILIA 9	5/5	155	4594	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Cura verde pubblico - Attività assistenziale per handicappati e disabili - Custodia monumenti e attrezzature sportive - Attività artigianali - Assistenza su scuolabus 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto diretto con il Comune con rimborso spese - Prestazione d'opera art 2222 c.c.
SARDEGNA 4	2/3	9	49	<ul style="list-style-type: none"> - Attività socialmente utili - Vigilanza presso le scuole dell'obbligo - Cura verde pubblico - Custodia servizi comunali e manutenzione 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto diretto anziano - Comune con rimborso spese - Rapporto prestazione d'opera
TOTALE ITALIA 95	62/69	729	10.758		

* : Per operanti si intendono le Province che hanno avviato iniziative volte all'inserimento degli anziani nella vita lavorativa.
Per censite si intendono le Province che hanno risposto al questionario

ANZIANI RESIDENTI
NELLA PROVINCIA
ANNO 1994

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ANZIANI RESIDENTI NELLA PROVINCIA.

PROVINCIA	ANZIANI CHE		DI CUI			
	VIVONO NELLA PROVINCIA		ANZIANI CHE VIVONO SOLO	di cui ultra ottantenni	ANZIANI CHE VIVONO IN COMUNITA'	di cui ultra ottantenni
	TOTALE	di cui ultra ottantenni				
ALESSANDRIA	np	np	np	np	np	np
ASTI (91%)	51297	13431	14275	4839	2393	1571
CUNEO (*)	75272	11707	14650	2518	2409	1308
NOVARA	np	np	np	np	np	np
TORINO (41%)	340816	79340	np	np	np	np
VERCELLI (*)	13823	5257	5939	1778	464	402
PIEMONTE						
AOSTA (96%)	14041	4606 *	np	1119	401	204
BERGAMO (*)	60725	11418	12296	2994	2970	1177
BRESCIA (72%)	110200	26300	np	np	np	np
COMO	np	np	np	np	np	np
CREMONA (100%)	66556	14292	17700	5596	4727	1736
MANTOVA (100%)	75522	18513	5585	2034	10402 *	3485
MILANO	np	np	np	np	np	np
PAVIA (100%)	104125	24935	14195	5382	2802	1375
SONDRIO (100%)	33062	7326	2581	802	1306	587
VARESE (84%)	148572	17785	32014	np	2479	np
LOMBARDIA						
BOLZANO (52%)	61972	15595	17101	5937	2730	1066
TRENTO (74%)	77080	21167	np	np	3640	1280
TRENTINO A.A.	139052	36762			6370	2346
BELLUNO (100%)	42567	11573	16085	5135	1888	1223
PADOVA (81%)	28295	7423	6045	2161	693	218
ROVIGO (56%)	50895	10814	10133	2290	2236	1161
TREVISO (74%)	126721	24317	19906	5237	10718	1967
VENEZIA (100%)	147388	31376	31448	10070	6342	2697
VERONA (93%)	127968	24443	25121	8278	1805	1693
VICENZA (*)	42233	2018	1478	561	4512	1714
VENETO	566067	111964	110216	33732	28194	10673
GORIZIA (100%)	29631	9232	np	np	np	np
PORDENONE (100%)	49775	10643	12215	np	1583	np
TRIESTE (100%)	62292	18729	np	np	np	np
UDINE (100%)	95976	25243	20380	6809	3672	1424
FRIULI V.G.	237674	63847				
GENOVA	np	np	np	np	np	np
IMPERIA	np	np	np	np	np	np
LA SPEZIA (100%)	49735	8692	19945	10205	483	270
SAVONA	np	np	np	np	np	np
LIGURIA						
BOLOGNA	np	np	np	np	np	np
FERRARA (98%)	80771	17628	16045	4569	1693	806
FORLI (100%)	117703	30610	28731	9971	2333	1480
MODENA (70%)	111425	26719	24941	7655	1852	1103
PARMA (45%)	68867	14418	np	np	np	np
PIACENZA (98%)	52797	14133	7503 *	2728 *	1101 *	492 *
RAVENNA (84%)	52408	13071	10788	3307	890	518
REGGIO EMILIA (80%)	75085	18757	15953	5350	1895	1481
EMILIA R.						

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PROVINCIA	ANZIANI CHE VIVONO NELLA PROVINCIA		DI CUI			
	TOTALE	di cui ultra ottantenni	ANZIANI CHE VIVONO SOLI	ANZIANI CHE VIVONO IN COMUNITA'		
				di cui ultra ottantenni	di cui ultra ottantenni	
AREZZO (82%)	55366	11774	10098	3880	6021	1757
FIRENZE	np	np	np	np	np	np
GROSSETO	np	np	np	np	np	np
LIVORNO (75%)	76171	24292	869	67	754	601
LUCCA (43%)	51705	13265	14728	4406	921	465
MASSA C. (100%)	41956	13132	4840 *	1889 *	530 *	81 *
PISA	np	np	np	np	np	np
PISTOIA	np	np	np	np	np	np
SIENA (100%)	54293	14632	10534	3776	806	619
TOSCANA						
PERUGIA (*)	59183	12666	827	211	515	352
TERMI (*)	32624	7885	8381	1668	97	76
UMBRIA	91807	20551	9208	1879	612	428
ANCONA (100%)	77185	20096	15596 *	5016 *	1689 *	942 *
ASCOLI (*)	24856	4945	5945	1345	820	398
MACERATA (80%)	34204	8658	5855	np	1968	375
PESARO U. (72%)	48268	10431	9712	2911	596	394
MARCHE	184513	44130	37108		5073	2109
FROSINONE	np	np	np	np	np	np
LATINA (97%)	85268	9610 *	2833 *	571 *	38 *	31 *
RIETI (85%)	34041	6551	6012	1351	115	88
ROMA (15%)	20654	4225	3284	860	138	91
VITERBO	np	np	np	np	np	np
LAZIO						
CHIETI (36%)	35947	5635	7660	1295	367	75
L'AQUILA (81%)	48579	12719	15788	4158	278	208
PESCARA	np	np	np	np	np	np
TERAMO (80%)	54583	12640	10622	11033	1836	418
ABRUZZO						
CAMPOBASSO (84%)	42415	10206	12831	2514	2254	451
ISERNA (100%)	19904	4187	3922	1467	84	43
MOLISE	62319	14393	16753	3981	2338	494
AVELLINO (100%)	81151	18680	11955	2681	2248	424
BENEVENTO	np	np	np	np	np	np
CASERTA (87%)	84354	12655	8067	1380	2295	318
NAPOLI	np	np	np	np	np	np
SALERNO	np	np	np	np	np	np
CAMPANIA						
BARI	np	np	np	np	np	np
BRINDISI (100%)	59540	9361	7806	2212	257	109
FOGGIA (70%)	77702	12324	16423	4051	361	172
LECCE	np	np	np	np	np	np
TARANTO (80%)	103359	15352	6151	1880	135	56
PUGLIA						
MATERA (80%)	25880	5555	2715	2154	212	74
POTENZA (80%)	63197	5060	np	np	np	np
BASILICATA	89077	10618				

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PROVINCIA	ANZIANI CHE VIVONO NELLA PROVINCIA		DI CUI			
	TOTALE	di cui ultra ottantenni	ANZIANI CHE VIVONO SOLI	ANZIANI CHE VIVONO IN COMUNITA'		di cui ultra ottantenni
				di cui ultra ottantenni		
CATANZARO (76%)	76177	17881	10942	3812	702	257
COSENZA	np	np	np	np	np	np
REGGIO CALABRIA CALABRIA	np	np	np	np	np	np
AGRIGENTO (84%)	164472	15104	9777	4540	1992	451
CALTANISSETTA	np	np	np	np	np	np
CATANIA	np	np	np	np	np	np
ENNA	np	np	np	np	np	np
MESSINA (99%)	109320	18748 *	14534	4251	310	118
PALERMO	np	np	np	np	np	np
RAGUSA (100%)	66253	10446	17011	3662	1128	324
SIRACUSA (90%)	63341	8957	1894	550	157	53
TRAPANI (42%)	61693	11494	5891	1942	323	133
SICILIA						
CAGLIARI	np	np	np	np	np	np
NUORO (100%)	44592	15109*	4120 *	1056 *	294 *	133 *
ORISTANO (81%)	24933	5488	4228	1383	404	166
SASSARI (*)	83683	12505	13681	3134	1175	601
SARDEGNA						

(%) Il numero percentuale accanto al nome della provincia indica il grado di copertura delle risposte da parte dei comuni

(*) Non è stato indicato il numero dei comuni che hanno risposto

* Dato parziale

Il livello medio di copertura delle risposte, per le provincie che forniscono tale dato, è dell'83% circa dei comuni.

MINISTERO DEL LAVORO E DELLA
PREVIDENZA SOCIALE

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

MODULARIO
Lav e Prev Soc. - 3



*Ministero del Lavoro
e della Previdenza Sociale*
GABINETTO

MOD 3/A

Roma, 14 OTT. 1995 .. 19

Al la Presidenza del Consiglio
dei Ministri
Dipartimento per gli
Affari Sociali
ROMA

Prot. N.º 55685/G/186/V/4
Allegati Veri
Proposta al f. N.º
del

OGGETTO. Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano-triennio 1994-1995. Raccolta dati ed informazioni.

In relazione alla richiesta contenuta nella nota ~~DEAS/1592/1/DAS/RPA~~ del 15 settembre u.s., si trasmette l'allegata bozza di disegno di legge recante "Disposizioni in materia di impiego delle persone anziane in attività socialmente utili" elaborata in collaborazione con il servizio anziani di codesto Dipartimento, previa consultazione delle organizzazioni maggiormente rappresentative degli anziani e delle Amministrazioni interessate.

Con riferimento ai provvedimenti di carattere previdenziale posti in essere nel periodo ottobre 1993-1995 (L.8 agosto, n.335) si allega una breve memoria che evidenzia i principi fondamentali sui quali si basa la nuova riforma previdenziale.

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
30 OTT. 1995
Protocollo N. 14385/DAS/RPA
ARRIVO

Il Capo di Gabinetto

h. M. M. M.

30 OTT. 1995

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

L'esigenza da parte degli anziani di non perdere il loro ruolo attivo e di mettere a disposizione della società, e in particolare modo dei più giovani, il loro patrimonio morale, culturale e tecnico è ormai generalmente avvertita a livello delle maggiori istituzioni internazionali e nazionali.

Quell'esigenza, infatti, figurava già tra gli impegni proposti ai Governi dal Piano di azione mondiale sull'invecchiamento, adottato dall'ONU nel 1982. Successivamente la Comunità europea la poneva quale punto qualificante di due successive decisioni, la 91/49 del 26 novembre 1990 e la 92/440 del 24 giugno 1992, con le quali si stabilivano azioni in favore degli anziani e si proclamava il 1993 quale anno Europeo degli anziani e della solidarietà tra le generazioni.

A conclusione di quest'ultimo, peraltro, si ebbero delle importantissime prese di posizione a favore della valorizzazione sociale del patrimonio culturale e lavorativo degli anziani: la dichiarazione di principio del Consiglio dell'Unione europea e dei Ministri degli affari sociali del 6 dicembre 1993, e la Dichiarazione finale del Parlamento europeo dei seniores del 24 novembre 1993.

Più recentemente la valorizzazione di questo aspetto della popolazione anziana si è avuta nel « Libro Bianco » della Commissione europea sulla Politica sociale (1994), e nella elaborazione di un nuovo Piano di azione 1995-2000 a favore degli anziani, che la Commissione europea ha già proposto al Consiglio.

A livello nazionale, forti momenti di attenzione istituzionale al problema della valorizzazione della « risorsa » rappresentata dagli anziani si sono avuti con l'approvazione della proposta della Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano (luglio 1989), con la celebrazione dell'Anno europeo dell'anziano 1993 — attuata anche con l'istituzione presso il dipartimento per gli Affari sociali di un Comitato nazionale — e con la presentazione di varie proposte di legge e di un disegno di legge governativo (A.S. n. 1783 del 23 maggio 1989).

Sul piano normativo, due soli sono stati i provvedimenti che hanno favorito, seppur in maniera limitata, la valorizzazione dell'attività degli anziani in servizi di pubblica utilità. Essi consistono nella legge quadro sul volontariato n. 266 dell'11 agosto 1991, e del decreto legislativo n. 503 nel 30 dicembre 1992.

Tramite il primo provvedimento molti anziani, organizzati in associazioni di volontariato, hanno potuto prestare la loro opera in servizi di pubblica utilità, mediante apposita convenzione tra l'Ente locale e l'Associazione di appartenenza. A quest'ultima, e quindi ai singoli associati, viene attribuito un rimborso spese ai sensi dell'articolo 2 della legge n. 266 del 1991.

Con il secondo, si sono eliminati gli ostacoli di carattere previdenziale che si opponevano all'espletamento dei lavori socialmente utili. Vi si stabilisce infatti che i compensi erogati agli anziani sono cumulabili con i trattamenti pensionistici, non sono soggetti a contribuzioni previdenziali, né danno luogo alle relative prestazioni.

Se, verosimilmente, questi due provvedimenti hanno incrementato in qualche misura il fenomeno in questi ultimi anni (dai 15.073 anziani occupati dai comuni in servizi di pubblica utilità nel 1988, ai 34.112 del 1992 — dati Ministero dell'interno), essi tuttavia non sono sufficienti a sviluppare l'utilizzazione della « risorsa » anziana in tutta la sua grande potenzialità. Questa infatti rimane costretta, da un lato dalla mancanza di una disciplina giuridica del particolare rapporto di lavoro che si instaura tra l'anziano e i soggetti pubblici e privati — mancanza che crea gravi difficoltà a questi ultimi —, e dall'altro dall'imposizione fiscale relativa ai compensi erogati agli anziani, nonché dal loro computo ai fini delle prestazioni pensionistiche, assistenziali e sanitarie.

La presente bozza di disegno di legge intende appunto affrontare e risolvere questi due problemi, disciplinando sia il rapporto che i soggetti pubblici e privati instaurano con gli anziani da loro occupati in servizi di pubblica utilità (articoli 1, 2, 3), sia il regime fiscale e previdenziale dei compensi corrisposti all'anziano per l'attività prestata (articolo 4). Essa disciplina inoltre le possibili convenzioni tra i soggetti pubblici e privati, instaurate al fine di impiegare anziani in servizi di pubblica utilità, e stabilisce l'obbligo per gli Enti che impiegano gli anziani, di redigere un rapporto biennale da trasmettere al Dipartimento per gli affari sociali, al Ministro del Lavoro e a quello dell'Interno.

Si fa notare che questa bozza, già frutto di una elaborazione congiunta del Dipartimento per gli affari sociali con il Ministero del lavoro, è stata redatta nella forma presente dai membri del Gruppo di lavoro (Gruppo di lavoro per l'esame e la valutazione di iniziative volte al miglioramento della condizione anziana) — costituito a seguito della sottoscrizione di due Atti d'Intesa siglati tra il Ministro per gli affari sociali *pro-tempore* e con i Sindacati confederali (CGIL-SPI, CISL-FNP, UIL-UILP) in data 2 febbraio 1994 e con l'Associazione 50 E PIÙ FENACOM in data 30 marzo 1994 — al quale è stata appunto sottoposta nel febbraio 1995.

BOZZA DI DISEGNO DI LEGGE

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI IMPIEGO DELLE PERSONE
ANZIANE IN ATTIVITÀ SOCIALMENTE UTILI

ARTICOLO 1.

(Condizione anziana).

1. Al fine di favorire il reinserimento sociale delle persone anziane e di utilizzarne e valorizzarne le capacità ed esperienze a favore della collettività, le regioni, le province, i comuni e i loro consorzi, nonché le Comunità montane, le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), le Organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali e le associazioni senza fine di lucro operanti in campo sociale, culturale, sportivo e del tempo libero, possono impiegare le predette persone, purché non abbiano rapporti di lavoro in corso, nelle attività di cui al successivo articolo 3 e con le modalità di cui ai successivi articoli 2 e 5.

2. Si considerano destinatari della presente normativa coloro che abbiano compiuto l'età prevista per il pensionamento di vecchiaia e non svolgano attività lavorativa.

3. Fermo restando il requisito del raggiungimento del cinquanta-cinquesimo anno di età, la presente normativa si applica anche ai titolari di pensione anticipata in conseguenza dell'attuazione di leggi e norme sulla riorganizzazione industriale o su crisi di settore, nonché ai coniugi superstiti titolari di pensione di reversibilità.

ARTICOLO 2.

(Affidamento delle attività).

1. Le attività svolte ai sensi della presente legge non possono essere sostitutive o concorrenziali alle attività d'istituto dei soggetti di cui al precedente articolo 1, comma 1.

2. L'affidamento delle attività di cui al precedente articolo 1 avviene mediante contratto di diritto privato. Il contratto contempla le modalità specifiche delle prestazioni; l'articolazione delle medesime secondo moduli temporali; la facoltà per l'anziano di non prestare l'attività in relazione ad uno o più moduli; il compenso previsto per l'attività effettivamente resa; la facoltà per l'anziano di recedere dal contratto senza preavviso. Le modalità generali, i limiti delle prestazioni e la definizione dei requisiti per l'affidamento delle attività sono definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto col Ministro del lavoro e della previdenza sociale, da emanarsi entro novanta giorni dalla pubblicazione della presente legge.

3. Le prestazioni rese ai sensi del contratto di cui al comma 2 non comportano l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato.

4. I soggetti che impieghino persone anziane nelle attività rese a norma del contratto di cui al comma 2 devono stipulare a favore delle

medesime persone una polizza assicurativa contro il rischio di infortuni nonché contro il rischio di responsabilità civile verso terzi conseguente acolpa nello svolgimento della prestazione.

5. L'affidamento delle attività di cui al successivo articolo 3 da parte delle Pubbliche amministrazioni avviene in applicazione di criteri preventivamente stabiliti dalle medesime e resi noti mediante avvisi pubblici a cura del comune nel quale l'attività viene richiesta.

6. Le Pubbliche amministrazioni provvedono al finanziamento delle prestazioni di cui alla lettera a) del comma 1 del successivo articolo 3, con le disponibilità esistenti negli appositi capitoli di bilancio e senza alcun ulteriore aggravio per l'erario.

ARTICOLO 3.

(Prestazioni ammesse).

1. Le prestazioni ammesse, ai sensi della presente legge, sono le seguenti:

a) per gli enti pubblici:

- 1) iniziative di carattere didattico e culturale;
- 2) supporto culturale nelle scuole di ogni ordine e grado;
- 3) sorveglianza presso le scuole e assistenza negli scuolabus;
- 4) compiti di piccola manutenzione del verde pubblico e degli edifici pubblici;
- 5) custodia e vigilanza, in particolare di musei, biblioteche, parchi pubblici e siti archeologici;
- 6) conduzione di piccoli appezzamenti di terreno annessi alle scuole pubbliche o ad altri edifici pubblici;
- 7) affissioni, limitatamente ai comuni fino a 5.000 abitanti;
- 8) custodia, vigilanza, gestione e animazione in centri sociali, ricreativi e culturali;
- 9) assistenza ad anziani, disabili e categorie a rischio di emarginazione.

b) per gli enti privati:

- 1) iniziative di carattere didattico e culturale;
- 2) custodia, vigilanza, gestione o animazione in centri sociali ricreativi e culturali;
- 3) supporto culturale nelle scuole di ogni ordine e grado;
- 4) assistenza ad anziani, disabili e categorie a rischio di emarginazione.

2. L'elenco delle prestazioni di cui al comma 1 può essere modificato, tenendo conto delle esigenze locali, con provvedimento del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto col Ministro del lavoro e della previdenza sociale, anche su proposta del Ministro competente nel settore in cui si esplica l'attività o delle regioni, o delle province

autonome, o delle organizzazioni sindacali e delle forze sociali interessate.

ARTICOLO 4.

(Compensi).

1. I compensi corrisposti alle persone impiegate nelle attività di cui alla presente legge costituiscono, per gli importi superiori a lire 7.000.000 annui, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), redditi di lavoro autonomo ai sensi dell'articolo 49, comma 2, lettera a), del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

2. I compensi corrisposti a favore delle persone impiegate nelle attività di cui alla presente legge, sono esclusi, per l'ammontare massimo annuo di cui al comma 1, dal computo dei redditi per l'integrazione al trattamento minimo delle pensioni di vecchiaia ovvero per la pensione sociale, e dal computo dei redditi per le prestazioni assistenziali e sanitarie. Il predetto limite è annualmente aggiornato sulla base delle variazioni accertate dall'ISTAT dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati. Tale limite può essere modificato con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

ARTICOLO 5.

(Convenzioni).

1. Gli Enti pubblici di cui all'articolo 1, anche associati tra loro, per le attività previste dalla presente legge, possono avvalersi degli altri soggetti di cui al medesimo articolo, mediante la stipulazione di apposite convenzioni, sempreché i soggetti predetti siano idonei per livelli di prestazioni, qualificazione del personale, e per l'efficienza organizzativa e operativa.

ARTICOLO 6.

(Rapporto biennale).

1. Gli Enti di cui all'articolo 1 che impieghino persone anziane in servizi di pubblica utilità ai sensi della presente legge, sono tenuti a redigere un rapporto biennale sulle attività svolte, indicando il numero degli anziani occupati, distinti per sesso, età, tipo di prestazione, orario, compenso erogato e attività di provenienza, nonché ogni altra eventuale osservazione circa difficoltà, problemi e sviluppi dell'utilizzazione delle persone medesime.

2. Il rapporto di cui al comma 1 è trasmesso al Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri, al Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed al Ministero dell'interno.

**BREVI CENNI SULLA RIFORMA
DEL SISTEMA PENSIONISTICO ITALIANO**
(legge 8 agosto 1995 n. 335)

La riforma del sistema pensionistico, varata con la legge n. 335 dell'8 agosto 1995, si basa sui seguenti principi:

- 1) Ridefinizione dei criteri di calcolo attraverso la commisurazione dei trattamenti ai contributi;
- 2) Nuove condizioni di accesso alle prestazioni in base a criteri di flessibilità dell'età del pensionamento;
- 3) Armonizzazione dei diversi ordinamenti pensionistici nel rispetto della pluralità degli organismi assicurativi;
- 4) Agevolazione delle forme pensionistiche complementari;
- 5) Stabilizzazione della spesa pensionistica in rapporto al PIL.

1) Ridefinizione dei criteri di calcolo.

Il nuovo sistema stabilisce che, nei vari regimi previdenziali esistenti, l'ammontare della pensione sarà calcolato in funzione dei contributi versati, mentre il sistema precedente prevedeva un calcolo percentuale della media delle retribuzioni percepite. L'importo della pensione sarà determinato moltiplicando l'ammontare dei contributi versati per un coefficiente individuale basato sull'età dell'assicurato al momento del pensionamento.

L'aliquota utilizzata per stabilire l'ammontare dei contributi da versare è pari al 33 per cento della base imponibile per i lavoratori dipendenti ed al 20 per cento del reddito annuo per i lavoratori autonomi. L'ammontare annuo dei contributi è rivalutato alla fine di ogni anno in rapporto alla variazione quinquennale del PIL.

Il nuovo sistema pensionistico si applicherà in modo completo ai lavoratori che inizieranno la loro attività dal 1° gennaio 1996. Per i lavoratori che al 31 dicembre 1995 potranno far valere un'anzianità contributiva superiore a 18 anni resterà in vigore il precedente sistema retributivo, mentre per i lavoratori che alla stessa data avranno maturato un'anzianità contributiva inferiore ai 18 anni si applicherà un sistema misto: per i periodi lavorativi precedenti al 31 dicembre 1995 la pensione sarà calcolata con il sistema retributivo; per il periodo successivo con il sistema contributivo.

2) Nuove condizioni di accesso alle prestazioni.

Una importante innovazione consiste nella previsione, per tutti i lavoratori, di entrambi i sessi, sia dipendenti (pubblici o privati) che autonomi, della stessa età pensionabile, stabilita con i medesimi criteri di flessibilità tra i 57 ed i 65 anni;

In particolare il nuovo sistema prevede che la pensione di vecchiaia venga concessa alle seguenti condizioni:

- a) età compresa tra 57 e 65 anni;
- b) risoluzione del rapporto di lavoro;

c) anzianità contributiva effettiva di almeno 5 anni;

d) ammontare della pensione non inferiore a 1,2 volte l'ammontare dell'assegno sociale.

Si prescinde dal requisito dell'età al raggiungimento di un'anzianità contributiva di 40 anni.

Al compimento del 65° anno di età il diritto alla pensione si raggiunge anche se questa è di importo inferiore a 1,2 volte l'assegno sociale.

Le pensioni liquidate esclusivamente con il sistema contributivo non avranno quindi necessità di integrazione al minimo, in quanto il requisito di cui al punto *d)* rende superfluo tale istituto. (Per l'integrazione al minimo delle pensioni in regime internazionale si rimanda all'allegato 1).

Per i lavoratori impegnati in lavori particolarmente usuranti è prevista un'anticipazione dell'età pensionabile: il coefficiente di calcolo è aumentato di un anno ogni 10 anni di lavoro usurante svolto.

Il nuovo regime troverà completa attuazione a partire dal 2008. Fino a quella data è previsto un regime transitorio. Durante tale periodo la pensione di anzianità sopravvive per coloro che sono già iscritti ad un regime previdenziale al momento di entrata in vigore della riforma, ma con requisiti...

Il regime contributivo si applicherà anche alle prestazioni di invalidità e di inabilità, ma con criteri di maggior favore: agli assicurati che non abbiano raggiunto i 57 anni verrà applicato comunque il coefficiente di trasformazione relativo all'età di 57 anni.

La disciplina del trattamento pensionistico a favore dei superstiti vigente nell'Assicurazione generale obbligatoria (AGO) è estesa a tutte le forme esclusive o sostitutive della stessa. Vengono inoltre introdotti limiti alla cumulabilità fra pensione ai superstiti e reddito del beneficiario, qualora del nucleo familiare non facciano parte figli minori, studenti o inabili. Sono tuttavia garantiti i trattamenti più favorevoli già in godimento, fino a riassorbimento sui futuri miglioramenti.

3) Armonizzazione degli ordinamenti pensionistici.

La legge di riforma prevede l'armonizzazione dei diversi regimi secondo le regole del sistema contributivo. Il calcolo delle prestazioni avverrà su parametri comuni al fine di garantire la parità di trattamento tra i lavoratori iscritti ai vari regimi (pubblici dipendenti, agricoli eccetera).

4) Agevolazione delle forme pensionistiche complementari.

La legge di riforma ha introdotto agevolazioni, soprattutto fiscali, per la previdenza integrativa. Ai fondi pensione si potrà accedere volontariamente utilizzando una quota del 2 per cento del Trattamento di fine rapporto (TFR) ed una quota del 4 per cento proveniente, in parti uguali, da contributi a carico del datore di lavoro e del lavoratore. A gestire i fondi saranno banche, assicurazioni e società di intermediazione mobiliare.

5) *Stabilizzazione della spesa pensionistica.*

La legge di riforma prevede un meccanismo di contenimento della spesa previdenziale, denominato « clausola di garanzia », che si presenta come segue:

anagrafici e contributivi di anno in anno più alti, sino ad arrivare, nel 2008, ai requisiti previsti per la pensione di vecchiaia, come illustrato nella tabella seguente.

TABELLA B.
(v. articolo 1, comma 26)

	Colonna 1	Colonna 2
Anno	Età anagrafica	Anzianità contributiva
1996	52	36
1997	52	36
1998	53	36
1999	53	37
2000	54	37
2001	54	37
2002	55	37
2003	55	37
2004	56	38
2005	56	38
2006	57	39
2007	57	39
2008 in poi	57	40

Nel triennio 1996/98, al verificarsi di scostamenti rispetto agli obiettivi quantitativi di contenimento della spesa previdenziale, scatterà l'intervento del Governo per ripristinare il rispetto degli obiettivi finanziari prefissati, attraverso l'aumento dei contributi o la riduzione delle prestazioni. A partire dal 1998, tale garanzia verrà assicurata attraverso il documento di programmazione economico-finanziario in cui vengono analizzate le proiezioni della spesa previdenziale per il successivo decennio.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MOD. 4/80
L. n. 2/79 art. 14/B



*Ministero del Lavoro
e della Previdenza Sociale*

DIREZIONE GENERALE
PER L'OSSERVATORIO DEL MERCATO DEL LAVORO

DW I

★ 2 OTT. 1995, MOD. 1

Roma, 19

Ala Presidenza del
Consiglio dei Ministri
Dipartimento per gli
Affari Sociali
Ufficio Tematiche Familiari
e Sociali-Servizio Anziani

e p.c. Al Gabinetto del Ministro
S E D E

*Prot. N. 5024/EIF
Allegati*

*Risposta al P.N. 19
del*

OGGETTO Relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano - biennio 1994-95

In riferimento alla nota n. DAS/7509/1/DAS del
16 giugno 1995 si trasmettono i dati in possesso della
scrivente Direzione Generale.

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
8 OTT. 1995
Protocollo N. 13044/1/DAS/RPA
ARRIVO

N.M.
IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Nicola Fiore)

05 OTT. 1995
PH

XII LEGISLATURA -- DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI -- DOCUMENTI

Popolazione residente per condizione professionale						
Condizioni	Periodi			Variazioni percentuali		
	aprile-93 VALORI	aprile-94 14/ MILIARDI	aprile-95	apr. 95 su apr. 93	apr. 94 su apr. 93	apr. 95 su apr. 94
Popolazione totale	56.360	56.518	56.641	0,50%	0,28%	0,22%
Maschi	27.381	27.458	27.573	0,70%	0,28%	0,22%
Femmine	28.979	29.060	29.067	0,30%	0,28%	0,02%
Popolazione 60-64	3.277	3.309	3.254	-0,70%	0,96%	-1,66%
Maschi	1.545	1.563	1.532	-0,84%	1,17%	-1,98%
Femmine	1.732	1.746	1.722	-0,58%	0,81%	-1,37%
Popolazione 65-70	3.516	3.511	3.407	-3,10%	-0,14%	-2,96%
Maschi	1.536	1.558	1.508	-1,82%	1,43%	-3,21%
Femmine	1.980	1.953	1.899	-4,09%	-1,36%	-2,76%
Popolazione >= 71	5.197	5.411	5.442	4,71%	4,12%	0,57%
Maschi	2.041	2.110	2.113	3,53%	3,38%	0,14%
Femmine	3.156	3.301	3.329	5,48%	4,59%	0,85%
Forze lavoro totali	22.793	22.727	22.728	-0,29%	-0,29%	-0,00%
Maschi	14.422	14.307	14.226	-1,36%	-0,80%	-0,57%
Femmine	8.371	8.419	8.499	1,53%	0,57%	0,95%
Forze lavoro 60-64	639	624	597	-6,57%	-2,35%	-4,33%
Maschi	493	478	463	-6,09%	-3,04%	-3,14%
Femmine	146	146	134	-8,22%	0,00%	-8,22%
Forze lavoro 65-70	216	214	195	-9,72%	-0,93%	-8,88%
Maschi	160	161	148	-7,50%	0,63%	-8,07%
Femmine	56	53	47	-16,07%	-5,36%	-11,32%
Forze lavoro >= 71	119	106	111	-6,72%	-10,92%	4,72%
Maschi	77	70	70	-9,09%	-9,09%	0,00%
Femmine	42	36	41	-2,38%	-14,29%	13,89%
Occupati totale	20.420	20.148	20.011	-2,00%	-1,33%	-0,68%
Maschi	13.304	13.045	12.917	-2,91%	-1,95%	-0,98%
Femmine	7.116	7.103	7.094	-0,31%	-0,18%	-0,13%
Occupati 60-64	626	606	576	-7,99%	-3,19%	-4,95%
Maschi	484	466	448	-7,44%	-3,72%	-3,86%
Femmine	142	140	128	-9,86%	-1,41%	-8,57%
Occupati 65-70	214	211	190	-11,21%	-1,40%	-9,95%
Maschi	159	159	146	-8,18%	0,00%	-8,18%
Femmine	55	52	44	-20,00%	-5,45%	-15,38%
Occupati >= 71	117	105	109	-6,84%	-10,26%	3,81%
Maschi	76	70	68	-10,53%	-7,89%	-2,86%
Femmine	41	35	41	0,00%	-14,63%	17,14%
In cerca di occupazione totale	2.373	2.578	2.715	14,41%	8,84%	5,31%
Maschi	1.118	1.262	1.310	17,17%	12,88%	3,80%
Femmine	1.255	1.316	1.405	11,95%	4,86%	6,76%
In cerca di occupazione 60-64	12	17	21	75,00%	41,67%	23,53%
Maschi	9	12	15	66,67%	33,33%	25,00%
Femmine	3	5	6	100,00%	66,67%	20,00%
In cerca di occupazione 65-70	3	2	5	66,67%	-33,33%	150,00%
Maschi	2	2	2	0,00%	0,00%	0,00%
Femmine	1	-	3	200,00%	-100,00%	#DIV/0!
In cerca di occupazione >= 71	3	2	2	-33,33%	-33,33%	0,00%
Maschi	1	1	1	0,00%	0,00%	0,00%
Femmine	2	1	-	-100,00%	-50,00%	-100,00%

Fonte: elaborazione OML su dati ISTAT

MINISTERO DELLA SANITÀ



0007

Roma, 13.9.1995

Ministero della Sanità
Gabinetto

N. 100/90.23/7974

Registra al. Tepla del 13.9.1995

N. DAS/11466/1/DAS/RPA

Alla Presidenza del
Consiglio dei Ministri
Dipartimento affari sociali
Ufficio tematiche familiari e
sociali - Servizio anziani

R o m a

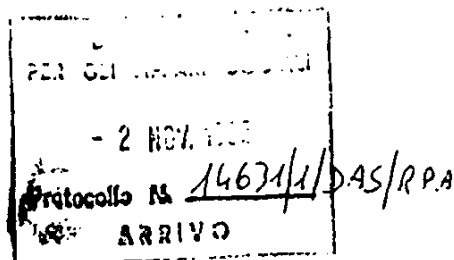
All.: n. 1

OGGETTO: relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano - biennio 1994-95.
Raccolta dati ed informazioni.

Con riferimento alla nota sopra indicata, relativa all'oggetto, si trasmette copia della nota della Direzione generale dei servizi di medicina sociale con la quale si forniscono i richiesti elementi.

Si fa presente che, al riguardo, il Servizio centrale della programmazione sanitaria, parimenti interessato da codesto Dipartimento, ha già provveduto a dare diretto riscontro a codesto Dipartimento medesimo con nota n. 100/SCPS/2.1237^a del 20 settembre 1995.

Il Capo di Gabinetto



RELAZIONE

Si fa riferimento alla richiesta di codesto Ufficio di conoscere, per il biennio 1994/95, quali provvedimenti, atti e realtà siano state registrate da questa Direzione generale sulla condizione dell'anziano concernenti i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Al riguardo si comunica che dal risultato di ricerche effettuate negli ultimi 5 anni è emerso che sebbene il Progetto obiettivo anziani avesse impostato un piano articolato di assistenza con la creazione sul territorio di UVG, RSA, ADI, OD a tutt'oggi gran parte di quanto previsto da tale piano, specie per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) resta realizzata soltanto parzialmente e in modo disomogeneo sul territorio nazionale, sebbene si sia riscontrata la quasi univocità di intenti che guidano l'attuazione dei progetti.

Da tali ricerche è possibile rilevare alcuni dati che aiutano a meglio comprendere le attuali dimensioni e i principali problemi socio-sanitari della popolazione anziana in Italia.

Ruolo centrale e qualificante fra i servizi territoriali è rappresentato dall'UVG (Unità valutativa geriatrica) che unisce in sé sia la funzione assistenziale sia quella valutativa la cui creazione sul territorio nazionale al momento presenta notevole disomogeneità. La stessa assume grande importanza nello studio delle problematiche legate alla popolazione anziana perché opera nel territorio in maniera multidisciplinare fungendo, quindi, da perno di collegamento nella propria competenza territoriale.

In alcune regioni come il Veneto la presenza di UVG raggiunge standard simili alle nazioni più evolute, come la Gran Bretagna, mentre in altre regioni come le Marche, la Campania ed il Friuli Venezia Giulia vi è notevole carenza di tale servizio che si riflette sulla realizzazione di Servizi ADI e RSA, gestiti dalla UVG.

La realizzazione del Progetto obiettivo anziani tarda ad attuarsi e anche i fondi già stanziati vengono poco o nulla impiegati.

Il PSN per il triennio 1994/96 nel pieno recepimento di quanto espresso nel PO tutela salute anziani evidenzia in maniera prioritaria i seguenti interventi:

attivazione delle UVG nel territorio;

attivazione e/o potenziamento per i servizi di ADI in modo da fornire assistenza almeno al 2 per cento degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, non autosufficienti o parzialmente autosufficienti;

istituzione del servizio di spedalizzazione domiciliare;

attivazione dei centri diurni di riabilitazione.

Nell'ambito dei progetti di studio inerenti alla popolazione anziana questa D.G. si è impegnata nel 1994 alla realizzazione di un progetto comune di assistenza alla popolazione anziana concretizzatosi nell'« Emergenza Estate 1995 ».

Trattasi di una serie di interventi socio-assistenziali di primaria importanza al fine di assicurare agli anziani soli, nei mesi estivi, le cure necessarie a migliorare la loro qualità della vita.

Attualmente questa DG è impegnata ad elaborare, di concerto con il nucleo operativo dei SAR istituito presso il Serv. centrale della programmazione sanitaria, dei protocolli indispensabili per avviare un'indagine conoscitiva atta a far luce sulla reale situazione esistente nel territorio in ordine all'attuazione di quanto previsto dal P.O. anziani.

I risultati di tale indagine forniranno anche le basi per predisporre le indicazioni relative all'assistenza agli anziani da inserire nel prossimo Piano sanitario nazionale 1997/99.

Da esperienze acquisite dall'Ufficio competente in materia, si evidenziano quelle che sono realmente le esigenze ed i bisogni della popolazione geriatrica e che si manifestano con:

l'esigenza di migliorare la formazione degli operatori a vari livelli diffondendo una cultura che sappia motivare gli stessi;

l'esigenza di ampliare gli interventi curativi e di riabilitazione domiciliari sviluppando maggiormente i servizi del *day-hospital* e dei Centri Diurni;

l'esigenza di creare una rete di servizi territoriali fortemente adesi tra loro che permetta l'integrazione dei servizi sanitari a quelli socio assistenziali e che sia in diretto contatto con la UVG competente per territorio.

Questa Direzione generale per quanto di propria competenza non ha null'altro da rilevare.

IL DIRETTORE GENERALE

MINISTERO DELLA SANITÀ 340



MOD 510

Roma, 13.9.95

Ministero della Sanità

STR. CENTRALI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
LUNGOTEVERE RPA 1

100/SCPS/2 12379

del 13.9.95

DAS/11466/1/DAS/RPA

Presidenza del Consiglio
dei Ministri
Dipartimento per gli
affari sociali
SERVIZIO ANZIANI

OGGETTO:

Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano - biennio
1994-95. Raccolta dati e informazioni.

Con riferimento alla nota a margine segnata, si trasmette una
relazione di sintesi della strategia del Ministero in tema di
tutela della salute degli anziani (all. 1).

Si trasmettono, inoltre, le linee-guida elaborate da questo
Ministero ed inoltrate in data 31 marzo 1994 e 5 aprile 1994 agli
Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province autonome,
relative alla definizione degli aspetti organizzativi-gestionali
delle Residenze Sanitarie Assistenziali (all. 2) e degli Istituti
e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale (All. 3).

all. 3

IL DIRIGENTE GENERALE
(Dr. Nicola Falcielli)

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
25 SET. 1995
Protocollo N. 12228/1/DAS/RPA
ARRIVO

LA STRATEGIA DEL MINISTERO DELLA SANITÀ A TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI

1. *Premessa.*

L'allungamento della vita media, la riduzione delle nascite ed il progressivo e costante invecchiamento della popolazione pongono problemi sempre più complessi: di ordine socio-assistenziale, sanitario, previdenziale, economico, politico. A tali problemi intende dare risposta il Progetto-obiettivo « Tutela della salute degli anziani » (POA), approvato con Ordine del giorno di Camera e Senato il 30 gennaio 1992. Il POA muovendo dall'ottica della necessaria integrazione degli interventi, definisce modalità per individuare i bisogni e dare risposte adeguate alle specifiche esigenze degli anziani, in un quadro di razionalizzazione della spesa.

Nell'impostare il programma, in aderenza con le decisioni di organismi internazionali di cui l'Italia fa parte, il POA riconduce i suoi interventi alle raccomandazioni dell'Assemblea mondiale sui problemi della condizione anziana, tenuta a Vienna nel 1982 per iniziativa dell'ONU, alla quale hanno partecipato 134 Paesi, e che si è conclusa con l'adozione del « Piano di azione mondiale per l'invecchiamento », approvato nello stesso anno dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Nel documento viene affermato che « l'invecchiamento è un processo che dura tutta la vita e deve essere riconosciuto come tale. La preparazione della popolazione alle ultime tappe della vita dovrebbe essere parte integrante delle politiche sociali, comprendenti in particolare i fattori fisici, culturali, religiosi, spirituali, economici, sanitari ».

In armonia con tali principi, il POA aderisce all'idea che il nostro Paese deve annoverare tra i suoi principali obiettivi la instaurazione di una società integrata, dove siano eliminate la discriminazione e la segregazione costrittiva in base all'età e dove siano favoriti la solidarietà e il reciproco aiuto tra le generazioni. Il POA condivide, inoltre, il punto di vista della gran parte degli studiosi e degli operatori del settore secondo i quali i problemi della vecchiaia nascono, per una notevole percentuale di individui, più ancora che da condizioni fisiologiche

vere e proprie, da situazioni sociali. Da ultimo, il POA aderisce con profonda convinzione al principio che la famiglia costituisce punto di riferimento di primaria importanza e di insostituibile rilievo per affrontare in modo adeguato e civile le problematiche della condizione anziana.

2. *Alcuni dati demografici degli anziani nella società italiana.*

In base ai dati ISTAT dell'ultimo censimento (1991), la popolazione residente ultrasessantacinquenne risulta essere di 8.596.878 unità su un totale di 57.746.163 cittadini, con una percentuale pari al 14,89 per cento. All'interno del dato complessivo di persone anziane, esiste uno squilibrio numerico tra sessi, che tende ad accentuarsi con il crescere dell'età: mentre tra 65 e 69 anni le persone di sesso femminile sono circa il 56 per cento rispetto al 44 per cento di soggetti di sesso maschile, a 90 anni i valori dei due dati diventano rispettivamente il 74 per cento e il 26 per cento. Il dato ha significato per i servizi da attivare in quanto va tenuto conto che sempre più essi riguardano persone anziane di sesso femminile.

Secondo i dati del censimento ISTAT, gli ultrasessantacinquenni sono così ripartiti sul territorio nazionale:

4.160.704 su 25.550.160 residenti in Italia settentrionale, con una prevalenza del 16,28 per cento;

1.824.189 su 11.012.346 residenti in Italia centrale, con una prevalenza del 16,57 per cento;

2.611.957 su 21.183.657 residenti nel sud e nelle isole, con una prevalenza del 12,33 per cento.

All'interno del gruppo degli ultrasessantacinquenni è doveroso enucleare le persone con oltre 75 anni, che sono da considerare gruppo a rischio elevato. Alla data sopra ricordata (1991) gli ultrasessantacinquenni sono risultati 3.742.237 pari al 6,48 per cento della popolazione totale italiana.

3. *La qualità della vita.*

Il POA si pone l'obiettivo di conseguire la massima efficacia degli interventi e accrescere la resa dei finanziamenti in termini di efficienza gestionale. E per tale finalità promuove un insieme di interventi rivolti a prevenire la non autosufficienza, ad assicurare la cura dell'acuzie e la riabilitazione immediata attraverso il collegamento funzionale a rete delle strutture operanti sul territorio a garanzia dell'integrazione degli interventi e della continuità assistenziale.

In quest'ottica, assumono rilievo strategico:

la prevenzione, tesa ad eliminare tutti i fattori capaci di incidere negativamente sulla autonomia funzionale della persona; tali fattori si possono dividere in quattro categorie inerenti la salute fisica, la salute mentale, la condizione socio-economica e la situazione ambientale;

la cura delle malattie che possono alterare il già precario equilibrio omeostatico della persona anziana;

la riabilitazione immediata per evitare il deterioramento e facilitare il recupero funzionale;

l'ottimizzazione dell'intervento globale preventivo-curativo-riabilitativo, tramite l'impiego di strumenti di valutazione multidimensionale.

Particolare importanza riveste l'individuazione dei fattori correlati con il rischio di perdita della autosufficienza. Il problema richiede il coordinamento di punti di osservazione differenti (domicilio, ospedale, istituzioni geriatriche), con particolare attenzione ai bisogni inespressi. Il limite fra autosufficienza e non-autosufficienza è influenzato da eventi di carattere sociale ed ambientale, il cui peso deve essere analizzato attraverso valutazioni specifiche. Poiché questi eventi incidono in maniera estremamente variabile da caso a caso è indispensabile un approccio multidimensionale per l'individuazione e l'ottimizzazione degli interventi correlati.

Oltre alla individuazione ed eliminazione dei fattori di rischio, gli interventi volti ad evitare la perdita dell'autosufficienza sono rivolti alla identificazione ed al trattamento delle patologie potenzialmente trattabili, quali l'instabilità motoria e le cadute, l'incontinenza, la depressione, gli effetti indesiderati dei farmaci, la malnutrizione.

4. *Il modello organizzativo dell'assistenza geriatrica.*

Il POA definisce Assistenza geriatrica (AG), all'interno del più vasto campo di interventi in favore della popolazione anziana, l'assistenza agli anziani non autosufficienti, parzialmente autosufficienti, e a quelli con pluripatologie ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai pazienti ultrasettantacinquenni. I cardini sui quali è organizzata l'AG sono costituiti dalla piena integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari e dalla continuità assistenziale attraverso il raccordo tra divisione di geriatria e altri reparti e servizi dell'ospedale; tra ospedale e servizi del territorio; tra ospedale e Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Su questi presupposti il POA definisce una struttura di servizi a rete funzionalmente collegati tra loro nella quale rivestono particolare rilievo: l'Assistenza domiciliare integrata (ADI), la Spedalizzazione domiciliare (SD), le Unità operative di geriatria, le Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Al centro della rete è collocata l'Unità di valutazione geriatrica (UVG) come strumento per la valutazione globale dei bisogni nei singoli casi e per la definizione di programmi di intervento individualizzati.

In questo contesto, l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) coordina e realizza gli interventi domiciliari con l'obiettivo di consentire alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficiente di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita. In relazione ai bisogni dell'utente, l'ADI assicura un insieme di

prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, nel rispetto di standard minimi, in forma raccordata e secondo piani individuali programmati. La responsabilità del programma di ADI è affidata al medico di base.

Dall'ADI si differenzia la Spedalizzazione domiciliare (SD), attuata dal reparto ospedaliero di geriatria, per la diversa tipologia delle prestazioni erogate, che sono tipicamente ospedaliere (alimentazione parenterale totale, trattamenti particolari del dolore, cicli di chemioterapia antitumorale eccetera). La praticabilità della SD è subordinata all'esistenza nel domicilio del paziente di alcune specifiche condizioni ambientali e familiari. La responsabilità del programma di SD è affidata all'unità ospedaliera di riferimento.

Altro polo dell'assistenza geriatrica è il reparto ospedaliero di geriatria. Esso presenta una specifica strutturazione e una precisa finalizzazione e si differenzia dal reparto di medicina non solo per il tipo di paziente che vi è ricoverato ma soprattutto per la preparazione professionale ad indirizzo gerontologico e geriatrico del personale; per una diversa tipologia edilizia che deve essere adeguata alle particolari esigenze dei pazienti; per la presenza di strutture di riabilitazione; per il raccordo con i servizi territoriali per le dimissioni programmate, per i programmi di assistenza geriatrica nelle RSA e negli ospedali diurni.

Al centro della rete dei servizi il POA colloca l'Unità di valutazione geriatrica quale gruppo multidisciplinare che realizza l'integrazione fra servizi sociali e sanitari, e fra interventi ospedalieri e territoriali. L'UVG ha come obiettivo fondamentale la valutazione multidimensionale delle condizioni cliniche e sociali del paziente ed è, nello stesso tempo, strumento indispensabile per stabilire il fabbisogno di assistenza e individuare la corretta collocazione del soggetto nella rete di servizi (ADI, SD, ospedale, *day hospital*). Sotto un profilo tecnico, la valutazione multidimensionale esplora le situazioni nelle quali può insorgere la non autosufficienza: dalla compromissione funzionale fisica e psichica alle problematiche di ordine ambientale, ai problemi delle interazioni sociali, al tono dell'umore e all'entità del supporto informale (famiglia, vicini, volontariato). Trattandosi di settori diversificati e richiedenti competenze specifiche, la valutazione multidimensionale deve essere eseguita dal gruppo interdisciplinare che compone l'UVG che formula nel contempo il piano di assistenza individualizzato, controlla la qualità dei servizi erogati e verifica a distanza di tempo i risultati raggiunti.

5. La Residenza sanitaria assistenziale (RSA).

Particolare rilievo assume nell'assistenza geriatrica la Residenza sanitaria assistenziale. Essa è collocata tra i servizi sociosanitari di base. In questa dizione, spiega il POA, l'aggettivo « sanitaria » sottolinea che si tratta di una struttura a valenza sanitaria propria del Servizio sanitario nazionale, di tipo extraospedaliero (residenza), la cui gestione è a carico del Fondo sanitario; l'aggettivo « assistenziale » indica

che la residenza ha anche una valenza socio-assistenziale inscindibilmente legata a quella sanitaria.

L'attivazione delle Residenze sanitarie assistenziali è prevista nel programma decennale di investimenti dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che autorizza « l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di Residenze per anziani e soggetti non autosufficienti ». Nel prospetto allegato è riportato lo stato di attuazione del programma con l'indicazione, per ogni singola regione, del numero di posti-letto previsti nelle RSA, il costo totale, il finanziamento autorizzato dal CIPE e gli estremi della relativa delibera. Come è noto, le RSA si configurano come strutture intermedie tra l'ospedale e le case protette, idonee ad ospitare soggetti per i quali siano richiesti continuativi interventi terapeutici, riabilitativi e di mantenimento di tipo sanitario e sociale, non propri dell'ospedale e non erogabili a domicilio o in centri diurni. In relazione alla complessità di queste funzioni, il Ministero della sanità ha richiamato l'attenzione sulla necessità che tali strutture siano realizzate in modo da garantire il rispetto della condizione delle persone che vi sono ospitate, anche mediante una concezione architettonica e spaziale atta a ricreare al proprio interno condizioni di vita ispirate a quelle godute dagli ospiti al proprio domicilio.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Attivazione programma straordinario di investimenti ex art. 20 l. 67/1968.
 Scadenza al 10/01/1968

RE GIONE	UGL	INTEVILUNIQ	POSTI LETTO	COSTO TOTALE in Mli	FINANZIAM. AUT. CIPE in Mli	DATA DELIBERA CIPE	DATA S. DEL CIPE
1	ABRUZZO	9	20	2.000	1.800	30/11/63	
2	ABRUZZO	6	60	9.569	9.109	22/11/64	
2	Totale regione Abruzzo		80	11.569	11.009		
1	EMILIA ROM.	10	40	4.500	3.500	30/11/63	
2	EMILIA ROM.	11	30	3.000	1.900	30/11/63	
3	EMILIA ROM.	11	40	3.690	3.300	30/11/63	
4	EMILIA ROM.	12	60	3.750	4.655	30/11/63	
5	EMILIA ROM.	13	40	3.818	2.800	30/11/63	
6	EMILIA ROM.	15	65	3.790	2.945	11/10/64	
7	EMILIA ROM.	19	60	2.400	2.100	30/11/63	
8	EMILIA ROM.	23	40	4.338	3.562	11/10/64	
9	EMILIA ROM.	24	40	4.784	1.500	22/11/64	
10	EMILIA ROM.	29	60	4.908	3.090	22/11/64	
11	EMILIA ROM.	34	60	2.000	1.900	22/11/64	
12	EMILIA ROM.	36	40	4.870	4.628	22/11/64	
13	EMILIA ROM.	36	20	3.372	2.422	11/10/64	
14	EMILIA ROM.	37	24	0.561	0.451	07/04/63	
15	EMILIA ROM.	38	50	2.087	1.815	30/11/63	
16	EMILIA ROM.	38	60	3.000	2.700	30/11/63	
17	EMILIA ROM.	38	40	4.653	2.470	22/11/64	
18	EMILIA ROM.	39	80	10.310	5.450	22/11/64	
19	EMILIA ROM.	39	20	2.750	2.061	11/10/64	
20	EMILIA ROM.	39	70	4.100	1.050	30/11/63	
21	EMILIA ROM.	40	60	3.555	2.945	22/11/64	
22	EMILIA ROM.	40	60	3.308	2.973	11/10/64	
23	EMILIA ROM.	5	20	1.570	1.050	30/11/63	
24	EMILIA ROM.	5	48	2.126	1.868	30/11/63	
25	EMILIA ROM.	7	40	3.786	3.800	07/04/63	
26	EMILIA ROM.	8	60	2.800	2.375	11/10/64	
27	EMILIA ROM.	8	40	5.595	4.480	30/11/63	
28	EMILIA ROM.	9	120	11.000	6.840	11/10/64	
29	EMILIA ROM.	9	34	2.183	1.851	20/03/65	
30	EMILIA ROM.	Forlì	40	3.168	4.150	20/03/65	
31	EMILIA ROM.	Parma	65	2.900	1.800	20/03/65	
32	EMILIA ROM.	Imola	40	3.650	0.304	27/04/65	
32	Totale regione Emilia Romagna		1.567	126.016	68.721		
1	LIGURIA	10	60	10.282	6.330	03/06/64	
2	LIGURIA	12	63	6.200	4.560	03/06/64	
3	LIGURIA	18	60	4.327	4.085	12/10/64	
4	LIGURIA	6	40	4.200	3.860	11/10/64	
5	LIGURIA	7	40	3.475	2.945	16/03/64	
6	LIGURIA	3	40	3.196	1.823	23/03/65	
6	Totale regione Liguria		323	33.682	23.723		

RE GIONE UGL

INTEVILUNIQ

POSTI LETTO

COSTO TOTALE in Mli

FINANZIAM. AUT. CIPE in Mli

DATA DELIBERA CIPE

DATA S. DEL CIPE

REALIZZAZIONE RSA ANZIANI E DISABILI A ORTONA (CH)
 COSTRUZIONE RSA MONTEREALE (AO)
 REALIZZAZIONE RSA IPAB PARALUPI - GUASTALLA (RE)
 REALIZZAZIONE RSA ANZIANI - FABBRICO (RE)
 REALIZZAZIONE RSA A CORREGGIO (RE)
 REALIZZAZIONE RSA ANZIANI - SCANDIANO (RE)
 REALIZZAZIONE RSA ANZIANI CASTELNUOVO NE MONTI (RE)
 RISTRUTTUR. IPAB CASA PROTETTA PER ANZIANI DI MIRANDOLA (MO)
 AMPLIAMENTO E RISTRUTTUR. DI UNA RSA PER ANZIANI NON AUTOSUFF. - VIGNOLA (MO)
 CASA PROTETTA PER ANZIANI E CENTRO DIURNO IN VIA MONTERICO 1 IMOLA (BO)
 REALIZZAZIONE RSA ANZIANI IPAB G. DAMIANI - CASTENASO (BO)
 COSTRUZIONE RSA S. PIETRO IN CASALE (BO)
 RISTRUTTUR. 2° PIANO OSPEDALE DI TRISIGALLO (FB) PER RSA NON AUTOSUFFICIENTI
 RISTRUTTURAZIONE RSA MASSALOMBARDA (RA)
 REALIZZAZIONE RSA PER ANZIANI COTTIGNOLA - (RA)
 RISTRUTTURAZIONE DI UNA RSA CASA PROTETTA - CASOLA VALSENO (RA)
 REALIZZAZIONE RSA IPAB - DOVADOLA (FO)
 REALIZZAZIONE RSA MELDOLA (FO)
 REALIZZAZIONE RSA CESENATICO (FO)
 REALIZZAZIONE RSA PER ANZIANI CESENA
 REALIZZAZIONE RSA ANZIANI SANSINA (FO)
 RISTRUTTURAZIONE RSA E CENTRO DIURNO, VIA DI MEZZO - RIMINI
 REALIZZAZIONE CASA PROTETTA PER ANZIANI A FIORENZA
 TRASFORMAZIONE EX OSPEDALE S. RITA DI SORAGNA (PR)
 REALIZZAZIONE RSA IPAB T. SBRUZZI - S. SECONDO (PR)
 RISTRUTTUR. CASA DI RIPOSO, CASA PROTETTA, COMUNITA' ALLOGGIO - SERCIETO (PR)
 COSTRUZIONE CASA PROTETTA E CENTRO DIURNO A LANGHIRANO - PARMA
 REALIZZAZIONE RSA ANZIANI IPAB SARTORI - S. POLO D'ENZA
 REALIZZAZIONE RSA - CAMPEGINE (PR)
 COSTRUZIONE RSA VIA GRAN SASSO D'ITALIA - REGGIO E.
 REALIZZAZIONE RSA PER ANZIANI IN S. GIORGIO DI PIANO
 REALIZZAZIONE RSA PER ANZIANI IPAB NIEFFETTI IN S. SOFIA
 Forlì: Realizzazione in RSA anziani IPAB Peracchi di Fontanello
 Parma: Ristrutturazione Casa Protetta in RSA Anziani - Imola

RE GIONE UGL

INTEVILUNIQ

POSTI LETTO

COSTO TOTALE in Mli

FINANZIAM. AUT. CIPE in Mli

DATA DELIBERA CIPE

DATA S. DEL CIPE

COSTRUZIONE RSA ISTITUTO E. BRIGNOLE VIA CARNIACAMBIASO - GENOVA
 RISTRUTTURAZIONE PER RSA ISTITUTO E. BRIGNOLE VIA BALBI - GENOVA
 RISTRUTTURAZIONE IN RSA - CHIAVARI
 COSTRUZIONE RSA MILLESIMO - BORMEDE
 RACCONVERSIONE IN RSA - VARAZZE (SV)
 RSA Anziani - Neseff di Savona

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

1	LOMBARDIA	13	RSA PER ANZIANI - COMUNE DI MARIANO COMENSE (CO)	60	6.234	4.795	20/12/94
2	LOMBARDIA	41	1° STR. ED. AMPL. CASA DI RIPOSO CON INFERRERIA UNICA COLOMBO - TRAVAGLIATO	60	6.222	3.000	32/06/94
3	LOMBARDIA	42	1° STRUTTURAZIONE, RECUPERO STRUTTURAZIONE, NUOVA CASA DI RIPOSO DI A.S. SOLA (VA)	56	2.761	1.093	02/07/94
4	LOMBARDIA	46	REALIZZAZIONE RSA PER ANZIANI IN ZONA AUTOSUFFICIENTE - COMUNE DI QUINZANO (MI)	50	3.300	3.640	16/03/94
5	LOMBARDIA	47	RISTRUTTURAZIONE ADEGUAMENTO STABILIUM CARUSO CASA DI RIPOSO NUOVA SAN PIETRO-ERENCO	62	2.600	1.520	02/08/94
6	LOMBARDIA	51	RISTRUTTURAZIONE NUOVA CASA DI RIPOSO OSPEDALE UFFICIALE - PAVIA	55	4.343	1.160	02/08/94
7	LOMBARDIA	53	COSTRUZIONE NUOVA CASA DI RIPOSO OSPEDALE UFFICIALE - PAVIA	97	7.695	5.918	16/03/93
8	LOMBARDIA	57	RISTRUTTURAZIONE CASA DI RIPOSO F. PERTUSATI - PAVIA	120	18.900	9.600	16/03/94
9	LOMBARDIA	77	RSA PER ANZIANI IN ZONA AUTOSUFFICIENTE - BELMONDOZZO (PV)	120	8.688	7.200	02/06/94
10	LOMBARDIA	79	AMPLIAMENTO E RICONVERSIONE CASA DI RIPOSO "VANNI AGNETTI" - GOUJASCO (PV)	60	4.150	2.575	30/11/93
11	LOMBARDIA	79	AMPLIAMENTO E RICONVERSIONE CASA DI RIPOSO "VANNI AGNETTI" - GOUJASCO (PV)	60	5.675	3.960	20/12/94
12	LOMBARDIA	12	Realizz. RSA per anziani presso casa di riposo "Osp. Madonna del Boicasso"	60	4.960	3.120	23/05/95
12 Totale regione Lombardia				670	76.617	47.579	
1	MARCHE	16	COSTRUZIONE RSA A GAGLIOLE (MC) + 20 POSTI 2° biennio	20	3.063	1.500	30/12/92
2	MARCHE	3	RISTRUTTURAZIONE FABBRICATO DI TREBBANICO IN RSA (PS)	65	5.346	5.062	07/04/93
2 Totale regione Marche				85	8.409	6.412	
1	MOUSE	5	ACQUISTO ATTREZZATURE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI G. E. V. COLUCCI		0.000	0.475	02/06/94
1 Totale regione Molise				0	0.000	0.475	
1	PIEMONTE	44	REALIZZAZIONE RSA NON AUTOSUFFICIENTI A PRAROSTINO, PINEHOLO (TO)	60	4.800	4.590	20/12/94
2	PIEMONTE	62	RISTRUTTURAZIONE E RESTAURO DELLA CASA PER ANZIANI "MONS. GRAVERI" - FOSSANO (CN)	40	3.200	3.040	20/12/94
3	PIEMONTE	3	Riconversione ex osp. Psichiatrico in RSA per anziani - Colligro (TO)	52	7.000	4.160	23/03/95
4	PIEMONTE	35	Ristruttur. e ampliamento RSA per anziani - Sengano (TO)	60	4.970	4.560	23/03/95
5	PIEMONTE	57	Riconv. ex ospedale "Mariano Legnani" in RSA per anziani - Omegna (NO)	60	4.800	4.590	23/03/95
6	PIEMONTE	58	Ristruttur. e ampliamento ex osp. "San Camillo" in RSA per anziani - Cuneo (CN)	60	4.800	4.590	23/03/95
7	PIEMONTE	59	Riconv. infermeria Osp. Civile in RSA per anziani - Bussoleno (CN)	40	3.200	3.040	23/03/95
8	PIEMONTE	63	Complet. "Villa Michelmasina" per RSA per anziani - Venasca (CN)	20	0.630	0.390	23/03/95
9	PIEMONTE	64	Riconv. ex ospedale in RSA per anziani - Chivasso (CN)	60	4.800	4.590	23/03/95
10	PIEMONTE	65	Ristruttur. ex IPAB "Ravone Antoselli" in RSA per anziani - S. Stefano Belbo (CN)	60	2.500	2.375	23/03/95
11	PIEMONTE	66	Ristruttur. infermeria Osp. Civile in RSA per anziani - Dogliani (CN)	40	2.600	2.470	23/03/95
12	PIEMONTE	67	Costruzione RSA per anziani - Mombaciglio (CN)	60	3.335	3.040	23/03/95
13	PIEMONTE	73	Ristruttur. ed ampliamento casa protetta in RSA per anziani - Serravalle Sesia (AL)	60	1.600	1.140	23/03/95
14	PIEMONTE	75	Riconv. ex Osp. Civile in RSA per anziani - Acqui Terme (AL)	60	4.800	4.590	23/03/95
15	PIEMONTE	10	Costruzione RSA per anziani - Bibiana (TO)	40	3.200	3.040	27/04/95
16	PIEMONTE	19	Costruzione RSA per anziani - San Damiano d'Asti	60	4.000	3.800	27/04/95
17	PIEMONTE	7	Costruzione nuovo fabbricato per RSA per anziani - San Mauro Torinese	60	5.463	4.590	10/05/95
17 Totale regione Piemonte				912	65.927	56.425	
1	SICILIA	23	RICONVERSIONE SANATORIO ODIERNA IN RSA FAGUGA	60	4.065	4.655	30/11/93
1 Totale regione Sicilia				60	4.065	4.655	

MINISTERO DELLA SANITÀ

AGLI ONOREVOLI ASSESSORI ALLA SANITÀ
e p.c. AI COMMISSARI DI GOVERNO

OGGETTO: LINEE-GUIDA SULLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Si trasmettono, in allegato, linee-guida per la definizione degli aspetti organizzativo-gestionali delle Residenze sanitarie assistenziali: tale studio si propone come un fattivo a un obiettivo nazionale primario: garantire livelli di ospitalità uniformi su tutto il territorio.

Nel confermare che la RSA rappresenta la collocazione residenziale dell'anziano e del soggetto disabile non assistibili adeguatamente a domicilio, si sottolinea come le Residenze facciano parte integrante della rete dei servizi territoriali di primo livello.

Ciò non toglie però che le attività che vi si svolgono non siano adeguatamente integrate con quelle del comparto sociale, pertanto la RSA si colloca in una posizione particolare e sostanzialmente diversa sia delle unità operative ospedaliere geriatriche, di riabilitazione e di lungodegenza, sia dalle attuali residenze extraospedaliere (case di riposo, case albergo, ecc.) che hanno per gran parte valenza sociale.

Il processo di integrazione fra sanitario e sociale si realizza a livello istituzionale mediante protocolli d'intesa tra la USL e l'Ente locale, e/o con enti privati con o senza scopo di lucro e il volontariato, nell'ambito della normativa nazionale e regionale. Una soluzione ottimale per l'integrazione della RSA con gli altri servizi è quella indicata dal DPCM 22 dicembre 1989 e cioè nella collocazione contigua alla RSA del Centro socio-sanitario di distretto che garantisce servizi socio-sanitari a ciclo diurno destinati anche all'anziano che vive in comunità. Non meno importante è anche una stretta connessione funzionale tra la RSA e l'ospedale di riferimento: in particolare, la collaborazione tra gli operatori delle due strutture facilita sia il lavoro all'interno dei due servizi sia la dimissione programmata, con ripercussioni favorevoli anche sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri e della durata delle degenze.

I suddetti indirizzi sono sviluppati nelle linee-guida che seguono e alle quali le SS.LL. potranno fare riferimento per rilanciare, sui fondi ex articolo 20 oggi disponibili, i relativi programmi di attuazione che fino ad oggi non hanno conseguito — in questo specifico settore — gli obiettivi auspicati.

IL MINISTRO

Roma, 31 marzo 1994.

LINEE-GUIDA n. 1/94
INDIRIZZI SUGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI
E GESTIONALI DELLE RESIDENZE
SANITARIE ASSISTENZIALI

PREMESSA.

Le modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502/92 introdotte con il decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517/93, l'approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996, con la relativa determinazione della spesa sanitaria secondo livelli uniformi di assistenza, nonché le priorità di intervento, introdotte in relazione alle modificazioni del quadro epidemiologico, impongono una complessiva ridefinizione della funzione della rete dei servizi sanitari. In particolare si richiede un maggiore sviluppo di presidi e servizi extraospedalieri per rispondere alla domanda di riabilitazione e di lungo-assistenza espressa dagli anziani, dai disabili e comunque dai soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio.

La ridefinizione organizzativa dei servizi, per essere in sintonia con le esigenze dei cittadini, deve basarsi su un continuum di cure sanitarie e servizi sociali che rispondano alle esigenze poste dalla collettività, ed in particolare a quelle di soggetti non autosufficienti i cui bisogni sanitari sono inscindibili da quelli assistenziali e determinano diversi gradi di dipendenza ai quali è necessario rispondere con offerte di sostegno domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Nell'ottica dell'organizzazione dei servizi in una rete funzionalmente integrata la tutela sanitaria si integra con l'assistenza sociale, la solidarietà del volontariato e le cure familiari.

L'offerta coordinata ed integrata di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali richiede però il rispetto di regole tecniche, amministrative, finanziarie e gestionali che fissano per ciascun livello istituzionale e per ogni struttura, compiti, risorse a disposizione, responsabilità direzionali e operative.

Gli strumenti per la realizzazione dell'integrazione delle attività delle strutture extraospedaliere, con le attività complementari degli al-

tri servizi delle USL, dei comuni, di altri Enti pubblici, IPAB, soggetti del privato sociale e soggetti privati, trovano riferimenti normativi negli articoli 23, 24 e 27 della legge n. 142 del 1992.

Spetta alle regioni disciplinare nell'ambito della propria competenza ai sensi del 5° comma, articolo 3 decreto legislativo 502/92, le modalità di attuazione di tale integrazione tra i servizi. Le RSA, infatti, vanno inserite nella completa rete di servizi socio-sanitari già previsti dalle leggi e regolamenti nazionali e regionali. In questo contesto di rete, la RSA è il fulcro residenziale extraospedaliero dell'assistenza alla persona non autosufficiente. È necessario al riguardo tenere conto delle realtà esistenti nelle diverse regioni e integrare quindi le strutture residenziali esistenti con le nuove RSA proposte a livello nazionale. Poiché non è proponibile una soluzione che escluda di fatto l'esistente, le regioni potranno, quindi, tendere ad una graduale trasformazione delle strutture presenti sul territorio in RSA, purché ne soddisfino i requisiti gestionali, strutturali ed organizzativi.

Inoltre al fine di garantire il rispetto delle reali esigenze di un'utenza portatrice di gradi e tipologie diversificati di non autosufficienza, risulta necessario, ferma restando una stessa tipologia strutturale, diversificare le RSA in strutture finalizzate al mantenimento di cui al punto 2.2 delle linee guida, e/o in strutture finalizzate alla cura e al recupero di cui al punto 2.1 delle stesse linee guida.

COMPITI DELLE REGIONI.

È specifica competenza delle regioni, ai sensi della vigente normativa, provvedere alla riorganizzazione dei servizi ospedalieri e di residenzialità extra-ospedaliera. Si forniscono di seguito indicazioni e criteri di riferimento ai quali si invitano le regioni ad attenersi perché sia garantito nel settore un uniforme livello di assistenza su tutto il territorio nazionale.

LA RETE DEI SERVIZI

1. L'OSPEDALE.

Il Presidio ospedaliero è struttura di diagnosi, terapia e cura delle patologie acute, articolato per specialità di degenza aggregate in aree omogenee e/o dipartimenti. La degenza si integra con i servizi specialistici territoriali attraverso il *day-hospital* ed il poliambulatorio.

L'evoluzione del quadro epidemiologico richiede per l'ospedale un potenziamento di aree tradizionalmente penalizzate dalla medicina per acuti: la geriatria e la riabilitazione. Il trattamento riabilitativo, il cui intervento è contemporaneo o immediatamente successivo all'acuzie, va attivato in termini clinici intensivi per limitare il danno invalidante delle patologie.

Va ricompreso nell'area ospedaliera il trattamento, anche in regime di ricovero prolungato, delle patologie in fase terminale.

Esulano dal ricovero ospedaliero i trattamenti di lunga assistenza e di riabilitazione prolungata per anziani e altri soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, per i quali è necessario far riferimento alla residenzialità extraospedaliera. Le case di cura private per la lungodegenza, analogamente agli Ospedali pubblici, non potranno più essere riferimento per trattamenti di lunga durata. Dovrà essere pertanto facilitata ed agevolata la loro riconversione in RSA, ovvero in strutture polifunzionali riservate alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie.

2. LA RESIDENZA EXTRAOSPEDALIERA.

Le diverse tipologie di disabili, ivi compresi gli anziani non autosufficienti, sono caratterizzate dall'esistenza di deficit funzionali derivati dalla perdita di capacità fisiche, psichiche o psico-fisiche, a seguito di eventi morbosi (congeniti o acquisiti), che determinano sul piano dei bisogni assistenziali situazioni di handicap e di dipendenza.

Le prestazioni da offrire in termini qualitativi e quantitativi debbono quindi essere orientate a contrastare o compensare la perdita di autonomia, che spesso si esprime nel soggetto disabile come incapacità di permanere o rientrare al proprio domicilio.

La residenzialità extraospedaliera realizza le prestazioni residenziali e semiresidenziali come risposta ai bisogni dei portatori di handicap fisico e psichico, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

L'assistenza residenziale extraospedaliera, conseguentemente, si concretizza in una gamma di residenze che offrono diversi gradi di assistenza sanitaria (nelle sue componenti mediche, infermieristiche e riabilitative), accompagnata da prestazioni di tipo socio-assistenziale atte a facilitare il collegamento ed il successivo, in alcuni casi solo potenziale, reintegro nell'ambiente di provenienza.

Le caratteristiche delle residenze sono correlate alla tipologia degli ospiti, al loro grado di dipendenza, alle potenzialità ed ai tempi per il loro recupero psico-fisico. In tal senso la residenzialità extraospedaliera può essere suddivisa in:

2.1. *Strutture di riabilitazione per soggetti affetti da minorazione fisica, psichica e sensoriale.*

In tali strutture, la riabilitazione di soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e/o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, si esprime attraverso un alto livello di tutela sanitaria, che concorre al recupero funzionale della persona disabile, tramite prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative che si avvalgono in maniera interdisciplinare di apporti clinici, psicologici, pedagogici e sociali.

Le prestazioni di recupero e riabilitazione possono essere erogate a tempo pieno, a carattere diurno, ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Le prestazioni riabilitative hanno come obiettivo la restituzione e il mantenimento del più alto livello di autonomia acquisibile, nonché la limitazione del danno involutivo. Sono pertanto particolarmente ef-

ficaci nei confronti di soggetti in età evolutiva e giovane-adulta ai quali deve essere altresì assicurato l'accesso alle attività scolastiche e di formazione o riqualificazione professionale.

Nel settore della riabilitazione si possono individuare tre livelli di intervento che si caratterizzano per la complessità, la durata e l'ambito sanitario di riferimento dell'assistenza richiesta:

a) primo livello: fase acuta di pronto intervento, attuato in strutture ospedaliere;

b) secondo livello: fase del massimo recupero funzionale e del suo stabilizzarsi attuato in strutture o centri di riabilitazione;

c) terzo livello: fase di prevenzione dell'aggravamento attuato al domicilio del paziente, o in sede ambulatoriale, o infine, per soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio nelle residenze sanitarie assistenziali.

In termini normativi la funzione riabilitativa di secondo livello rivolta alle minorazioni fisiche, psichiche e/o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, è disciplinata dall'articolo 26 della legge n. 833 del 1978.

Apposite linee-guida saranno emanate per le strutture o centri di riabilitazione.

2.2. Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

La RSA realizza un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. È rivolta ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio.

La RSA trova riferimento normativo nella legge n. 67 del 1988 e nel DPCM 22 dicembre 1989. Si differenzia dalle strutture riabilitative di cui al punto 2.1 per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa anche « ospitalità permanente ».

Per quanto attiene gli aspetti strutturali ed organizzativi, l'unità di base è il modulo o nucleo, composto di 20-25 posti per gli anziani non autosufficienti e di 10-15 posti (secondo la gravità dei pazienti) per disabili fisici, psichici e sensoriali, utilizzando in maniera flessibile gli stessi spazi edilizi.

In base alle loro condizioni psico-fisiche, sono ospiti delle RSA:

anziani non autosufficienti (in media 4 moduli da 20-25 soggetti, fino ad un massimo di 6 moduli). Nelle RSA per anziani, di norma, un modulo di 10-15 posti va riservato alle demenze;

disabili fisici, psichici e sensoriali (in media 2 moduli, massimo 3 da 10-15 soggetti).

LOCALIZZAZIONE.

La RSA, in relazione alle particolari esigenze determinate dalle condizioni psicofisiche delle persone che vi trovano accoglienza vanno

preferibilmente localizzate, soprattutto quelle di nuova costruzione, in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e di allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza. Di particolare interesse risultano le iniziative di ristrutturazione o riconversione di edifici già esistenti localizzati nei centri storici e la presenza di spazi verdi per attività motorie e ricreative, dove possibile.

TIPOLOGIE EDILIZIE E DIMENSIONI DELLE RSA.

Gli standard edilizi, dimensionali e qualitativi previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 dicembre 1989 per la realizzazione di strutture residenziali per anziani non autosufficienti valgono anche per le RSA per soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, per i quali sono da prevedere i moduli più piccoli.

La struttura edilizia deve avere caratteristiche (funzionali, tipologiche, spaziali, morfologiche, eccetera) il più possibile assimilabili ad una unica matrice, rimandando invece alla sua capacità ricettiva, alle diverse modalità di assistenza ed organizzazione interna, la oggettiva e dovuta differenziazione a seconda delle esigenze degli ospiti.

L'indirizzo prevalente deve essere quello di articolare le RSA per nuclei o moduli base, anche se di differente capacità ricettiva, diversamente aggregabili tra loro, in modo da adeguarsi alle diverse esigenze determinate dalla differente e/o mutata composizione degli ospiti e garantire inoltre una buona flessibilità nell'organizzazione interna e nelle modalità gestionali. Gli spazi abitativi avranno quindi gli stessi standard dimensionali mentre differenti saranno le loro logiche aggregative, il loro dimensionamento complessivo, i servizi erogati e gli standard personale.

Sul piano delle tipologie edilizie le residenze sanitarie assistenziali utilizzano come moduli base:

nuclei elementari singoli per anziani non autosufficienti da 20 a 25 posti che possono beneficiare anche dei servizi sanitari e sociali posti all'esterno;

nuclei elementari singoli per disabili fisici, psichici e sensoriali da 10 a 15 posti che possono beneficiare anche dei servizi sanitari e sociali posti all'esterno.

Tali nuclei, variamente aggregati ed articolati tra loro, danno origine:

per soggetti anziani non autosufficienti, a sistemi di più nuclei che non vanno di norma oltre gli 80 posti residenziali e che possono arrivare (garantendo un'adeguata separazione tra nuclei) fino ad un massimo di 120 posti, in zone ad alta densità abitativa ed urbana. Tali strutture sono dotate di propri servizi sanitari e sociali secondo la composizione degli ospiti e con le adeguate connessioni con i servizi

sanitari e sociali esistenti sul territorio. In ogni struttura con nuclei in numero di 4, o superiori a 4, va garantita la presenza di un nucleo riservato alle demenze;

per disabili fisici, psichici e sensoriali, a sistemi di 2 o 3 nuclei, secondo la gravità della patologia e quindi da 20 a 45 posti residenziali.

ORGANIZZAZIONE PER NUCLEI.

L'organizzazione per nuclei consente di accogliere anche nella stessa struttura residenziale gruppi di ospiti di differente composizione senza peraltro determinare interferenze — data la relativa autonomia dei servizi di nucleo — e salvaguardando tutti gli aspetti di riservatezza personale. Nel contempo essa crea occasioni di socializzazione spontanea all'interno del nucleo, nelle relazioni tra nuclei e nei rapporti con i fruitori esterni del centro servizi a ciclo diurno, di cui la residenza deve essere possibilmente dotata.

Oltre a garantire la migliore assistenza agli ospiti, anche sotto il profilo gestionale, l'organizzazione per nuclei modulari e dotati di servizi autonomi, appare essere la più idonea per un razionale impiego del personale e per la utilizzazione delle risorse.

AREA RESIDENZIALE.

L'area residenziale dell'ospite è costituita da camere destinate a fino ad un massimo di 4 ospiti, nei casi di particolari esigenze strutturali ed assistenziali. Tale flessibilità consente di venire incontro a particolari esigenze assistenziali od organizzative, anche di carattere temporaneo che permettono, ad esempio, nella camera a due letti, di ospitare un parente. Ogni camera deve essere dotata, come standard preferenziale, di bagno autonomo. In ogni caso, a norma del decreto del Presidente della Repubblica n. 384/78, i servizi igienici collegati alle camere, in numero minimo di uno ogni due camere in rapporto comunque ad un numero massimo di quattro ospiti, dovranno essere preferibilmente suddivisi in bagno ed antibagno con lavabi sia per permettere una loro migliore fruizione da parte degli ospiti sia per facilitare il lavoro del personale addetto.

Particolare attenzione va posta alla personalizzazione ed al comfort di ogni camera; pertanto le caratteristiche ambientali e gli arredi non devono avere l'asetticità propria degli spazi ospedalieri, ma dovranno garantire le opportunità di scelta personale negli arredi. I materiali, le finiture e i colori debbono essere luminosi e riproporre modelli familiari. Le finestre devono essere ampie e consentire lo sguardo all'esterno anche da posizione supina.

AREE DI SERVIZIO, LABORATORI E SPAZI PER ATTIVITÀ SOCIALI.

Le RSA debbono disporre di spazi per le attività di servizio di ciascun nucleo e per le attività sanitarie curative e riabilitative comuni (da collocare preferibilmente in un'area dei servizi socio-sanitari a ciclo diurno aperta anche alla fruizione della popolazione esterna) e di spazi per attività di tipo ricreativo e di relazione sociale che rivestono importanza fondamentale per il mantenimento dell'equilibrio psichico ed emotivo dell'ospite.

ARTICOLAZIONE DELLE RESIDENZE.

Le RSA dovranno essere articolate in:

Area abitativa:

camere da 1, 2, 3 e 4 letti con relativi servizi igienici, dotati di telefoni mobili.

Servizi di nucleo (mediamente ogni 20-25 ospiti nel caso di anziani e 10-15 ospiti negli altri casi):

soggiorno/gioco/TV, dotati di telefoni (spazi non chiusi, articolati, eccetera);

cucinetta;

saletta pranzo (anche contigua al soggiorno);

bagno assistito;

sala medica e locale di controllo personale con servizi igienici;

sala deposito per attrezzature, carrozzelle, materiale di consumo, eccetera;

sala deposito per biancheria sporca, lavapadelle, eccetera;

armadi per biancheria pulita.

Servizi di vita collettiva per l'intera struttura:

ingresso con portineria, posta e telefono;

ufficio amministrativo;

servizi igienici;

soggiorno polivalente;

angolo bar;

mensa;

locale per attività occupazionale;

cappella per il culto;

locale per il parrucchiere, barbiere.

La dimensione dei servizi di vita collettiva deve variare in rapporto al presumibile numero di utenti esterni alla struttura.

Servizi sanitari per l'intera struttura:

sala visita;
locale per fisiochinesiterapia;
locale per servizio di podologia;
palestra, spogliatoio, deposito;
servizi igienici.

Qualora i servizi fossero aperti ad esterni (cosa questa fortemente auspicabile) dovranno essere proporzionalmente potenziati e dimensionati sul probabile bacino di utenza.

Servizi generali per l'intera struttura:

cucina, dispensa e locali accessori;
lavanderia e stireria;
spogliatoio del personale con servizi igienici;
magazzini;
camera ardente con accesso dall'esterno;
deposito materiale sanitario;
deposito pulito;
deposito sporco;
deposito attrezzature.

Nel caso che alcuni servizi siano gestiti in appalto esterno i relativi locali potranno di conseguenza essere ridimensionati.

STANDARD DIMENSIONALI.

Gli standard dimensionali di riferimento per la realizzazione delle RSA possono essere determinati nelle misure che seguono tenendo presente che gli stessi sono da considerare netti, in quanto fanno riferimento a superfici utili per lo svolgimento delle funzioni specifiche:

a) la superficie totale utile funzionale della struttura è fissata in mq. 40-45 per ospite;

b) per le camere, valori minimi (bagno escluso):

mq. 12 per una persona;
mq. 18 per 2 persone;
mq. 26 per 3 persone;
mq. 32 per 4 persone;

c) per il servizio igienico (ogni 2 camere e fino ad un massimo di 4 ospiti): da 4 a 5 mq. costituito da:

1 locale con water e bidet;
1 antilocale con 2 lavabi;

d) le restanti aree di attività e di servizio dovranno essere dimensionate nel computo complessivo dei 40-45 mq per ospite. Da ricordare a tale proposito che la flessibilità richiesta nella utilizzazione dei nuclei (e quindi lo stesso dimensionamento sia per quelli da 20-25 ospiti che per quelli da 10-15) comporterà un aumento della metratura, ampiamente però compensata dalla possibilità di una diversa utilizzazione della struttura stessa.

Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni sono accettabili misure in eccesso o in difetto entro il 20 per cento degli standard di riferimento.

FRUIBILITÀ DEGLI SPAZI.

La condizione degli ospiti di una RSA è tale da richiedere completa eliminazione delle barriere architettoniche e l'introduzione di misure di sicurezza nella utilizzazione degli spazi. Di conseguenza gli spazi vanno resi agevolmente fruibili ed in piena sicurezza da tutti gli ospiti, indistintamente.

Tali criteri mirano a consentire alle persone con maggiore autosufficienza di godere di adeguati spazi di relazione per migliorare la propria condizione di vita e alle persone non autosufficienti di disporre degli spazi necessari alle manovre dei diversi sussidi indispensabili alla deambulazione e alle attività di servizio degli operatori al letto degli assistiti, oltre che alle attività ricreative e di socializzazione.

Il requisito della fruibilità va inteso in senso ampio, come possibilità di accesso fisico e visivo agli spazi, di intervento autonomo su alcuni fattori ambientali, di identificazione immediata dei luoghi e percorsi.

Importante, infine, la cura degli spazi esterni che costituiscono il paesaggio con il quale gli ospiti si relazionano quotidianamente e che possono diventare — se progettati ed attrezzati opportunamente — luogo di soggiorno, svago e contatto con la natura.

CONCEZIONE ARCHITETTONICA DEGLI SPAZI.

Il rispetto della condizione degli ospiti accolti nelle RSA e le esperienze nazionali ed estere suggeriscono concezioni architettoniche e soluzioni progettuali di spazi privati e personalizzati articolati per piccoli nuclei di ospiti, di dimensioni modulari e locali comuni per attività varie.

Alcuni servizi di vita collettiva (mensa, bar, soggiorno polivalente, eccetera) per il valore sociale e simbolico che rivestono, vanno collocati in posizione baricentrica rispetto all'intera struttura ed aggregati in modo da costituire un nucleo funzionale di servizi che assuma le caratteristiche di uno spazio di riferimento. È opportuno che tali spazi siano articolati ed organizzati in aree che propongano situazioni aggregative tali da favorire una socializzazione a carattere più intimo e

familiare. È infine auspicabile che le camere di residenza siano dislocate attorno a questi spazi sottolineandone in tal modo la « centralità ».

Nel loro insieme le soluzioni debbono configurare un tessuto abitativo articolato in cui siano presenti, accanto alle camere, zone dedicate alle relazioni sociali, collegamenti tra le varie aree per agevolare la mobilità dei presenti e spazi riservati ad attività occupazionali e di laboratorio per impegnare fattivamente gli ospiti secondo le loro esperienze ed attitudini.

È auspicabile, ove possibile e soprattutto nei casi di ristrutturazione di edifici in centri urbani, la previsione di ulteriori spazi da dare in gestione « all'esterno » (negozi, servizi, eccetera) tali da accentuare l'integrazione della struttura con il contesto urbano.

SICUREZZA, RISERVATEZZA.

All'interno delle RSA una particolare attenzione va posta al temperamento tra le esigenze di assistenza e di prevenzione degli infortuni domestici e il rispetto della riservatezza degli ospiti.

Una importanza particolare riveste il problema dell'orientamento e pertanto la distribuzione planimetrica e la volumetria dell'edificio dovranno essere progettate in modo da risultare di per sé fortemente orientanti. Il sistema segnaletico va inteso non solo come grafica e/o simboli ma come un sistema integrato (materiali, colori identificativi dei vari percorsi, luci, piante, eccetera) che faciliti la riconoscibilità dei luoghi e dei percorsi. A tale fine può risultare utile verificare il sistema di segnaletica con coloro che lo utilizzano. L'uso di tecnologie adeguate (quali sistemi di allarme personale, rilevatori di vario genere, cerca-persone, eccetera) è misura di auspicabile applicazione, sempre però nel rispetto della riservatezza e della personalità degli ospiti.

È ovviamente obbligatorio l'impiego di materiali conformi alle norme di sicurezza, soprattutto antincendio, e l'assoluto rispetto delle normative vigenti.

ASPETTI GESTIONALI E CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEI COSTI NELLA RSA.

Vengono riportati gli elementi metodologici per una ipotesi di calcolo dei costi di gestione. Tali elementi valgono sia nel caso di RSA a gestione diretta sia nel caso di RSA private in convenzione.

Per individuare correttamente i costi delle R.S.A., dovranno essere considerate le funzioni in essa esplicitate che sono comuni alle due tipologie considerate:

- a) RSA per anziani non autosufficienti;
- b) RSA per disabili.

Da un punto di vista funzionale si possono riconoscere nella RSA quattro macrolivelli omogenei di costi e più precisamente:

costi edilizi (investimento e manutenzione edilizia, impiantistica e tecnologica);

costi alberghieri e generali;

costi assistenza sanitaria;

costi assistenza sociale a rilievo sanitario.

Le voci da prendere in considerazione per ogni funzione sono le seguenti:

COSTI EDILIZI (INVESTIMENTI E MANUTENZIONE):

ammortamento dei costi di investimento (in caso di RSA in rapporto di convenzione);

manutenzione ordinaria (edilizia o impiantistica);

manutenzione tecnologica;

manutenzione straordinaria (in caso di gestione diretta);

COSTI ALBERGHIERI E GENERALI.

Funzioni alberghiere: ristorazione/preparazione pasti; lavanderia e guardaroba; pulizia ambienti.

Funzioni di amministrazione e direzione: attività di coordinamento; attività di amministrazione/gestione; valutazione qualità dell'assistenza; spese generali.

COSTI ASSISTENZA SANITARIA.

Funzioni sanitarie: assistenza infermieristica; assistenza medica; assistenza riabilitativa; assistenza e consulenza specialistica (geriatrica, psichiatrica, eccetera).

COSTI ASSISTENZA SOCIALE A RILIEVO SANITARIO.

Funzioni assistenziali: igiene personale e necessità fisiologiche; aiuto svolgimento attività quotidiane, compreso consumo cibi; cura della persona e del suo aspetto.

Funzioni di animazione, socializzazione e assistenza psicologica: attività ricreativa/culturale e creativa; attività motoria.

Il rapporto tra ogni voce ed il corrispondente costo avviene sulla base di due distinte modalità:

a) per quanto concerne i costi edilizi, le funzioni alberghiere e le funzioni sanitarie, ad ogni voce deve corrispondere direttamente ed immediatamente il costo relativo;

b) per quanto concerne le altre voci (funzioni di amministrazione e direzione, funzioni assistenziali, animazione e assistenza psico-

logica) la possibilità di identificare i costi conseguiti ad un loro « incrocio » con varie figure professionali, essendo talune di queste impegnate in misura percentualmente differenziata in rapporto a più di una delle voci considerate.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI RISORSE UMANE.

L'analisi dei fabbisogni determinata in base alla tipologia degli assistiti scaturisce dalle funzioni esplicitate dalla singola RSA. Sono infatti le diverse « condizioni » degli ospiti che determinano gli specifici fabbisogni assistenziali e quindi le unità di personale.

Il fabbisogno di risorse umane dovrà essere determinato in base alle tipologie degli ospiti allo scopo di garantire una offerta idonea. Occorre impostare una metodologia di analisi fondata su un approccio più marcatamente fenomenologico/operativo, tendente a modulare le dinamiche gestionali in rapporto alle diverse condizioni di bisogno.

Si tratta di procedere distintamente, per le diverse tipologie, a due adempimenti:

descrivere con sufficiente dettaglio quali siano nell'ambito di una giornata/tipo di lavoro i momenti assistenziali ricorrenti e/o straordinari che scandiscono il rapporto tra operatore e ospite, nonché quali siano gli adempimenti non direttamente assistenziali (di natura individuale e/o collettiva) che gli operatori debbono garantire;

stimare la quantità di tempo/lavoro necessario per ogni figura professionale della struttura.

Questa impostazione consente di non fare una mera operazione contabile, finalizzata solo al contenimento dei costi, ma anche a garantire la quantità e qualità dell'assistenza necessaria. Per raggiungere questo risultato occorre dotarsi di un apposito strumento finalizzato a correlare le diverse variabili che debbono essere fatte interagire nel lavoro di descrizione/analisi/valutazione. È opportuno quindi impostare uno schema a « matrice » per porre in evidenza le diverse attività delle figure professionali nel loro rapporto con l'ospite.

Premessa indispensabile alla predisposizione di tale « matrice » è la conoscenza, contestuale ad ogni realtà locale, della gravità della condizione che si riscontra « mediamente » in riferimento ad ognuna delle due tipologie di ospiti considerati (anziani non autosufficienti e disabili). Pertanto lo standard massimo del personale potrà essere applicato solo in presenza di condizioni particolarmente gravi in quasi tutti i soggetti ospitati nella RSA.

Una volta comunque individuati i tempi di assistenza si possono ricavare i reali fabbisogni di personale in termini di unità di addetti, tenendo, peraltro, ben presente che nell'analisi vanno considerate attentamente le diverse variabili connesse a:

il *lay-out* degli spazi;

la qualità ed il tipo di strumenti operativi (tecnologie di supporto complessivamente a disposizione per l'esercizio delle varie funzioni);

le dimensioni della RSA (numero dei posti);
le caratteristiche strutturali e organizzative;
il *mix* di ospiti che si prevede di assistere;
l'organizzazione del lavoro;
il tipo di gestione dei servizi (diretta, in appalto, eccetera);
il tipo di contratto per le diverse figure di personale;
il rapporto percentuale tra orario lavorativo e tempo effettivo di contatto con il paziente per figura professionale.

ALTRI FABBISOGNI.

Da questa elaborazione è possibile ricavare sia le esigenze quantitative di personale per soddisfare i fabbisogni di assistenza sanitaria e non, sia le relative necessità di beni strumentali.

Per le voci da considerare si rinvia al prospetto « Riepilogo delle voci di costo » riportato nel seguente punto.

DETERMINAZIONE DEI COSTI.

L'« universo » delle variabili che concorrono a determinare il complesso degli oneri di gestione della RSA considerata può essere determinato con il seguente schema di analisi dei costi.

RIEPILOGO DELLE VOCI DI COSTO.

- 1) *Costo del personale.*
- 2) *Spese di amministrazione.*
 - assicurazioni;
 - postali, telegrafiche, telefoniche;
 - stampati;
 - abbonamenti a giornali, libri e riviste;
 - elaborazione dati;
 - tesoreria;
 - tecniche e legali;
 - imposte, tasse e licenze.
- 3) *Spese generali:*
 - acqua, energia elettrica, gas;
 - lavanderia e guardaroba;
 - riscaldamento e combustibili;
 - pulizie e disinfestazione;
 - adesioni ad associazioni e convegni;

materiale per animazione e tempo libero;
divise del personale;
spese per trasporti;
attrezzatura minuta;
rifiuti solidi urbani e speciali.

4) *Vitto.*

5) *Spese sanitarie e farmaceutiche.*

6) *Manutenzione ordinaria.*

Totale costi di gestione.

7) *Manutenzione straordinaria e rinnovo attrezzature.*

Nel caso di gestione affidata in convenzione a strutture private, questa voce deve essere sostituita dalla voce « ammortamenti ».

8) *Oneri finanziari.*

Totale costi.

Il riepilogo di cui sopra non rappresenta uno schema di contabilità per « centri di costo » (così come è previsto dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni), soluzione cui peraltro si dovrà nel tempo pervenire. Un conto economico articolato per centri di costo può essere ipotizzato incrociando le « funzioni » presenti in una RSA con i diversi tipi di « risorse » che consentono lo svolgimento delle stesse.

È opportuno far ricorso ad una « matrice » nella quale far confluire i dati sopra riportati. La matrice consente anche di procedere alla individuazione della quota di costo a carico del FSN e di quella a carico dell'Ente locale e/o dell'ospite. A questo scopo si possono individuare tre categorie cui imputare i diversi costi delle rispettive funzioni riportate nella « matrice »:

Categoria 1: costi totalmente sanitari, riferibili alle voci assistenza sanitaria e funzioni assistenziali;

Categoria 2: costi totalmente non sanitari riferibili alla voce funzioni alberghiere;

Categoria 3: costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie sopraindicate, riferibili alle voci costi edilizi, funzione di amministrazione e direzione e funzione di animazione, socializzazione e assistenza psicologica.

Per la categoria 3 occorre procedere in maniera distinta.

Per quanto riguarda la voce « costi edilizi », relativa all'ammortamento ed alle manutenzioni, sembra opportuno ripartire i costi a metà, e quindi una quota del 50 per cento va a carico del FSN.

Relativamente alle voci « funzione di amministrazione e direzione » e « funzione di animazione, socializzazione e assistenza psico-

logica », è nota la difficoltà di rinvenire un criterio certo e definitivo per la reale ripartizione tra la quota sanitaria e quella non sanitaria. La proposta di standardizzazione che segue sembra essere sufficientemente adeguata.

Per le predette voci (funzione di amministrazione e direzione e funzione di animazione, socializzazione e assistenza psicologica) la definizione della quota gravante sul FSN si può ottenere procedendo anzitutto a calcolare sia l'incidenza percentuale dei costi totalmente sanitari (categoria 1) sia l'incidenza dei costi totalmente non sanitari (categoria 2) rispetto alla somma dei costi delle due categorie.

La formula
$$\frac{\text{« costi categoria 1 »} \times 100}{(\text{« costi categ. 1 »} + \text{« costi cat. 2 »})}$$

fornisce l'indice percentuale dei costi sanitari.

La formula
$$\frac{\text{« costi categoria 2 »} \times 100}{(\text{« costi categ. 1 »} + \text{« costi cat. 2 »})}$$

fornisce l'indice percentuale dei costi non sanitari.

Tali valori percentuali dovranno essere applicati alle voci funzione di amministrazione e direzione e funzione di animazione, socializzazione e assistenza psicologica per ricavare l'importo dei costi sanitari e di quelli non sanitari.

COSTI DI GESTIONE.

La ripartizione che si propone è la seguente:

1. Costi totalmente sanitari:

1.1. Personale:

infermiere professionale;
 terapeuta riabilitazione;
 assistente di base;
 medico di base;
 medico geriatra;
 medico fisiatra;
 psicologo;
 assistente di base coordinatore;
 medico di base coordinatore;
 podologo.

1.2. Medicinali e presidi sanitari.

1.3. Ogni altra prestazione diagnostica-curativa.

2. Costi totalmente non sanitari.

2.1. Vitto.

2.2. Lavanderia.

2.3. Pulizie.

3. Costi misti (in parte sanitari e in parte non).

3.1. Personale:

terapista occupazionale;
responsabile di struttura;
amministrativo;
parrucchiere.

3.2. Assicurazioni.

3.3. Spese generali.

3.4. Materiali di consumo e piccole attrezzature.

4. Costi misti.

4.1. Manutenzione ordinaria.

4.2. Manutenzione straordinaria.

4.3. Ammortamenti.

PARTECIPAZIONE ALLE SPESE.

In base all'analisi della normativa regionale, si può affermare che l'indirizzo prevalente è quello di prevedere l'assunzione da parte dell'utente delle spese alberghiere e sociali, essendo quelle sanitarie a carico dell'USL.

In caso di reddito insufficiente, è previsto l'intervento dei familiari o del Comune di residenza.

In alcuni casi è previsto altresì che la partecipazione dell'utente abbia inizio dopo il secondo mese di permanenza nella RSA se l'assistito proviene da una fase di malattia acuta in ospedale e l'avvio in RSA rappresenta una fase riabilitativa prima del ritorno al domicilio.

Sempre in tema di quota a carico dell'ospite, si fa presente che:

nel caso che l'ospite risulti non autosufficiente e indigente, si può disporre in genere della indennità di accompagnamento prevista per gli invalidi civili. Sarà necessario, peraltro prevedere una via preferenziale per il riconoscimento di invalidità civile per i soggetti non autosufficienti ricoverati presso RSA;

nel caso di paziente con pensione adeguata, si può prevedere l'acquisizione di parte della pensione, ad esempio un importo massimo dell'80 per cento della stessa fino a copertura delle spese, fatta salva la disponibilità di una quota per spese personali (ad es. lire 200.000 mensili);

nel caso che non risultino introiti sufficienti, fermo restando quanto ai punti precedenti, la somma restante sarà a carico dei familiari o dei servizi socio-assistenziali del comune di residenza.

3. LA RESIDENZA ASSISTENZIALE.

La Residenza Assistenziale si pone al di fuori delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Essa si esprime attraverso diverse forme di residenzialità collettiva (case di riposo, case albergo, comunità alloggio, eccetera). È caratterizzata da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta ad anziani autosufficienti non bisognosi di assistenza sanitaria specifica.

Nella residenza assistenziale le prestazioni di medicina generale, attività infermieristiche e riabilitative sono assicurate dai servizi sanitari distrettuali.

I costi dell'ospitalità nella residenza assistenziale non sono a carico del Servizio sanitario nazionale che assicura esclusivamente le prestazioni sanitarie erogate attraverso il distretto.

MINISTERO DELLA SANITÀ

**AGLI ONOREVOLI ASSESSORI ALLA SANITÀ
e p.c. AI COMMISSARI DI GOVERNO**

OGGETTO: LINEE-GUIDA SUGLI ISTITUTI E CENTRI PER IL RECUPERO E LA RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Le allegate linee-guida riguardanti gli Istituti e i Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale seguono a distanza di qualche giorno quelle sugli aspetti organizzativo-gestionali delle Residenze sanitarie assistenziali.

Si è ritenuto opportuno tenere distinti i due documenti per la diversa gamma di prestazioni che caratterizzano queste strutture rispetto alle RSA. Tuttavia, anche in questo caso l'obiettivo è di definire indirizzi in grado di garantire livelli di intervento qualitativamente elevati ed uniformi su tutto il territorio nazionale.

Gli istituti e centri per il recupero e la riabilitazione funzionale sono presidi di esclusiva appartenenza al sistema sanitario extraospedaliero che, distinti in relazione alle diverse menomazioni trattate (minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali e/o plurime; riabilitazione psichica; riabilitazione geriatrica) e alla diversa intensità dei trattamenti erogati, sono specificamente deputati al recupero funzionale tramite prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative che si avvalgono, di norma ed in maniera interdisciplinare, di apporti clinici, psicologici, pedagogici e sociali.

Le linee-guida che seguono, dopo aver precisato gli elementi caratterizzanti i diversi livelli di intervento, contengono una serie di indirizzi che vanno dagli aspetti strutturali generali delle strutture ai problemi della localizzazione, agli aspetti tipologico-edilizi e dimensionali, all'organizzazione degli spazi fino ai requisiti organizzativi, all'organizzazione del personale e alle modalità per la determinazione dei costi.

Le SS.LL. potranno fare riferimento a tali indirizzi per rilanciare i relativi programmi regionali di intervento.

IL MINISTRO

Roma, 5 aprile 1994.

**SERVIZIO CENTRALE
DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

**INDIRIZZI SUGLI ASPETTI ORGANIZZATIVI
E GESTIONALI DEGLI ISTITUTI E CENTRI
PER IL RECUPERO E LA RIABILITAZIONE FUNZIONALE.**

**1. ISTITUTI E CENTRI PER IL RECUPERO E LA RIABILITAZIONE
FUNZIONALE.**

Le variabili identificative.

Le variabili identificative delle strutture di riabilitazione possono essere ricondotte alle seguenti:

- a) erogazione delle prestazioni in regime extraospedaliero;
- b) erogazione di prestazioni riabilitative circoscritta alle fasi post-acute, intensive e non, stabilizzate delle patologie che le rendono necessarie;
- c) la diversa gamma di prestazioni erogabili che rende opportuno distinguere gli istituti, che sono anche residenze sanitarie, dai centri che erogano solo prestazioni semiresidenziali, ambulatoriali, extramurali e/o domiciliari;
- d) le diverse menomazioni di afferenza che distinguono gli istituti ed i centri di riabilitazione a seconda della loro diversa tipologia in: riabilitazione delle minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali e/o plurime; riabilitazione psichiatrica; riabilitazione geriatrica;
- e) la diversa intensità dei trattamenti erogati che distingue:
gli istituti che operano in fase intensiva post-acuta, organizzati in sezioni riabilitative specialistiche: neurologia, ortopedica, neuropsichiatrica infantile, psichiatrica, geriatrica, cardiologica e pneumologia;

gli istituti e/o i centri che operano in fase post-acuta con un elevato grado di tutela sanitaria con tecniche riabilitative finalizzate sia al massimo recupero funzionale che al mantenimento della funzionalità acquisita e per i quali pur non essendo necessaria una organizzazione in sezioni specialistiche occorre praticare l'adozione di standard e rette differenziate a seconda della gravità delle menomazioni e

dell'onerosità dell'intervento riabilitativo richiesto. In tali strutture, la riabilitazione degli assistiti si realizza attraverso un alto livello di tutela sanitaria che concorre alla riabilitazione e al recupero funzionale tramite prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative che si avvalgono, di norma, in maniera interdisciplinare, di apporti clinici, psicologici, pedagogici e sociali.

Le prestazioni di recupero e riabilitazione possono essere erogate, in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

Le prestazioni riabilitative, considerato il loro intrinseco obiettivo di restituire e stabilizzare il più alto livello di autonomia funzionale possibile, nonché di limitare il danno involutivo, risultano particolarmente efficaci nei confronti di soggetti in età evolutiva e giovane-adulta ai quali deve essere altresì assicurato l'accesso alle attività scolastiche e di formazione o riqualificazione professionale come previsto dagli articoli 23 e 29 della legge n. 118 del 1971.

I livelli dell'intervento riabilitativo.

Le attività di riabilitazione possono ricondursi a tre livelli di intervento, che si differenziano per la complessità, la durata e l'ambito sanitario di riferimento delle prestazioni erogate:

Primo livello: le prestazioni erogate hanno finalità prevalentemente di prevenzione dell'aggravamento e possono essere effettuate al domicilio del paziente, in sede ambulatoriale/extramurale dai Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale o, per soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio, nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Secondo livello: le prestazioni erogate fanno riferimento alla fase post-acuta della patologia invalidante e sono finalizzate al massimo recupero funzionale e stabilizzazione del danno. Sono attuate in Istituti e centri specificamente attrezzati per il recupero e la riabilitazione funzionale.

Terzo livello: le prestazioni erogate si riferiscono alla fase acuta e post-acuta di pronto intervento, e devono essere effettuate in strutture ospedaliere che ricomprendono anche la neuroriabilitazione e le Unità spinali dipartimentali unipolari. Per queste ultime si ritiene doveroso prevedere la realizzazione, sul territorio nazionale, di strutture di alta specialità con operatività interregionale.

In termini normativi la funzione riabilitativa di secondo livello rivolta alle minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e/o plurime, dipendenti da qualunque causa, è disciplinata dall'articolo 26 della legge n. 833 del 1978 e successive integrazioni, nonché dal Piano sanitario nazionale 1994-96.

Il presente documento ha per oggetto la definizione degli aspetti organizzativo-gestionali degli Istituti e Centri preposti allo svolgimento delle funzioni riabilitative prevalentemente di secondo livello.

L'intervento riabilitativo effettuabile in queste strutture consiste:

nella tempestiva individuazione delle menomazioni che necessitano di recupero e riabilitazione, nella formulazione del bilancio diagnostico-prognostico corrispondente e nella predisposizione del piano personalizzato d'intervento; nel recupero funzionale dei soggetti affetti da patologie in fase post-acuta che, in diversa intensità e forma, interessano i settori motorio, sensoriale, psichico, psichiatrico, cardiovascolare e pneumologico;

nella riabilitazione e recupero funzionale, attraverso interventi pluridisciplinari di natura medica, psicologica, pedagogica e sociale, per l'abilitazione o la reintegrazione globale dell'autonomia, dei soggetti in età evolutiva e giovane adulta, con minorazioni anche permanenti, di tipo neuromotorio, psichico, sensoriale o plurimo, derivanti da qualunque causa;

nella riabilitazione e recupero funzionale di soggetti adulti e in età geriatrica per limitare gli effetti invalidanti della patologia, anche di tipo psichiatrico, e contrastarne i processi ulteriormente involutivi.

L'attività riabilitativa, ove necessario, deve essere integrata con forme di assistenza suppletiva, quali la fornitura di presidi protesici, sostitutivi della funzione persa o compromessa e di adeguati ausili e/o ortesi che facilitano la funzione motoria e sensoriale e coadiuvano lo sviluppo cognitivo dei soggetti con handicap psichico.

2. LOCALIZZAZIONE.

Le strutture per il recupero e la riabilitazione funzionale andranno localizzate preferibilmente in zone già urbanizzate, integrate con il contesto preesistente, e/o ben collegate mediante mezzi pubblici di trasporto a centri urbani, ciò al fine di evitare ogni forma di isolamento, difficoltà di incontro con le famiglie e l'allontanamento dall'ambito sociale di appartenenza. Andranno inoltre previsti gli accorgimenti atti a favorire l'accessibilità alla struttura dall'esterno.

3. ASPETTI TIPOLOGICO-EDILIZI E DIMENSIONALI.

Organizzazione per nuclei (per gli istituti).

La struttura edilizia degli istituti per il recupero e la riabilitazione funzionale deve avere caratteristiche (organizzativo-funzionali, spaziali, di configurazione morfologica) tendenzialmente assimilabili ad una unica matrice, di tipo residenziale, rimandando alla propria capacità ricettiva, alle diverse modalità di assistenza ed organizzazione interna ed alla stessa tipologia degli assistiti, la sua oggettiva e dovuta differenziazione.

L'indirizzo prevalente è quello di articolare tali strutture per nuclei o moduli base — anche se di differente capacità ricettiva — diversamente aggregabili fra loro, in modo da adeguarsi alle diverse esigenze determinate dalla differente e/o mutata composizione degli assi-

stati e garantire, inoltre, una discreta flessibilità nell'aggregazione degli spazi e negli aspetti organizzativo-gestionali.

Le dimensioni ottimali dei nuclei o moduli base variano da un minimo di 10 ad un massimo di 20 posti letto per nucleo. Le dimensioni complessive della struttura residenziale dovrebbero conseguentemente variare da un minimo di 20 ad un massimo di 120 posti letto.

Standard dimensionali.

Gli standard dimensionali, riferiti alle strutture che svolgono attività in regime residenziale, sono parametrati rispetto alla superficie utile funzionale per assistito. In particolare, vengono date le seguenti indicazioni:

per l'intera struttura: mq. 40-45 per assistito;

per camere, valori minimi, bagno escluso:

mq. 12 (per una persona);

mq. 18 (per 2 persone);

mq. 26 (per 3 persone);

mq. 32 (per 4 persone).

Se per esigenze assistenziali è opportuna la presenza di un accompagnatore, le camere debbono essere adeguatamente predisposte.

Nelle camere deve essere garantito l'accesso ed il movimento di barelle e sedie a ruote.

Per il servizio igienico mq 4 (ogni 2 camere e/o ogni 4 ospiti). I servizi igienici degli assistiti devono essere conformi ai requisiti della normativa sulle barriere architettoniche.

4. ORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI.

4.1. *Istituti e centri per il recupero e la riabilitazione funzionale.*

Ambienti comuni a tutte le strutture:

locali di attesa;

ambulatori (visite specialistiche/valutazioni diagnostico-prognostiche e di verifica attinenti le patologie trattate);

spazio registrazione/segreteria/archivio;

servizi igienici pazienti;

servizi igienici personale.

4.2. *Ambienti specifici, attrezzati a seconda del tipo di riabilitazione svolta, articolati in locali e/o spazi per:*

chinesiterapia e terapia fisica;

idrochinesiterapia;

psicomotricità;

rieducazione logopedica, audiofonologica e neurolinguistica;

rieducazione neurologica e neuropsicologica;

terapia occupazionale ed ergoterapia;
rieducazione neurovisiva e ortottica;
psicoterapia;
rieducazione cardiorespiratoria;
rieducazione urologica;
orientamento psico-pedagogico;
intervento sociale;
prescrizione, collaudo e addestramento all'uso di ortesi, protesi e ausili.

4.3. *Ambienti specifici* per strutture che erogano prestazioni a carattere semiresidenziale (in aggiunta a quelli indicati ai punti 4.1 e 4.2):

spazio soggiorno e tempo libero;
sala pranzo;
spazio attività didattica/qualificazione e riqualificazione professionale;
cucinetta;
bagno assistito;
locale infermeria;
spazio guardaroba;
spogliatoi personale;
deposito sporco;
deposito pulito;
deposito attrezzature.

4.4. *Ambienti specifici* per le strutture che erogano prestazioni a carattere residenziale (in aggiunta a quelli indicati ai punti 4.1, 4.2 e 4.3):

camere da 1, 2, 3, 4 letti con servizi igienici, massimo 6 letti per soggetti in età evolutiva;
bagno assistito (1 ogni modulo-base);
locali per il servizio religioso;
cucina, dispensa e locali accessori;
lavanderia e stireria;
spazi guardaroba;
mensa personale.

La dotazione e la dimensione degli spazi deve essere proporzionata alla ricettività complessiva dell'istituto, articolata in unità o moduli di degenza (minimo 10 posti letto, massimo 20 posti letto).

Nel caso di gestione affidata all'esterno di alcuni servizi generali (cucina, lavanderia, mensa, pulizia) la dotazione degli specifici ambienti può essere ridimensionata. Devono comunque essere assicurati:

la funzione di disinfezione (effetti personali e lettereschi), anche tramite gestione affidata all'esterno;

il Servizio farmaceutico (relativamente alla tipologia e alla dimensione complessiva della struttura), anche attraverso la dotazione minima di appositi armadi/farmaci.

5. REQUISITI ORGANIZZATIVI.

5.1. *Amministrazione e gestione.*

La gestione di strutture riabilitative caratterizzate da differenti connotazioni sul piano organizzativo-funzionale può essere riferita ad una istituzione che ne assuma complessivamente la responsabilità sul piano amministrativo ed istituzionale. Uno stesso ente può, pertanto, gestire strutture con degenze in regime residenziale, centri che erogano trattamenti in regime semiresidenziale, centri per trattamenti ambulatoriali, domiciliari ed extramurali. L'Ente gestore di più strutture collegate tra loro, che si configurino come rete di servizi integrata a livello regionale può riferirsi per la determinazione del fabbisogno complessivo di risorse umane ad un unico standard correlato con le differenti tipologie di trattamento praticato. La dotazione di personale dovrà comunque assicurare i minuti di assistenza settimanali definiti per ogni singolo trattamento al successivo punto 7.

5.2. *Prestazioni.*

Gli istituti e i centri erogano prestazioni che richiedono, per la loro specificità e/o onerosità riabilitativa; la presa in carico globale del soggetto. L'équipe specialistica multidisciplinare, in relazione alla specificità della minorazione, garantisce i necessari approfondimenti diagnostici, la personalizzazione dell'intervento riabilitativo, ne definisce i tempi di attuazione e le modalità di verifica e di validazione dello stesso.

5.3. *Adempimenti obbligatori.*

Gli istituti e i centri di riabilitazione sono tenuti ad erogare, di norma, con interventi pluridisciplinari, prestazioni finalizzate sia al massimo recupero funzionale che alla stabilizzazione del danno minorativo. Se le prestazioni sono rivolte a soggetti in età evolutiva o giovane-adulta devono essere integrate da adeguati interventi pedagogico-didattici e di formazione e/o riqualificazione professionale, come previsto dalla legge n. 118 del 1971 e dalla legge n. 845 del 1978. Gli istituti e i centri di riabilitazione sono tenuti, per ogni forma di trattamento erogato a:

compilare e conservare la cartella clinica da cui risultino:

le generalità dell'assistito;

la diagnosi;

l'anamnesi personale e familiare;

l'esame obiettivo;

gli eventuali esami strumentali e di laboratorio;

il piano personalizzato di intervento;
gli esiti ed i postumi;
esibire, a richiesta degli organi incaricati della vigilanza, le cartelle cliniche;
prevedere apposite procedure per la tutela del diritto alla riservatezza delle informazioni contenute nella cartella clinica;
trasmettere le informazioni epidemiologiche richieste dalla Regione o dalla USL competente.

5.4. *Orario di funzionamento.*

Gli istituti e i centri per il recupero e la riabilitazione funzionale sono tenuti, di norma, ad operare con il seguente orario di funzionamento:

nel trattamento in regime residenziale la struttura funziona 24 ore su 24 per 7 giorni settimanali;

nel trattamento in regime semiresidenziale gli assistiti sono accolti per un tempo non inferiore a 6 ore giornaliere per 6 giorni la settimana; nel trattamento ambulatoriale, l'orario giornaliero di funzionamento è di 7 ore giornaliere per 5 giorni la settimana.

5.5. *Garanzie.*

Agli assistiti deve essere assicurato:

l'accesso all'istruzione scolastica, ai sensi dell'articolo 29 della legge n. 118 del 1971;

l'orientamento, la qualificazione e riqualificazione professionale ai sensi degli articoli 3 m, 4 d, 8 h della legge n. 845 del 1978;

il trasporto dal domicilio alle strutture, a carico degli enti Locali di competenza, secondo le normative regionali;

l'adozione delle provvidenze previste dalla legge n. 104 del 1992.

6. *L'ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE.*

Per ogni struttura devono essere individuati standard assistenziali di personale del ruolo sanitario, tecnico ed amministrativo, in numero e ore di presenza adeguato alla tipologia della struttura e degli assistiti. La dotazione di personale deve prevedere:

un direttore medico responsabile per le funzioni cliniche ed igienico-organizzative e un operatore professionale dirigente di area riabilitativa con compiti di coordinamento funzionale del servizio riabilitativo;

medici, tecnici laureati, operatori di riabilitazione, di assistenza sanitaria e/o figure equivalenti, amministrativi e addetti ai servizi generali.

Alcune funzioni amministrative e dei servizi generali possono essere affidate in gestione all'esterno.

7. DETERMINAZIONE DEI COSTI.

Vengono riportati gli elementi metodologici per una ipotesi di calcolo per la determinazione dei costi di gestione. Tali elementi valgono sia nel caso di istituti a gestione diretta sia nel caso di istituti privati in convenzione e, per quanto compatibili, per i centri che erogano prestazioni a carattere semiresidenziale. Da un punto di vista funzionale si possono riconoscere quattro macrolivelli di costi e più precisamente:

costi edilizi (investimento e manutenzione edilizia, impiantistica e tecnologica);

costi alberghieri e generali;

costi assistenza sanitaria;

costi assistenza sociale a rilievo sanitario.

Le voci da prendere in considerazione per ogni funzione sono le seguenti:

7.1. *Costi edilizi (investimenti e manutenzione):*

ammortamento dei costi di investimento (in caso di istituti in rapporto di convenzione);

manutenzione ordinaria (edilizia o impiantistica);

manutenzione tecnologica;

manutenzione straordinaria (in caso di gestione diretta).

7.2. *Costi alberghieri e generali.*

Funzioni alberghiere: ristorazione/preparazione pasti; lavanderia e guardaroba; pulizia ambienti.

Funzioni di amministrazione e direzione: attività di coordinamento; attività di amministrazione/gestione; valutazione qualità dell'assistenza; spese generali.

7.3. *Costi di assistenza sanitaria.*

Funzioni Sanitarie: assistenza infermieristica; assistenza medica; assistenza riabilitativa; assistenza e consulenza specialistica (fisiatrica, geriatrica, psichiatrica, eccetera), assistenza psicologica.

7.4. *Costi di assistenza sociale a rilievo sanitario.*

Funzioni Assistenziali: igiene personale e necessità fisiologiche; aiuto svolgimento attività quotidiane, compreso consumo cibi; cura della persona e del suo aspetto, in relazione al grado di autonomia dei soggetti assistiti.

7.5. *Costi di assistenza sociale.*

Funzioni di animazione e socializzazione: attività ricreativa/culturale e creativa; attività motoria.

Funzioni di attività didattica/qualificazione e riqualificazione professionale.

7.6. *Determinazione del fabbisogno di risorse umane.*

Il fabbisogno di risorse umane scaturisce dal tipo di struttura considerata (istituto o centro semiresidenziale) e dalle funzioni esplicate in relazione alle diverse « condizioni » degli ospiti e dei relativi specifici fabbisogni assistenziali. Di conseguenza dovrà essere determinato in relazione:

- alla tipologia della struttura;
- alla gamma delle prestazioni erogate;
- alla tipologia delle minorazioni trattate e tempi necessari per l'efficacia dell'intervento di riabilitazione e recupero funzionale;
- all'età e alla onerosità riabilitativa degli assistiti.

Per le diverse tipologie di trattamento si dovrà procedere a:

descrivere con sufficiente dettaglio quali siano nell'ambito di una giornata/tipo di lavoro i momenti assistenziali ricorrenti e/o straordinari che scandiscono il rapporto tra operatore e paziente, nonché quali siano gli adempimenti non direttamente assistenziali (di natura individuale e/o collettiva) che gli operatori debbono garantire;

stimare la quantità di tempo/lavoro necessario per ogni figura professionale della struttura.

Questa impostazione consente di non fare una mera operazione contabile, finalizzata solo al contenimento dei costi, ma anche a garantire la quantità e qualità dell'assistenza necessaria. Per raggiungere questo risultato occorre dotarsi di un apposito strumento finalizzato a correlare le diverse variabili che debbono essere fatte interagire nel lavoro di descrizione/analisi/valutazione. È opportuno quindi impostare uno schema a « matrice » per porre in evidenza le diverse attività delle figure professionali nel loro rapporto con il paziente.

Una volta individuati i tempi di assistenza in relazione alla gravità delle patologie trattate, si possono ricavare i reali fabbisogni di personale in termini di unità di addetti, tenendo, peraltro, ben presente che nell'analisi vanno considerate attentamente le diverse variabili connesse a:

- il *lay-out* degli spazi;
- la qualità ed il tipo di strumenti operativi (tecnologie di supporto complessivamente a disposizione per l'esercizio delle varie funzioni);
- le dimensioni della struttura con riferimento al numero dei pazienti assistiti;
- le caratteristiche strutturali e organizzative;
- il mix di ospiti che si prevede di assistere;
- l'organizzazione del lavoro;
- il tipo di gestione dei servizi (diretta, in appalto, ecetera);
- il tipo di contratto per le diverse figure di personale;

il rapporto percentuale tra orario lavorativo e tempo effettivo di contatto con il paziente per figura professionale.

Da questa impostazione è possibile ricavare sia le esigenze qualitative di personale per soddisfare i fabbisogni di assistenza sanitaria e non, sia le relative necessità di beni strumentali.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

DOCUMENTO
SANITÀ 5

MOJ UC

Roma, 18 SET. 1995

Ministero della Sanità
Centro Studi

CS/10/AG/1/1040

L. 1

Richiesta al Topico del

L. 2

Alla Presidenza del Consiglio

Ufficio Tematiche Familiari e
Sociali
Servizio Anziani
Via Veneto 56
00187 - ROMAe p.c. All'Ufficio di Gabinetto
SEDE

OGGETTO:

Relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano - Biennio 1994/95. Raccolta dati e
informazioni.

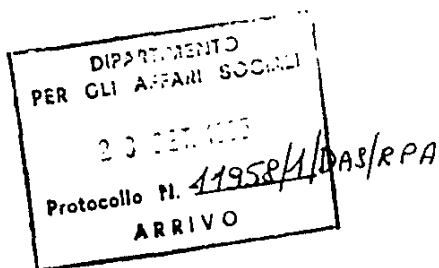
In relazione alla nota n. DAS/7246/1/DAS/RPA del
13/6/95 con la quale codesta Presidenza ha chiesto di
conoscere ogni elemento utile ai fini della predisposizione
della Relazione in oggetto, si comunica quanto segue:

- è stata istituita nel 1995 presso questo Centro Studi
una Commissione "Anziani", la quale, peraltro, allo stato non
ha prodotto documenti;

- è in corso di stampa a cura di questo Centro Studi un
volume sugli Atti dei lavori di un "Gruppo di lavoro Anziani"
- istituito dal soppresso Consiglio Sanitario Nazionale -
riguardante il periodo 1991-93, volume che appena disponibile
sarà inviato a codesta Presidenza.

IL DIRETTORE

Amoroso G.

BG/ss
c:relpar

20 SET 1995

RELAZIONI DELLE REGIONI

REGIONE ABRUZZO

La regione Abruzzo è fra le regioni italiane a più alta senilizzazione.

Nelle sue quattro province, su una popolazione complessiva residente al 1° gennaio 1993 di n. 1.255.549 abitanti, il 17,35 per cento è compresa nella fascia di età da 65 anni in poi, pari a n. 217.808 unità.

La popolazione ultrasessantacinquenne è di 127.373 unità, pari al 10,14 per cento della popolazione totale mentre la fascia da 75 anni e più registra n. 90.435 unità, pari al 7,21 per cento della popolazione complessiva.

Nel periodo 1982-1993 la popolazione della fascia da 65 anni e più ha registrato un incremento di 36.101 unità, pari al 2,4 per cento e la popolazione ultrasessantacinquenne un incremento di 27.682 unità, pari al 3 per cento.

Un'analisi della situazione demografica delle unità sanitarie locali regionali evidenzia, per quanto riguarda la distribuzione territoriale della popolazione anziana, che in Abruzzo permane un grande squilibrio.

Il processo di abbandono da parte dei giovani delle zone montane (pur attenuandosi) e la minore forza di attrazione dei grossi centri urbani hanno designato uno scenario caratterizzato da zone montane e centri paesani profondamente invecchiati, contrapposti ad aree di pianura ed a centri costieri di media aggregazione notevolmente più giovani.

Infatti la percentuale maggiore di anziani, pari al 19 per cento, si osserva nei territori di Castel di Sangro, Popoli e Sulmona appartenenti alle aree geografiche montane e submontane, mentre il 14,1 per cento degli ultrasessantacinquenni appartiene alla unità sanitaria locale di Pescara, il 14,5 per cento alle aree costiere di Giulianova e Atri ed il 15 per cento a quelle di Chieti e Vasto.

Con tassi di migrazione costanti nel tempo, si prevede che la percentuale di anziani in Abruzzo aumenterà considerevolmente nel prossimo futuro, avvicinandoci al 18 per cento nel 2000.

Aumenteranno in particolare gli ultrasessantacinquenni, che rappresentano la fascia di età a rischio maggiore di disabilità e precarietà dello stato di salute e che quindi comporteranno una maggiore domanda di assistenza.

Gli ultrasessantacinquenni saliranno al 7,6 per cento nel 2000.

A condizionare l'offerta di beni e di servizi vi è anche la progressiva coartazione delle dimensioni medie del nucleo familiare.

La percentuale di famiglie monopersonali costituite da un ultrasessantacinquenne è infatti passata dal 6,9 per cento del 1987 al 7,9 per cento del 1992 per raggiungere l'8 per cento nel 1997.

Aumentando il numero degli anziani che vivono da soli, e che quindi possono trovarsi in situazioni di emergenza o avere difficoltà a raggiungere i servizi socio-sanitari, i mezzi di trasporto o le strutture commerciali, aumenteranno considerevolmente le situazioni di bisogno alle quali si dovrà rispondere con soluzioni assistenziali opportune e specifiche.

Quanto sopra porta necessariamente a pensare ad una diversa organizzazione della società abruzzese.

Occorre riprogrammare le politiche di organizzazione dei rapporti ed adottare una diversa progettualità del sistema complessivo delle risorse pubbliche e private.

Non è più pensabile, cioè, poter affrontare il problema dell'anziano in stato di bisogno, autosufficiente e non, con il ricovero presso una struttura, sia essa sanitaria, o socio-assistenziale.

In regione Abruzzo la prima legge a favore della popolazione anziana è datata 16 settembre 1982, n. 75.

Con essa vengono erogate, annualmente, a favore dei 305 comuni della regione, fondi per interventi diretti alla realizzazione ed il potenziamento dei servizi socio-assistenziali articolati in:

- 1) *servizi aperti:*
 - a) assistenza economica;
 - b) assistenza domiciliare;
 - c) assistenza alla vita di relazione;
 - d) centro diurno;
- 2) *servizi residenziali:*
 - a) assistenza abitativa;
 - b) soggiorno di vacanza e cura;
 - c) comunità alloggio;
 - d) casa di riposo.

L'esiguità dei finanziamenti regionali e le scarse risorse proprie dei comuni consentono agli stessi, prevalentemente, interventi di assistenza economica ed alla vita di relazione e per soggiorno di vacanza e cura.

A seguito della legge regionale 7 settembre 1993, n. 48, modificata dalla legge regionale n. 94 del 1989, recante « interventi promozionali alternativi al ricovero in favore delle persone anziane a rischio », nel corso degli anni 1994 e 1995 n. 69 comuni, così ripartiti:

- n. 31 comuni della provincia di CHIETI;
- n. 25 comuni della provincia de L'AQUILA;
- n. 9 comuni della provincia di PESCARA;
- n. 4 comuni della provincia di TERAMO.

Sono stati ammessi al finanziamento di progetti-obiettivo, di durata triennale, (1994-1996) diretti ad offrire alle persone anziane a rischio una autonoma vita domiciliare, attraverso:

a) un'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 rompere l'eventuale emarginazione sociale;

b) la 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 propulsione di iniziative rivolte agli anziani, centri di consulenza.

Gli importi erogati, attinenti al primo anno di intervento ammontano a circa lire 7.500.000.000.

Nel corso dell'anno 1994 la regione Abruzzo, in attuazione della propria legge 10 settembre 1993, n. 54, ha assegnato a favore delle Case di Riposo pubbliche - gestite da IPAB, comune e province - finanziamenti sia in conto capitale che in spesa corrente, in rapporto al numero degli ospiti presenti negli Istituti alla data dell'entrata in vigore della legge stessa, per complessive lire 3.550.000.000, per opere di manutenzione straordinaria, acquisto arredi e potenziamento dei servizi socio-assistenziali pubblici di tipo residenziale.

Analogo intervento per complessive lire 2.500.000.000 è stato previsto dalla legge regionale 29 maggio 1995, n. 18, in corso di attuazione.

Si aggiunge che nell'ambito degli indirizzi di organizzazione del nuovo sistema sanitario, previsti nel Piano sanitario regionale 1994-1996, approvato con legge regionale 25 ottobre 1994, n. 72, la domanda di residenze sanitarie assistenziali (RSA) viene stimato nel 4-5 per cento degli ultrasessantacinquenni residenti, per cui può essere calcolato un fabbisogno di posti-letto in strutture residenziali sanitarie comprese tra 8046 e 10060 (n. 1729-2224 nella provincia di Pescara, n. 2604-2580 nella provincia di L'Aquila, n. 1689-2112 nella Provincia di Teramo, n. 2514-3143 nella provincia di Chieti).

L'istituzione di RSA è prevista nelle località segnate nelle tabelle allegate al Piano stesso, da realizzare o completare con i contributi di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per il triennio 1994-1996, con l'indicazione tendenziale di sviluppo nell'arco dei successivi trienni.

In sintesi sono previsti RSA:

nella provincia di Chieti n. 380 posti letto per anziani;

nella provincia de L'Aquila n. 476 posti letto di cui 176 per disabili e 300 per anziani;

nella provincia di Pescara n. 312 posti letto di cui 100 per disabili e 212 per anziani;

nella provincia di Teramo n. 346 posti letto per anziani.

Totale n. 1514.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Dei predetti 1514 posti letto solo n. 598 sono da realizzare nel triennio di riferimento del Piano Sanitario.

La regione Abruzzo, inoltre, con deliberazione del consiglio regionale n. 88/8 del 23 dicembre 1993 ha approvato l'attuazione, in via sperimentale, di un progetto obiettivo che prevede due moduli di RSA pubbliche nei comuni di Pescara (Aq) e Città S. Angelo (Pe) di n. 20 posti letto ciascuna — da servire da modello per l'attivazione di strutture analoghe pubbliche e/o private in tutto il territorio regionale — e di quattro moduli di Assistenza domiciliare integrata (ADI) da realizzare dalle unità sanitarie locali di:

PESCARA per	n. 142 anziani
AVEZZANO (Pescina) per	n. 32 anziani
CHIETI per	n. 60 anziani
TERAMO per	n. 40 anziani
Totale . . .	n. 274 anziani

Alle predette unità sanitarie locali sono stati assegnati i seguenti fondi CIPE di cui alla seduta del 31 gennaio 1992, per complessive lire 5.152.000.000, così ripartite:

USL	RSA	ADI	Form. Profess.le
PESCARA			
(x RSA in Città S. Angelo	870.500.000	1.646.000.000	-
AVEZZANO			
(x RSA in Pescina)	870.500.000	371.000.000	-
TERAMO	-	464.000.000	-
CHIETI	-	695.000.000	235.000.000
Totale . . .	1.741.000.000	3.176.000.000	235.000.000

la localizzazione dei due moduli sperimentali di RSA è scaturita dalla valutazione di due realtà in cui esistono strutture in fase di parziale disattivazione quale assistenza ospedaliera per acuti e rapidamente riconvertibili in RSA e strutture lungodegenti-riabilitative, in una delle quali (Città S. Angelo) esiste il reparto di geriatria, mentre nella seconda (Pescina) la istituenda UVG (unità di valutazione geriatrica) assumerà la funzione di Unità operativa geriatrica, intesa come gruppo multidisciplinare che si occuperà non solo della valutazione multidimensionale dell'anziano ma effettuerà anche attività di intervento presso pazienti ricoverati nelle altre divisioni ospedaliere.

La clinica geriatrica dell'Università di Chieti coordinerà RSA e ADI dal punto di vista tecnico scientifico e verificherà l'osservanza degli standards organizzativi e gestionali.

La costituzione del previsto gruppo tecnico di « vigilanza e controllo » è in fase di formazione nei termini concordati con le Organizzazioni sindacali Pensionati regionali.

L'integrazione tra i servizi sociali e l'assistenza sanitaria avverrà con protocolli d'intesa tra comuni ed unità sanitarie locali.

Per quanto attiene la formazione professionale, in questa fase sperimentale in cui manca nel personale stesso una specifica specializzazione geriatrica, per la composizione della UVG, le stesse si avvarranno dei corsi di formazione professionale della Università di Chieti nella fase iniziale e delle Università abruzzesi a regime.

Il consiglio regionale, infine, ha licenziato la legge quadro sul volontariato del 12 agosto 1993, n. 37 e la legge regionale 8 novembre 1994, n. 85, recante norme per la promozione e lo sviluppo della « Cooperazione Sociale », consolidando, così, un diverso approccio con il mondo del Privato Sociale, valorizzando i soggetti senza distinzione tra Pubblico e Privato, che avrebbero potuto concorrere alla creazione ed al funzionamento di un servizio realmente rispondente al bisogno dell'anziano.

L'essere operanti in questo momento tutti i provvedimenti sopra enunciati, l'assistenza dei riferimenti legislativi nazionali attestanti la divisione delle competenze del Sanitario e del Sociale — rafforzata dalla legge n. 142 del 1990, che ha avuto ulteriore specificazione nel decreto-legge n. 502 del 1992 e successive modificazioni, ricordando che la gestione sociale spetta ai comuni soprattutto in relazione alla spesa — fanno derivare il convincimento della necessità di predisporre un piano socio-assistenziale nell'area degli interventi per gli anziani.

Occorre, cioè, fornire orientamenti programmatici anche in materia di interventi e Servizi socio-assistenziali, sviluppando un coordinamento tra le attività e gli interventi previsti dai provvedimenti sopra richiamati.

Si rende necessario, in altre parole, fornire un quadro il più possibile unitario degli interventi a favore degli anziani, sia sanitari che sociali, per un utilizzo coerente ed efficace delle risorse da mettere in campo, evitando separatezze e discrasie nelle varie aree di diversa pertinenza programmatica. Per tale ragione il componente la giunta regionale preposto alle Politiche Sociali e della Famiglia sta predisponendo tutti gli atti necessari diretti ad acquisire, attraverso una puntuale indagine conoscitiva sul territorio, con il coinvolgimento degli Enti locali, delle Associazioni di volontariato e delle organizzazioni sindacali, tutti gli elementi, dati e notizie per approntare lo strumento normativo per il riordino della materia sociale e per la elaborazione, nel corso del 1996, del primo piano socio-assistenziale della regione Abruzzo.

IL COMPONENTE LA GIUNTA REGIONALE PREPOSTO
ALLE POLITICHE SOCIALI E DELLA FAMIGLIA
(Dott.ssa Tiziana Arista)

REGIONE BASILICATA

In riferimento alla nota di codesto Dipartimento DAS/7246/1/DAS/RPA del 13 giugno 1995 si comunica che questo Dipartimento ha tenuto una serie di incontri con le aziende sanitarie ed i comuni, gestori dei servizi socio-assistenziali, al fine di individuare nuove strategie tese a dar vita ad un'azione coordinata degli interventi in merito alle iniziative intraprese in favore della popolazione anziana.

Dai suddetti incontri è risultato che sono state intraprese iniziative verso la popolazione anziana e sono stati attivati servizi che concorrono all'emarginazione, la solitudine e nello stesso tempo concorrono a conservare la creatività, l'operosità e le relazioni sociali.

L'obiettivo fondamentale perseguito dalle politiche sociali locali di tutela della terza età è di garantire all'anziano la possibilità di vivere nel proprio ambiente il più a lungo possibile assicurando oltre all'assistenza materiale, quel conforto e quel capitale morale che è la dignità. Si cerca, pertanto, di ricorrere ai ricoveri nelle case di riposo solo in ultima istanza.

Le idee guida della prevenzione e della lotta alla emarginazione hanno trovato nell'assistenza domiciliare una sperimentazione concreta.

Questo servizio con l'aiuto domestico, la mensa, la lavanderia, l'infermeria permette agli anziani, con discreti livelli di autosufficienza, di rimanere a vivere nella propria casa e nel proprio contesto sociale.

A tal fine sono state stipulate convenzioni con cooperative sociali operanti sul territorio che attuano una rete articolata di servizi quali: cura della persona e della casa, segretariato sociale, pasto a domicilio.

Nei comuni ove non sono presenti dette cooperative di servizi e né associazioni di volontariato, si utilizzano le risorse familiari e la rete di vicinato garantendo, mediante l'erogazione di un contributo sulla spesa sostenuta, l'assistenza all'anziano nelle sue varie forme.

Inoltre, sempre al fine di prevenire l'emarginazione, la solitudine, l'inazione delle persone anziane vengono sempre più sviluppati servizi ed interventi che concorrono a conservare la creatività, l'operosità, le relazioni sociali.

Tali servizi sono i Centri diurni che rispondono al bisogno di informazione, di cultura, di vita di relazione, il turismo sociale quale i soggiorni di vacanza in località marine o termali.

Alcune aziende sanitarie e comuni, tenendo conto del progressivo aumento della popolazione anziana rispetto a quella giovane e soprat-

tutto tenendo conto della crescita di bisogni legati a condizioni di non autosufficienza, hanno approvato una progetto zonale volto alla organizzazione di un servizio di assistenza domiciliare integrata.

Tale servizio è finalizzato a soddisfare le esigenze di soggetti anziani di età superiore a 75 anni ed aventi necessità di un'assistenza continuativa. Le prestazioni sia mediche, che infermieristiche, che riabilitative, che socio-assistenziali, sono rese al domicilio dell'anziano nel rispetto degli standards minimi di prestazioni, in forma integrata e secondo piani individuali programmati e definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso.

Per l'attivazione degli interventi sopra citati sono state stipulate convenzioni con cooperative di servizi e sono stati presi contatti con le associazioni di volontariato.

La regione Basilicata, ai sensi dell'articolo 61 della delibera del Consiglio regionale n. 443 del 1983, ha concesso, per gli interventi socio-assistenziali a favore degli anziani, lire 400.000.000 per l'anno 1993 e lire 550.000.000 per il 1994, come contributi straordinari.

Nell'assegnazione dei fondi alle aziende sanitarie ed ai comuni per la gestione dei servizi socio-assistenziali ha assicurato il rispetto del dispositivo di cui all'articolo 7 della legge regionale n. 5 del 1988 richiamato dall'articolo 13 della legge n. 8 del 1994 che prevede che non meno del 35 per cento dello stanziamento socio-assistenziale venga utilizzato per interventi in favore degli anziani.

La regione Basilicata ha, inoltre, assegnato e parzialmente erogato alle proprie aziende sanitarie un finanziamento di lire 3.000.000.000 per l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata di cui al progetto « Tutela della salute degli anziani 1991-1995 » approvato dal Parlamento il 30 gennaio 1992.

È tuttora allo studio l'elaborazione di strategie coordinate tra gli Enti interessati alle problematiche socio-assistenziali per l'attuazione di iniziative utili a garantire migliori condizioni in favore delle persone anziane.

L'ASSESSORE
Arch. Filippo BUBBICO

REGIONE CALABRIA

Regione Calabria

PRESIDENZA

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI

2 SET. 1995

Protocollo N. 42746/4045

ARRIVO RPA

20 SET. 1995

Prot. N. 11056

Riscontro alla nota del _____

N. _____ Dte. _____

Allegati N. _____

ALLA PRESIDENZA
Del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per gli Affari So-
ciali - Ufficio Tematiche Fami-
liari e Sociali
Servizio Anziani

OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla
condizione dell'anziano- biennio 1994-
95. Raccolta dati ed informazioni.

R O M A

Gli interventi di assistenza agli anziani, come negli anni decor-
si, sono finalizzati alla concessione di contributi ai Comuni per il
funzionamento di Centri di Aggregazione Sociale e di Servizi di Assi-
stenza Domiciliare gestiti direttamente dai Comuni medesimi o da ter-
zi in convenzione.

Tale tipo di intervento è finalizzato alla creazione di forme di as-
sistenza alternative all'istituzionalizzazione, che spesso causa momen-
ti di solitudine.

In termini economici l'intervento necessita di risorse finanziarie
pari a £. 3 miliardi circa.

I servizi di cui trattasi costituiscono uno dei presupposti - nell'ar-
bitrio del territorio - per l'esplicarsi di una politica sociale tenden-
te a favorire la permanenza dell'utente nell'abituale ambiente di vi-
ta prevenendo momenti di difficoltà e di emarginazione.

Peraltro, l'assoluta inadeguatezza del fondo socio-assistenziale re-
gionale non consente un intervento finanziario che possa consentire l'in-
cremento dei servizi e delle prestazioni già esistenti e crearne altri
nelle zone carenti.

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

Per il mantenimento di anziani in strutture residenziali, la Regio-
ne eroga finanziamenti, sotto forma di pagamento di rette, per un im-
porto annuo di £. 8 miliardi circa.

IL DIRIGENTE SUPERIORE
Dr. ANGELO SOTO

L'ASSESSORE
(G. TORCHIA)

IL PRESIDENTE
(Prof. Giuseppe Nisticò)

0 20/7 1995

REGIONE CAMPANIA



Giunta Regionale della Campania

Ass. Generale di Coordinamento

Assistenza Sanitaria

Servizi Interventi a Favore di Fisco Socio-Sanitario Partecipazione D.L. 11/6

19011. 333

Via S. Lucia 81 - 80132 Napoli

Prot. n. 3144

San Sa

Ref. nota n. del

Area 20 - Settore 03

Oggetto: incontro nota n. DAS/7246/1/DAS/RPA del 13/6/95.

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari Sociali - Servizio Anziani-Palazzo Chigi-00100 ROMA

In riferimento alla nota riportata a margine si comunica quanto segue.

Questo Assessorato, sulla base della normativa vigente in materia e delle indicazioni contenute nel "Progetto Obiettivo anziani", ha avviato nel tempo presso le ex UU.SS.LL. la assistenza territoriale agli anziani, in collaborazione anche con l'Assessorato Regionale Assistenza e Servizi Sociali.

Allo stato le AA.SS.LL., sulla base del censimento già effettuato dalle Unità di Valutazione Geriatriche esistenti, stanno provvedendo allo avvio dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Risultano in corso inoltre, da parte delle stesse, proposte di programmazione delle Residenze Sanitarie Assistite.

Si fa riserva di ulteriore notizie.

L'Assessore alla Sanità Prof. Raffaele Calabrò

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI
Protocolla n. 14268/H/DAS/RPA
ARRIVO



Giunta Regionale della Campania
Assessorato Assistenza Sociale
Assessorato Servizi Sociali - Sport - Tempo libero - Spettacolo
Assessorato Assistenza Sociale
Programmazione e Vigilanza sui servizi sociali

Spese di 13.011.1995
Via Don Bosco, 56 - 80141 NAPOLI
Tel. 44.82.42

Prot. n. 9325
Ufficio
Prof. n. 11466/170.A.S./RPA

Alla Presidenza del Consiglio
dei Ministri - Dipartimento
Affari Sociali - Ufficio
Tematiche Familiari e Sociali
Via Veneto, 56
ROMA

e p.c.

Objetto Relazione al parlamento sulla
condizione dell'anziano biennio
1994/95. Raccolta dati ed informa-
zioni.

Al Dirigente del Settore
Affari Generali della
Presidenza e Collegamento
con gli Assessori
Sede

In risposta alla nota in riferimento concernente
l'oggetto, si invia in allegato copia della relazione in ordine
alle problematiche relative agli anziani.

IL DIRIGENTE
Dr. Antonio MASSIMO

RP/me

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
16 OTT. 1995
Protocollo N. 13492/11
ARRIVO

AS/RPA

REGIONE CAMPANIA ASSISTENZA ANZIANI

La regione Campania con la legge regionale n. 21 del 1989 ha inteso dare una risposta più incisiva rispetto alle nuove esigenze degli anziani connesse alle mutate realtà socio-ambientali e al progressivo invecchiamento delle popolazioni.

Al fine di favorire l'attuazione di un integrato sistema di sicurezza sociale, la sopracitata legge regionale si propone di promuovere l'istituzione, lo sviluppo, il potenziamento e la qualificazione dei servizi socio-assistenziali in favore degli anziani, prevedendo, tra l'altro, l'erogazione di contributi a favore dei comuni che programmano ed attuano particolari interventi.

Annualmente gli enti locali debbono inoltre al Presidente della giunta regionale apposita istanza corredata di delibera consiliare di approvazione del programma di interventi a favore degli anziani e di ogni altro documento comprovante l'attivazione dei servizi per i quali è possibile ottenere il contributo regionale e cioè: assistenza domiciliare, attività e funzionamento dei Centri sociali polivalenti, affitto di locali da destinare a tale scopo e/o a comunità alloggio.

Sulla base della istruttoria operata dal Settore assistenza sociale viene approntato un piano di riparto sul quale deve esprimere il proprio parere la Consulta regionale per gli anziani, per poi essere approvato dalla giunta regionale e dal consiglio regionale.

Il ruolo promozionale costantemente svolto dalla regione, e inteso ad incoraggiare gli enti locali affinché diano completa attuazione a tutti gli interventi previsti dalla legge regionale n. 21 del 1989 a favore degli anziani, ha evidenziato le numerose difficoltà incontrate dai comuni e dovute sia alla insufficienza di risorse economiche di bilancio che alla mancanza di particolari figure professionali non ancora presenti nelle piante organiche, per cui per l'attuazione degli interventi di assistenza domiciliare, gli stessi stipulano convenzioni con associazioni di volontariato o cooperative sociali.

Alla luce dell'approvazione della legge regionale 3 novembre 1994 n. 32 che disciplina il riordino del Servizio sanitario regionale e prevede l'integrazione operativa dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali, gli enti locali sono altresì sollecitati, anche attraverso l'invio di apposito schema di convenzione, alla stipula di protocolli d'intesa con le Aziende sanitarie locali per l'attivazione dell'Assistenza domiciliare integrata.

La legge regionale 4 novembre 1991, n. 17, di modifica dell'articolo 13 della legge regionale n. 21 del 1989, prevede l'istituzione dell'Albo regionale delle strutture residenziali per gli anziani pubbliche e private operanti sul territorio di competenza regionale. Alla data del 10 ottobre 1995, sul territorio della regione Campania, risultano operanti 218 strutture per anziani. Di queste, ai sensi della predetta legge regionale, risultano iscritte all'Albo solo 35 strutture che, in base alle autorizzazioni di esercizio rilasciate dagli organi competenti, risultano così distinte:

PROTETTE (private)	n. 5
ALBERGO (private)	n. 3
DI RIPOSO (private)	n. 24
DI RIPOSO (pubbliche)	n. 3

Le strutture iscritte all'Albo regionale risultano predisposte complessivamente per n. 2020 posti letto; non è possibile ipotizzare posti letto complessivi in quanto le altre, sebbene citate, non hanno ancora integrato la documentazione richiesta ai fini dell'iscrizione al predetto Albo.

Per quanto riguarda i piani di intervento regionale, relativamente ai servizi programmati dei comuni:

per l'anno 1993 il piano di riparto del fondo disponibile sull'esistente capitolo di spesa pari a lire 6.000.000.000 è divenuto attivo e i comuni ammessi (n. 127) hanno già ricevuto il relativo contributo; in seguito è stato predisposto anche un piano operativo per lire 1.987.336.000 che a tuttoggi, però, non è stato approvato dal consiglio regionale;

per l'anno 1994 il piano di riparto del fondo disponibile sull'esistente capitolo di spesa pari a lire 7.000.000.000 a favore dei comuni (n. 127) che hanno programmato i servizi di cui al punto 17, già approvato dalla giunta durante la precedente legislatura, deve essere approvato dal consiglio regionale;

per l'anno 1995 il piano di riparto del fondo disponibile pari a lire 6.500.000.000 in corso di predisposizione, e a favore di circa 130 comuni sarà sottoposto al parere della Consulta regionale degli anziani non appena la stessa sarà insediata.

La legge regionale n. 21 del 1989, articolo 17 punti 2 e 3 prevede l'erogazione di contributi pluriennali ai comuni che nei termini e nei modi dovuti presentino apposita istanza, per la costruzione e/o completamento di strutture residenziali per anziani ovvero la ristrutturazione di immobili comunali da adibire a tale uso; la situazione attuale è la seguente:

risultano in fase di realizzazione n. 45 strutture relative ad altrettanti comuni già destinatari di contributi concessi ai sensi delle leggi regionali n. 29 del 1981 e n. 46 del 1985; gli ultimi contributi assegnati per questo tipo di intervento sono relativi al piano di riparto dell'anno 1991 in quanto per il 1992 e il 1993 i rispettivi capitoli di bilancio regionale non furono dotati di specifiche risorse finanziarie.

Per il 1994 il corrispondente capitolo di bilancio è stato dotato di risorse finanziarie per lire 1.000.000.000 ed è tuttora in corso l'istruttoria delle istanze pervenute nei termini per l'individuazione dei Comuni da ammettere al contributo: si è in attesa di integrazione degli atti richiesti.

Anche per il 1995 il corrispondente capitolo di bilancio è stato dotato di risorse finanziarie per lire 1.000.000.000 e, considerato che, in linea di massima, sono quasi sempre gli stessi comuni a presentare ovvero a riproporre le istanze i contributi, si è ritenuto opportuno rinviare l'individuazione dei comuni ammissibili a contributo ad un momento successivo all'approvazione del piano di riparto relativo al 1994.

Data l'esiguità dei fondi, sia per il 1994 che per il 1995, ai fini dell'assegnazione dei contributi, si cercherà di indirizzare gli stessi ai completamenti delle strutture già in fase di realizzazione ovvero alla ristrutturazione di immobili da adibire a strutture per anziani; ciò per evitare di iniziare nuove opere che non potrebbero essere poi completate.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

Assessorato Affari Sociali e Familiari - Associazionismo - Qualità urbana

L'Assessore

Bologna 20/9/95

Prot. 40730/SOC

Rif. DAS/7248/1/DAS/RPA del 13/6/95

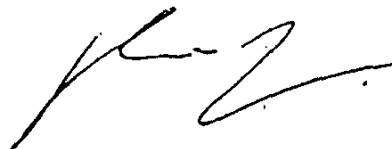
Al Dipartimento per gli Affari Sociali
Ufficio tematiche familiari e sociali
Servizio Anziani

oggetto: Invio relazione sugli interventi della Regione Emilia Romagna nel campo dell'assistenza agli anziani biennio 1994-95.

In allegato si invia, entro il termine indicato del 30/9/95, la relazione di cui in oggetto e n. 7 allegati contenenti dati e documentazioni utili per la redazione della relazione al Parlamento.

Distinti saluti

L'Assessore agli affari sociali e familiari -
Associazionismo - Qualità urbana



RF:GG



DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
29 SET. 1995
Protocollo N. 12485/4/DAS/RPA
ARRIVO

1. *La legge regionale 3 febbraio 1994 n. 5.*

Gli ultimi mesi del 1993 sono stati dedicati all'approvazione della legge regionale che ha riordinato la politica di intervento della Regione per gli anziani, legge approvata nel dicembre 1993 e promulgata sul Bollettino ufficiale regionale n. 11 del 7 febbraio 1994.

La legge regionale n. 5 del 1994 (che si allega) rappresenta, tra l'altro, anche la traduzione regionale di alcuni obiettivi contenuti nel progetto obiettivo anziani dell'Atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1997 pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del 12 gennaio 1994.

Le novità più salienti della legge, per quel che riguarda i servizi socio-assistenziali e sanitari, si riferiscono:

all'assetto istituzionale proposta per favorire l'integrazione dei servizi (accordo di programma);

all'assetto organizzativo (istituzione di Servizi assistenza anziani);

all'assetto tecnico (istituzione e diffusione delle Unità di valutazione geriatrica territoriale, creazione della figura del responsabile del caso);

all'incentivazione ed al sostegno delle famiglie che assistono anziani non autosufficienti, sperimentando l'assegno di cura.

Nel corso del 1994 la regione ha emanato direttive e circolari per rendere operative le novità della legge.

Elenco circolari (copie allegate) e atti normativi applicativi della legge.

Dal dicembre 1994 sono stati erogati alle aziende i finanziamenti per l'assegno di cura (anno 1994 delibera GR n. 5132 del 12 ottobre 1994 vedi allegato; anno 1995 delibera CR n. 2397 dell'8 marzo 1995).

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Regione Emilia Romagna
STATO DI ATTUAZIONE AL 31 LUGLIO 1995 DI ALCUNE NOVITÀ
INTRODOTTE CON LA LEGGE REGIONALE N. 5 DEL 1994

Azienda USL	<i>Assegno di cura</i>						
	n. UVG attivate	n. Servizi assistenza anziani attivati	n. domande pervenute	n. domande esaminate	anziani certificati non auto sufficienti	% non auto sufficienti	contratti sottoscritti su esaminati
Bologna città	6	9	4497	1624	1075	66,19	263
Bologna sud	3	3	2324	1278	1210	94,68	250
Bologna nord	3	3	1220	770	690	89,61	99
Forlì	1	—	1995	366	260	71,04	239
Cesena	3	—	1590	91	89	97,80	7
Rimini	2	—	3313	1491	989	66,33	191
Imola	1	1	999	750	601	80,13	178
Ravenna	6	—	3066	1732	1605	92,67	334
Ferrara	8	5	5566	2312	1091	47,19	69
Parma	6	5	4477	1447	920	63,58	226
Reggio Emilia	10	5	5050	2301	1533	66,62	273
Modena	13	1	6513	2525	2170	85,94	554
Piacenza	4	—	2993	1207	879	72,83	226
Totale	66	32	43.603	17.894	13.112	73,28	2909

2. L'integrazione socio-sanitaria.

La rete dei servizi per anziani non autosufficienti assicura servizi integrati socio-assistenziali e sanitari in base alle norme regionali (decreto GR 876 del 9 marzo 1993).

Nel corso del 1994 e del 1995 sono state finanziate le aziende di Unità sanitaria locale per ampliare i posti convenzionati per non autosufficienti sia nelle case protette che nei centri diurni che nelle comunità alloggio e nelle residenze protette.

Posti convenzionati

Posti convenzionati	al 31-12 1993	al 31-7 1995	differenza	aumento %
Case protette	9573	10.019	446	4,6
Centri diurni	413	531	118	28,5
Comunità alloggio e residenze protette	106	106		
RSA		105	105	

Nel corso del 1994, inoltre, sono state avviate sperimentazioni gestionali di alcune RSA.

Alla data del 30 luglio 1995 risultano funzionanti 3 RSA per un totale di 105 posti [Alfonsine (RA) 20, Tresigallo (FE) 40, Villa Ranuzzi - Bologna 45].

In attuazione della legge regionale n. 5 del 1994 con delibera giunta regionale n. 5106 del 12 ottobre 1994 è stata integrata la direttiva regionale (delibera GR n. 876 del 1993) per quanto riguarda le RSA.

3. Osservatorio sulla non autosufficienza.

Nel corso del 1994 è stata completata la sperimentazione per la gestione informatizzata delle schede di valutazione della non autosufficienza (indice BINA Breve indice non autosufficienza anziano), presso tra Unità sanitaria locale è stata positivamente sperimentata l'adozione di una procedura informatizzata già dalla compilazione della scheda di valutazione, si è completato l'inserimento di tutte le schede BINA fino al 31 dicembre 1994 e pertanto è possibile disporre di una ampia base dati per analisi scientifica.

L'Università di Modena ha elaborato una prima elaborazione statistico-scientifica dei dati dell'Osservatorio regionale sulla non autosufficienza, degli anziani ospiti di case protette convenzionate, che si allega in copia.

4. Vigilanza e controllo sulle strutture.

Nel corso del 1994 e del 1995 è proseguita da parte delle Aziende unità sanitarie locali l'attività legata al rilascio delle autorizzazioni al funzionamento (delibera CR n. 560 del 1991) per le strutture semiresidenziali e residenziali per anziani.

E' stata praticamente completata l'analisi delle domande di tutte le strutture che avevano presentato la domanda per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento.

Alla data del 30 giugno 1995 la situazione risulta essere la seguente:

Posti	Tipo di autorizzazione			totale strutture
	definitiva	provvisoria	in corso di autorizzazione	
Case protette	163	62	20	245
Case di riposo	153	40	32	225
Residenze protette	6	2	—	8
Comunità alloggio	22	15	22	59
Centri diurni	36	23	16	75

Può pertanto ritenersi quasi completata la prima fase di applicazione delle norme di applicazione delle norme regionali e possibile, quindi, concentrarsi sull'attività di vigilanza e controllo del rispetto degli standard e dei parametri contenuti nelle varie autorizzazioni.

5. *Investimenti.*

5.1. *Stato di attuazione del Piano straordinario ex articolo 20 legge n. 67 del 1988 I triennio RSA per anziani.*

Nel corso del 1994 e del 1995 il consiglio regionale ha modificato il Piano RSA I triennio da ultimo con propria deliberazione 2378 del 3 marzo 1995.

Alla luce dell'ultima modifica nel primo triennio sono previsti 62 RSA con un finanziamento a carico dello Stato di 197 miliardi per un totale di 2870 posti.

Nel 1994 è stato inserito il Gruppo tecnico di valutazione che fornisce il necessario supporto tecnico alla regione per l'espletamento dei compiti istruttori e di verifica trasferiti dallo Stato alle regioni con la legge n. 492 del 1993.

Alla data del 30 agosto 1995, 38 interventi (61 per cento) sono stati già approvati dal Cipe con mutui a carico dello Stato pari a 113 miliardi (57 per cento), per un totale di 1884 posti.

Per 21 di questi 38 interventi sono già stati aperti i cantieri, per altri 11 apriranno i cantieri entro la fine del 1995 e per i rimanenti 6 entro aprile 1996.

5.2. *La riconversione di presidi ospedalieri dismessi articolo 24 legge regionale n. 5 del 1994.*

In considerazione del processo di riconversione ospedaliera, con la legge regionale n. 5 del 1994 è stato previsto un fondo regionale per il finanziamento in conto capitale (90 per cento), con risorse del bilancio regionale, alle Aziende unità sanitarie locali dei progetti di riconversione in RSA di presidi ospedalieri dismessi o in via di dismissione.

Per il biennio 1994-1995 sono stati stanziati 4 miliardi con i quali si prevede di assicurare 6 interventi di riconversione ospedaliera esclusivamente con risorse regionali, interventi che vanno ad aggiungersi a quelli previsti nel piano straordinario ex articolo 20 legge n. 67 del 1988.

5.3. *Finanziamenti regionale: articolo 42 legge regionale n. 2 del 1985 IV e V riparto.*

Nel 1993 il consiglio regionale ha deliberato il IV riparto dei finanziamenti in conto capitale con delibera 1559 del 21 luglio 1993. Tale riparto prevede il finanziamento di 61 strutture per anziani con un contributo regionale (fino ad un massimo del 50 per cento) di lire 22.872 milioni. Detti interventi sono stati iniziati nel corso del 1994, in parte già realizzati ed in parte in fase di realizzazione.

Nel 1994 la regione ha emesso un nuovo bando per l'ammissione al finanziamento in conto capitale ai sensi dell'articolo 42 della legge regionale n. 2 del 1985.

Con delibera del Consiglio regionale 2405 dell'8 marzo 1995 è stato approvato il piano di riparto che prevede il finanziamento di 15 strutture per anziani con un contributo regionale (fino ad un massimo del 50 per cento) pari a 6.770 milioni.

Detti interventi debbono iniziare entro giugno 1996.

6. *Attività di interesse sociale.*

Per opportuna conoscenza si riassumono brevemente alcuni dati inerenti attività di indubbio valore sociale ed aggregativo che, promosse ed incentivate dalle amministrazioni locali, sono base sulla partecipazione attiva e l'autogestione da parte degli anziani.

6.1. *Centri sociali.*

Una capillare rete di centri sociali offre diverse opportunità di aggregazione.

Da un censimento promosso dall'Assessorato risulta attivi circa 200 centri sociali, con caratteristiche e numero di frequentatori molto diversificate, in circa 100 comuni (pari al 30 per cento dei comuni della regione). I centri sociali sono frequentati da circa 40/42.000 persone.

6.2. *Orti.*

Numerose sono le amministrazioni comunali che hanno riservato piccoli appezzamenti di terra agli anziani, delimitando piccoli orti (30/40 mq per orto) per favorire il mantenimento di impegno lavorativo e l'aggregazione da parte di numerosi anziani.

Da un censimento regionale risulta che 68 comuni (20 per cento del totale) hanno attrezzato aree per 13.485 orti (13.114 risultavano assegnati ad anziani).

6.3. *Università per la terza età.*

Il Consiglio regionale ha recentemente provveduto ad approvare il piano di riparto dei finanziamenti (200 milioni) tra le 25 università per la terza età presenti in regione.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

DIREZIONE REGIONALE DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Trieste, 6 OTT. 1995
via S. Francesco, 37

6629/AS/I/A/2

On.le Presidenza del Consiglio dei Ministri

Oggetto: Relazione al Parlamento sulla
condizione dell'anziano-
biennio 1994-95.

Dipartimento per gli Affari sociali
Ufficio Tematiche Familiari e Sociali
Servizio Anziani
Via Veneto 56
00187 ROMA

Con riferimento alla richiesta prot. DAS/7246/1/DAS/RPA dd. 13 giugno 1995 si
trasmettono in allegato i dati richiesti per la predisposizione della relazione biennale al
Parlamento sulla condizione dell'anziano.

Distinti saluti

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
13611/1/DAS
RPA

Il Direttore regionale
(dott. Elio Palmieri)

EBH/

POPOLAZIONE ANZIANA NELLA REGIONE
FRIULI-VENEZIA GIULIA

Il periodo di riferimento

Gli interventi che sono stati attivati nella regione a favore della popolazione anziana nel periodo ottobre 1993-settembre 1995 (così individuato per la predisposizione della relazione) si collocano, con caratteristiche di continuità, nella struttura organizzativa dei servizi che è stata avviata con la legge 19 maggio 1988, n. 33 « Piano socio-assistenziale della regione autonoma Friuli-Venezia Giulia ».

Il fenomeno « invecchiamento demografico »

La regione Friuli-Venezia Giulia, com'è noto, dal punto di vista territoriale rappresenta una singolarità apicale del fenomeno che riguarda l'invecchiamento della popolazione.

Su una popolazione di 1.197.073 abitanti (dati INSIEL-Sanità) al 31 dicembre 1994, ben 247.660 erano gli anziani, con una percentuale media sul territorio regionale del 20,69 e punte molto più alte in alcuni comuni (42 ad Andreis, 36 a Barcis, 40 a Clauzetto, 33 a Dogna, 45 a Drenchia).

Tutti gli indici che riguardano la popolazione anziana sono in costante aumento statistico sul territorio del Friuli-Venezia Giulia (ciò sta a dire nella maggioranza dei comuni).

Particolarmente preoccupante risulta l'andamento dell'« indice di dipendenza », che è rappresentato dal rapporto percentuale tra la popolazione anziana e la popolazione in età di lavoro, e che ha raggiunto quota 30 (a 100 persone in età lavorativa corrispondono 30 anziani).

Dati demografici al 31.12.1994

Popolazione totale= 1.197.073

maschi 0-14 | femmine 0-14 | maschi 14-64 | femmine 14-64 | maschi >64 | femmine >64

62.087	59.515	416.227	411.542	92.629	155.031
\	/	\	/	\	/
121.644		827.769		247.660	

INDICI:

%>65anni/popolazione ->247.660/1.197.073 =20.69

vecchiaia ->247.660*100/121.644 =203.59

dipendenza ->247.660*100/827.769 = 30 (29.92)

Quale ruolo occupa l'anziano nella società del Friuli-Venezia Giulia?

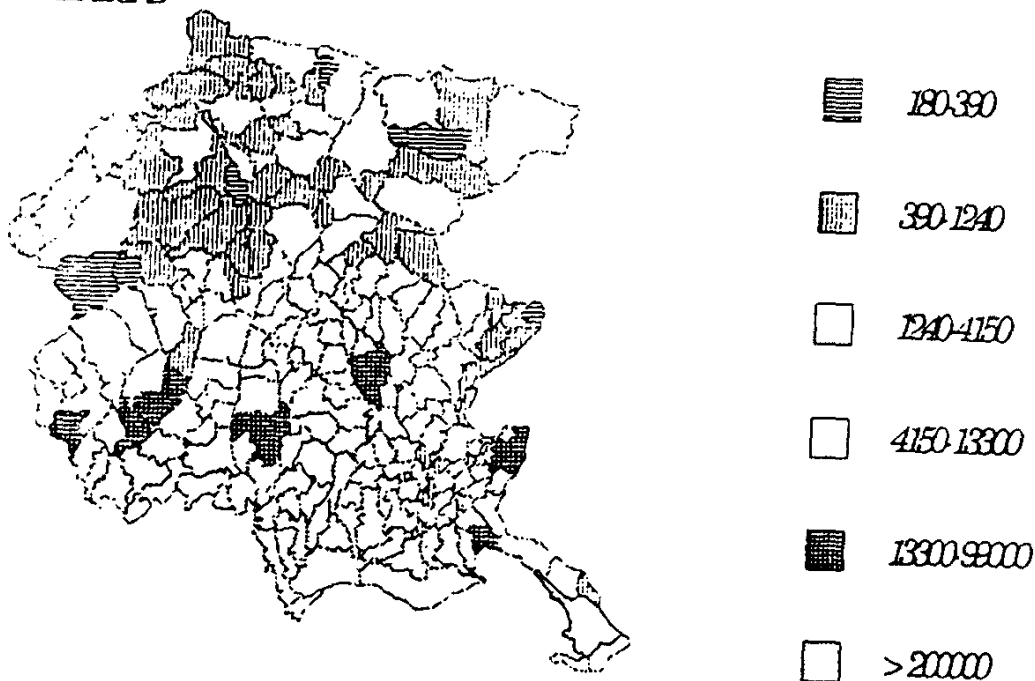
Bisogna osservare che la popolazione del Friuli-Venezia Giulia risulta distribuita in 219 comuni e che solamente 8 di questi hanno più di 13.000 abitanti. Questo fatto contribuisce ad una sostanziale conservazione di « mentalità locali », al di là di una « modernizzazione » della vita sociale, che si riscontra anche nel Friuli-Venezia Giulia, favorendo in ciò l'anziano nella conservazione del proprio ruolo in seno alla società.

Dei 219 comuni:

6 hanno una popolazione compresa tra	180 e	390	abitanti
48	»	390 -	1.240 »
98	»	1.240 -	4.150 »
59	»	4.150 -	13.300 »
7	»	13.300 -	99.000 »
1 ha	»	di	200.000 »

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

POPOLAZIONE



La conservazione del ruolo dell'anziano si presenta più problematica nella città di Trieste.

Tra i quattro comuni capoluogo, Trieste, oltre ad essere la città più grande, ha anche la più alta percentuale di anziani.

Paradossalmente il forte aumento in percentuale del numero di anziani porta ad uno scadimento del ruolo rivestito. Questo scadimento è una conseguenza diretta dei fattori di emarginazione ed isolamento, conseguenza anche del fatto che risulta in costante aumento il numero di grandi anziani che convivono con gli anziani.

Un valido contrasto a questi fattori può derivare dalla presenza di associazioni di volontariato in grado di rilanciare una nuova cultura del sociale.

In regione su 237 associazioni di volontariato operanti sul territorio regionale ed iscritte nel Registro provvisorio:

25 associazioni si occupano in modo esclusivo di problematiche riguardanti gli anziani;

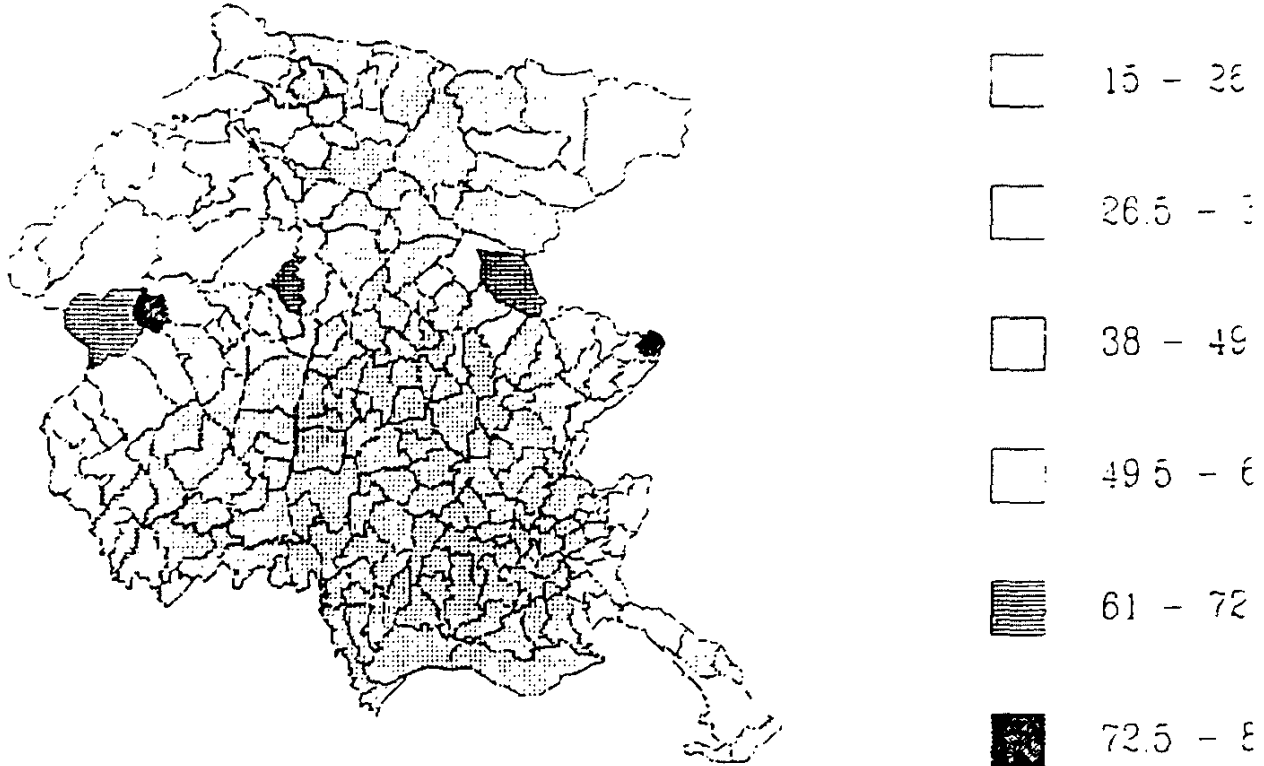
4 in modo prevalente;

10 anche di anziani in un contesto di interventi più articolato.

Il fattore di rischio più rappresentativo per la regione Friuli-Venezia Giulia è dato dall'indice di dipendenza (rapporto percentuale tra popolazione anziana e popolazione attiva): ha raggiunto mediamente il valore 30 sul territorio regionale (nella precedente relazione sugli an-

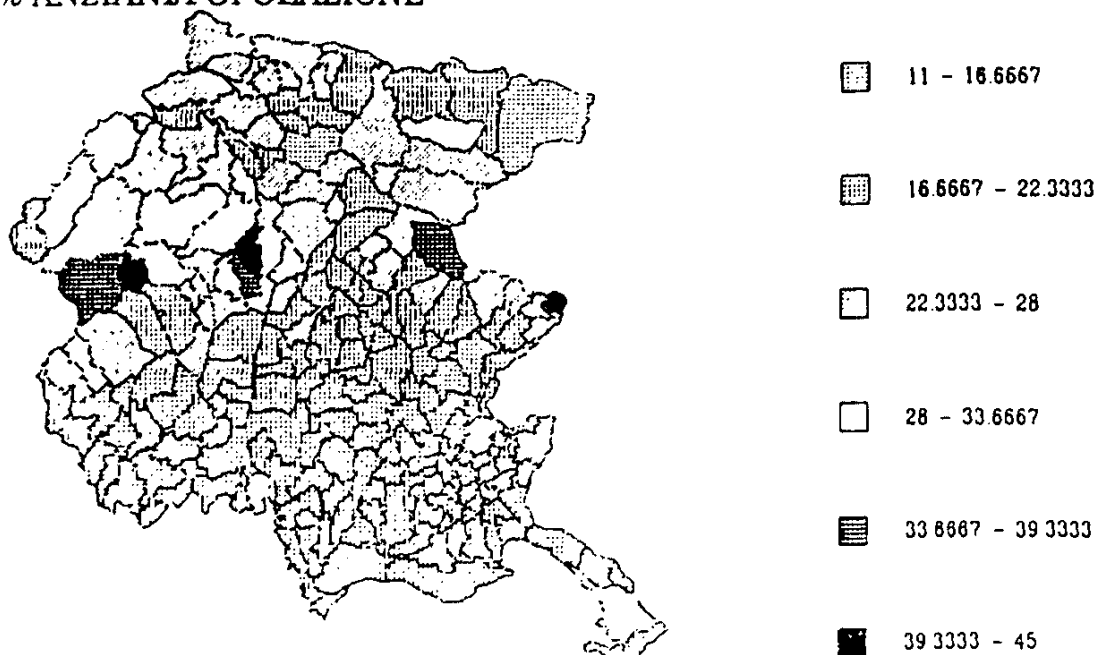
ziani l'Istat indicava in 21,5 la media nazionale), con punte che hanno già superato il valore 60 in quattro comuni:

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA INDICE DI DIPENDENZA ANZIANI 1994



REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

% ANZIANI/POPOLAZIONE

*Cosa sta facendo la regione per tenere sotto controllo il fenomeno*

La regione pone costante attenzione all'evoluzione del fenomeno e delle sue componenti non desiderate, emarginazione, solitudine, bisogno economico eccetera, per arrivare con interventi mirati a creare le condizioni per ritardare l'insorgenza delle componenti negative o per cercare di ridurne le conseguenze.

Nella legge regionale 19 maggio 1988, n. 33 « Piano socio-assistenziale della regione autonoma Friuli-Venezia Giulia » un allegato specifico « Linee programmatiche per gli interventi a favore degli anziani » riguarda la popolazione anziana.

Con la legge in questione la regione ha promosso una risposta globale ai bisogni della popolazione anziana. Il perno degli interventi è rappresentato dal Servizio sociale di base, quale servizio di primo livello e, all'interno di questo, dal Servizio di assistenza domiciliare e dal Centro diurno. Questi servizi, pur essendo progettati per far fronte ai bisogni di tutta la popolazione, nei confronti dell'anziano assumono un significato specifico.

Il Servizio di assistenza domiciliare ha l'obiettivo specifico di evitare per quanto possibile il ricovero dell'anziano adattando gli interventi in relazione all'evoluzione e complessità del bisogno.

Ancor più specifico il significato assunto dal Centro diurno, dal momento che esplica anche funzioni di assistenza integrativa e sostitutiva della vita domestica e delle sue relazioni.

In parallelo al potenziamento dei servizi preventivi e di mantenimento la regione ha varato dei piani di razionalizzazione della rete di strutture, con particolare attenzione al fenomeno della non autosufficienza, in collaborazione con le province sono stati varati dei Progetti obiettivo, uno dei quali riferito alle « Strutture residenziali per anziani ».

Strutture residenziali per anziani e inabili (settembre 1995):

Gestione pubblica IPAB	26
Gestione pubblica comunale:	38
tramite « Istituzioni »:	1
Gestione pubblica tramite Az. serv. sanitari o Comunità montana:	3
Gestione privata sociale:	26
Totali	94
Posti letto per autosufficienti:	3.487
Posti letto per non autosufficienti:	3.963
Totali	7.450

Abitazioni collettive polifunzionali per anziani autosufficienti ovvero parzialmente non-auto: 80, per complessivi 1.630 posti letto.

Successivamente la giunta ha approvato un « Progetto obiettivo promozione e tutela della salute delle persone anziane ».

Con la deliberazione della giunta regionale n. 6185 disegno di legge 13 dicembre 1994 si è proceduto ad una verifica dello stato di attuazione del progetto ed è stato riconfermato l'intendimento di avviare un piano poliennale di investimenti per il riequilibrio territoriale e la riqualificazione funzionale della rete delle residenze protette.

Attualmente si sta ulteriormente razionalizzando la rete dei servizi, soprattutto per venire incontro ai bisogni dell'utenza, ma anche per esigenze di ottimizzazione degli interventi nel settore sociale in presenza dei noti vincoli di spesa esistenti nel settore sanitario.

Con la deliberazione n. 1897 disegno di legge 28 aprile 1995, la Giunta regionale ha approvato la scheda BINA quale strumento da utilizzare su tutto il territorio regionale per la certificazione dello stato di non autosufficienza sia delle persone anziane sia dei soggetti disabili e/o svantaggiati non istituzionalizzati.

Con legge regionale 30 novembre 1992, n. 35 è stata avviata la sperimentazione di un servizio di telesoccorso-telecontrollo.

La sperimentazione, dal 1° giugno 1994 al 31 maggio 1995, ha riguardato 600 utenze, distribuite su tutto il territorio regionale, con un costo complessivo di 30 milioni al mese.

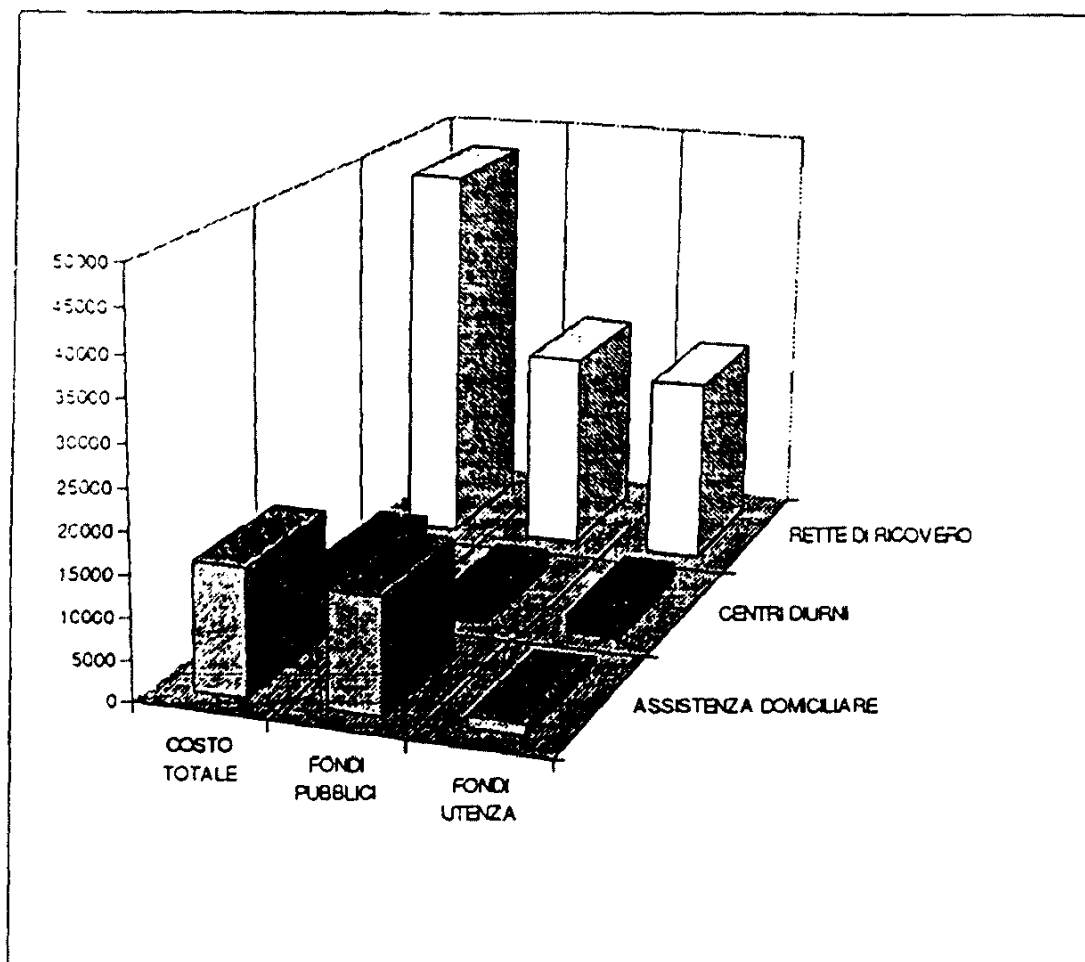
La sperimentazione è stata ulteriormente prorogata fino al 30 giugno 1996.

Con l'articolo 23 della legge regionale 24 giugno 1993, n. 49 « Norme per il sostegno delle famiglie e per la tutela dei minori », è stata autorizzata l'erogazione di contributi per favorire la permanenza nelle famiglie di persone svantaggiate.

Nel 1995 i comuni hanno presentato richieste per 4277 utenti, di cui 3130 anziani; il costo per il mantenimento in famiglia di disabili anziani è preventivato in 10 miliardi, con un contributo di 4 miliardi della regione.

Con la legge 30 giugno 1993, n. 51 la regione ha provveduto a riorganizzare i canali di finanziamento ai comuni, che sono i titolari delle funzioni gestionali dei servizi socio-assistenziali, istituendo il fondo unico che consente un'assegnazione di più di 40 miliardi all'anno per spese di parte corrente.

Dai dati elaborati per l'anno 1993 la spesa per i servizi che nella quasi totalità sono rivolti agli anziani risulta così articolata (rapporto di scala in milioni di lire):



(La quota « fondi pubblici » si compone di fondi della Regione e dei Comuni).

Le iniziative di formazione per il personale che opera con gli anziani

L'Amministrazione regionale ha promosso due iniziative per la formazione e l'aggiornamento dei dirigenti delle case di riposo sulla metodologia di approccio all'utenza.

Dei corsi hanno usufruito 20 dirigenti.

Al termine dei lavori è stata elaborata un'ipotesi di definizione di un Profilo del dirigente di Casa di riposo.

Attualmente sta per essere avviata una ricerca-intervento sui servizi di assistenza domiciliare, con particolare attenzione al tema degli anziani.

REGIONE LAZIO

Assessorato
Politiche per
la Qualità della Vita

Roma, li 9/10/1995

Settore 19° ... Ufficio III ...
Prot. N. 4901 ...
Risposta al Foglio N. ... del ...
Allegati ...

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per gli Affari sociali
Ufficio Tematiche familiari
e Sociali - Servizio Anziani
Via Veneto, 56
00100 ROMA

OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla condizione
dell'anziano. Biennio 1994/95. Raccolta
dati e informazioni.

In risposta alla nota indicata a margine e relativa all'oggetto, si invia
relazione illustrata sullo stato dell'assistenza agli anziani nella Regione
Lazio.

L'Assessore
(Dott.ssa Vittoria TOLA)



PER GLI AFFARI SOCIALI
10 OTT. 1995
Protocollo N. 13322/1/042/22A
ARRIVO



RELAZIONE SUGLI INTERVENTI NEL CAMPO DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Anche nel periodo considerato (ottobre 1993-settembre 1995) il progetto obiettivo « Tutela della salute dell'anziano » ha rappresentato il quadro di riferimento e il modello al quale si sono richiamate le iniziative regionali per la realizzazione di interventi nel campo dell'assistenza agli anziani.

Attraverso dette iniziative la regione ha espresso una precisa opzione per una politica assistenziale nel settore, basata sui seguenti obiettivi: permanenza della persona nel proprio domicilio e quindi contrasto dell'isolamento e dell'emarginazione; riduzione della ospedalizzazione impropria e prolungata e quindi deospedalizzazione dei pazienti; programmazione congiunta degli interventi attraverso la mobilitazione coordinata delle risorse, conoscenza dei bisogni e sorveglianza dei livelli di salute raggiunti ed efficacia delle prestazioni anche attraverso il controllo della spesa.

In questa linea di politica assistenziale vanno collocati sia gli interventi di assistenza domiciliare previsti nella legge regionale n. 80 del 1988, con la quale la regione aveva favorito l'attivazione di una serie di servizi e di organizzazione di attività a livello territoriale, sia quelli di cui alla legge regionale 1° settembre n. 41 istitutiva in sede regionale delle RSA e relativo regolamento di attuazione (n. 1 del 6 settembre 1994).

La RSA delineata nella normativa regionale si pone come servizio di supporto alla famiglia con componenti non autosufficienti, compresi gli anziani, anche per ridurre per brevi periodi il carico assistenziale, come risorsa dei servizi domiciliari territoriali e risorsa in termini di residenzialità alle situazioni di persone non assistibili al proprio domicilio e con una disabilità, che necessitano di interventi curativi, riabilitativi ed assistenziali di lunga durata.

È da rilevare che attualmente, quale effetto di una risposta ai bisogni in termini prevalentemente di ospedalizzazione ed in relazione alla carenza dei servizi domiciliari territoriali, nel Lazio circa 5.000 persone risultano ricoverate in case di cura, cosiddette per lungodegenti. Tali strutture sono superate come tipologia per effetto di disposizioni regionali e per le stesse, la normativa specifica regionale (legge regionale n. 55 del 1993 e legge regionale n. 41 del 1993) prevede la possibilità di loro trasformazione in RSA, ponendo però un limite al numero dei posti-residenza riconvertibili.

Ne deriva che una percentuale, non certo trascurabile, degli attuali ricoverati in dette case di lungodegenza dovrà trovare adeguata sistemazione in altre strutture, non ritenendo realizzabili piani di dimissioni per le quasi totalità dei degenti, in conseguenza, soprattutto, della mancanza di supporti parentali o della indisponibilità della famiglia a farsene carico.

Al problema emergente di cui sopra, si aggiunge la situazione delle case di riposo gestite dai comuni o dalle IPAB nelle quali si è determinata una modificazione delle condizioni assistenziali di parte degli ospiti per il successivo venir meno dell'autosufficienza e per la necessità di interventi riabilitativi curativi che le strutture in questione non sono in grado di organizzare, attesa la qualificazione specialmente socio-assistenziale della loro funzione.

In questa logica la regione intende promuovere e favorire la riconversione di talune case di riposo al cui interno, al momento, risultano ospitate persone che sono divenute non autosufficienti e per le quali, le prestazioni sanitarie erogate dai centri di assistenza domiciliare si sono rivelate di fatto scarsamente incidenti dal punto di vista assistenziale e riabilitativo.

A causa delle obiettive difficoltà connesse alla programmazione dell'avvio delle RSA, ed allo scopo di garantire una corretta applicazione delle norme richiamate, la regione ha svolto e continua a svolgere, anche nel periodo di riferimento, un ruolo di permanente supporto e consulenza specie alle aziende USL, ai comuni degli enti pubblici e privati interessati alle iniziative di cui trattasi.

Sul piano più strettamente assistenziale, la regione, nel periodo in riferimento, ha definito un progetto di legge di riordino dei servizi sociali, che, però non ha avuto l'approvazione del Governo; ad oggi, pertanto, la materia dei servizi sociali continua ad essere regolata da leggi settoriali.

Nel periodo ottobre 1993-settembre 1995 i fondi destinati al sostegno dei servizi sociali — di provenienza statale e regionale — hanno subito una notevole decurtazione; circostanza che ha creato notevoli problemi circa la possibilità di assicurare il finanziamento ai comuni per i servizi già avviati, in particolare in favore di cittadini della terza età.

Permanendo quindi una condizione di inadeguatezza del fondo sociale rispetto alle esigenze del territorio, si è fatta più impellente la necessità di qualificazione della spesa per i servizi sociali per anziani, attraverso la promozione di servizi volti a coprire la più vasta area possibile di utenza per un periodo non limitato ad alcuni giorni dell'anno e diretti ai soggetti più dipendenti.

Anche per un periodo considerato, quindi, la scelta ha riguardato principalmente il sostegno di servizi aperti quali centri diurni e l'assistenza domiciliare, con particolare attenzione alle iniziative di assistenza domiciliare integrata intesa come insieme di servizi sociali e sanitari resi in modo coordinato a domicilio dell'utente.

Si riporta, di seguito, la sintesi dei dati relativi ai predetti servizi, rilevati in occasione di una ricerca recentemente effettuata presso i comuni del Lazio, alla quale ha risposto circa l'83 per cento dei comuni medesimi.

A) CENTRI DIURNI

Roma città	n.	81
Roma provincia	n.	118
Frosinone provincia	n.	42
Latina provincia	n.	32
Rieti provincia	n.	33
Viterbo provincia		63

B) ASSISTENZA DOMICILIARE (Servizi)

Roma città	1 servizio ogni circoscrizione	
Roma provincia	n.	49
Frosinone provincia	n.	46
Latina provincia	n.	20
Rieti provincia	n.	32
Viterbo provincia		35

Ad oggi, si sta provvedendo alla ridefinizione della legge di riordino dei servizi sociali.

REGIONE LIGURIA

SERVIZIO ASSISTENZA
SOCIO SANITARIA

16100 GENOVA 13/X/95

ALLA PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI
SOCIALI
UFFICIO TEMATICHE FAMILIARI E
SOCIALI
SERVIZIO ANZIANI
VIA VENETO, 56
00187 R O M A

Prot. N. 100964/2030/AS Allegati

Risposta alla nota del 13/9/1995

OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla
condizione dell'anziano - biennio
1994-1995. Invio dati e informazioni.

Si invia la relazione sulla condizione dell'anziano in Liguria, di
cui all'oggetto, corredata dei dati numerici richiesti.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE
(Dr. Giancarlo Mori)

1. Il problema anziani nel modello ligure.

La media regionale degli ultrasessantacinquenni è pari al 23,81 per cento della popolazione, a fronte della media nazionale, che si attesta attorno al 15 per cento: 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 viaria, 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 (ADI) (Deliberazione giunta regionale 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.

La mancanza di personale infermieristico, la limitata risposta dei Comuni, nonostante l'assegnazione tramite le Unità sanitarie locali di specifici finanziamenti per l'aiuto domestico familiare, ha fatto decollare con estrema difficoltà questo tipo di attività integrata socio-sanitaria. Per un recupero, anche parziale, di personale infermieristico e riabilitativo, una direttiva del Consiglio Regionale per il contenimento della spesa sanitaria ha fornito indicazioni, per quanto possibile, di una maggior apertura e utilizzo di personale ospedaliero, anche *part-time*, per le funzioni medico-infermieristiche-riabilitative domiciliari, particolarmente per i dimessi dagli ospedali, al fine di seguire un progetto terapeutico di « reinserimento ».

L'aspetto più innovativo è proprio quello del reinserimento o mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita, attraverso stimolazioni e supporti alle invalidità collegate all'età o ad esiti di patologie invalidanti, è la qualità di vita che bisogna dare agli anni « inventando » nuove modalità di recupero e di adattamento della persona all'ambiente, ma anche dell'ambiente alla persona, utilizzando le nuove tecnologie che elettronica e biofisica mettono a disposizione dell'uomo.

In questo contesto è importante sollecitare non solo in chi studia, ma in chi lavora un atteggiamento di ricerca che significa condurre le normali prestazioni di tipo medico, infermieristico e rieducativo-riabilitativo al di fuori di una *routine* quotidiana, con curiosità scientifica e desiderio di rinnovamento migliorando l'umanizzazione, che spesso viene trascurata nel nome della tecnologia.

2. Anziani e normativa.

I vari aspetti del problema anziani non sono oggi affrontati da una normativa quadro, come avviene per l'*handicap*, ma diverse normative disciplinano separatamente la componente previdenziale-pensionistica, quella dell'assistenza sanitaria e sociale, trasporti e casa (citando solo le componenti più importanti).

Ciò fa sì che spesso una norma sia ignorata da un'altra o addirittura ci sia un contrasto tra le norme (durante il balletto delle esenzioni dai *tickets* farmaceutici quante volte si è assistito a contrasti e confusioni tra norme!).

Le regioni, negli anni '70, per la componente sociale e sanitaria hanno sopperito alla mancanza di norme nazionali introducendo l'assistenza domiciliare come aiuto domestico familiare, come intervento infermieristico e medico, migliorando le strutture residenziali, ed introducendo attività organizzate anche di tipo socio-ricreativo quali centri sociali, soggiorni estivi, eccetera.

Negli anni '80, con l'aumento degli ultrassessantacinquenni, l'attenzione al problema anziani nella programmazione sanitaria nazionale, è aumentata, particolarmente per le esenzioni dai *tickets* e per la facilitazione ad alcune prestazioni di medicina di base, quali l'assistenza medica programmata per non autosufficienti — non ambulabili, introdotta nella convenzione della medicina generale.

È necessario comunque arrivare alla soglia degli anni '90 per trovare un progetto organico di assistenza agli anziani, peraltro ad oggi solo limitatamente attuato: il progetto obiettivo anziani, approvato come risoluzione parlamentare nel gennaio del 1992 e diffuso alle Regioni con circolare del Ministero della Sanità nell'agosto 1992.

Al Progetto sono stati dedicati complessivamente 100 miliardi nel 1991 e 219 miliardi nel 1992, tali finanziamenti sono stati ripartiti tra le regioni come fondi a destinazione vincolata per attivare, anche in forma sperimentale, le seguenti attività:

1. assistenza domiciliare integrata (sociale e sanitaria);
2. spedalizzazione domiciliare;

3. assistenza residenziale socio-sanitaria in RSA (residenze sanitarie assistenziali).

Con deliberazione del consiglio Regionale n. 127 del 21 dicembre 1992 (Progetto obiettivo anziani 1992-1995: indicazioni alle Unità sanitarie locali e ai comuni per l'applicazione) sono state suggerite strategie gestionali per consentire il prosieguo delle attività di ADI, consistenti nella stesura di accordi di programma per ciascun ambito territoriale, che avrebbero dovuto definire le modalità di svolgimento dell'ADI, con particolare riferimento alle prestazioni gestite direttamente dai vari Enti, individuare il referente del progetto obiettivo anziani, stabilire e gestire il piano finanziario.

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 (decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1994), nell'introdurre i livelli uniformi di assistenza sanitaria, definiti come l'insieme delle prestazioni alle quali il Servizio sanitario garantisce uguali opportunità di accesso per i cittadini, attribuisce al livello « Assistenza sanitaria di base » l'espletamento dell'ADI. Pertanto la suddetta attività, da intervento sperimentale finanziato con i fondi a destinazione vincolata del progetto obiettivo anziani, diventa, a tutti gli effetti, prestazione obbligatoria che le Unità sanitarie locali devono garantire agli aventi diritto.

Ciò ha comportato, nella nostra regione, la necessità di reperire personale dipendente del SSN e non con contratti a termine, ma il blocco delle assunzioni, decretato dalle leggi finanziarie del quinquennio 1990-1995, ha impedito di fatto il processo di adeguamento degli organici.

Al momento attuale l'ADI, pur con le difficoltà legate alla carenza delle necessarie professionalità e ai rapporti con gli altri Enti coinvolti (comuni e aziende ospedaliere, ha preso l'avvio in tutte le Unità sanitarie locali liguri; per quanto riguarda il potenziamento degli organici, si rende necessario poter utilizzare parte del personale che affluirà dalla chiusura delle strutture ospedaliere con meno di 120 posti letto (legge n. 724 del 1994).

Accanto all'ADI è prevista un'altra forma di assistenza territoriale extraospedaliera, definita Assistenza domiciliare ad assistiti non ambulabili, di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 314 del 1990, attiva in Liguria dal 1991 e ridefinita, nei suoi aspetti operativi, con deliberazione della giunta regionale n. 5041 del 1994. Tale forma di assistenza si rivolge prevalentemente a pazienti affetti da patologie croniche o infermità invalidanti che comportino impossibilità a deambulare, il cui monitoraggio è affidato al medico di medicina generale con la collaborazione attiva, nelle rispettive competenze, del personale sanitario (infermiere, terapeuta della riabilitazione).

Lo svolgimento di tali attività è collegato anche alla istituzione di équipe multiprofessionali di valutazione geriatrica (medico geriatra, assistente sociale, infermiere e terapeuta della riabilitazione) definite Unità di valutazione geriatrica (UVG) e ad attività di formazione ed aggiornamento professionale per il personale che opera nei servizi per anziani.

È da rilevare che il progetto obiettivo anziani pone l'accento, anche per i soggetti non autosufficienti, sull'introduzione di servizi alter-

nativi alla spedalizzazione, con il « focus » sul domicilio, e sulla necessità di valutare sotto un profilo multidimensionale i bisogni socio-sanitari dell'anziano, tramite le UVG e avvalendosi di metodologie che esaminano i livelli di autonomia (potenziale e residua) nella vita quotidiana e di relazione.

3. Il progetto anziani in Liguria.

Il Consiglio Regionale della Liguria in data 22 dicembre 1992 ha approvato con delibera Consiliare il Progetto obiettivo anziani per il triennio 1992-1995. Gli aspetti più qualificanti di tale progetto sono così riassumibili:

1. guida per realizzare una rete delle attività sanitarie e socio-sanitarie a favore degli anziani, a tutti gli Enti del territorio ligure: USL, comuni, IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza), privato sociale e volontariato. La caratteristica della rete è quella di ricomprendere in un coordinamento sequenziale le prestazioni di assistenza domiciliare, residenziale e ospedaliera, consentendo di utilizzare, secondo i bisogni dell'anziano, l'ospedale per i periodi di acuzie, la riabilitazione per il reinserimento sociale, la lungoassistenza nelle RSA e nelle residenze protette per la non autosufficienza e la cronicità per i soggetti non curabili a domicilio.

2. indicazione degli strumenti amministrativi, quali l'Accordo di programma (articolo 27 della legge n. 142 del 1990), da adottare da parte degli Enti impegnati nel progetto, per concretizzare il coordinamento delle prestazioni, delle risorse economiche e professionali, per un contenimento dei costi che salvaguardi contemporaneamente efficacia ed efficienza dei servizi;

3. adozione sul piano regionale di una metodologia di valutazione della non autosufficienza psico-fisica e sociale attraverso la scheda AGED (assessment geriatric of disabilities), al momento di accesso dell'anziano alla rete dei servizi socio-sanitari, sia come strumento per la raccolta di dati epidemiologici, sia come lettura « guidata » dei bisogni medico-psico-sociali dello stesso. La scheda AGED ha inoltre lo scopo di individuare anche i costi ricomponendo nel progetto individuale sull'anziano, le prestazioni « formali » (fornite dall'Ente pubblico o dal privato convenzionato) ed « informali » (fornite dalla famiglia e dal volontariato gratuito);

4. affido della valutazione delle condizioni psicofisiche dell'anziano e della integrazione operativa tra prestazioni sanitarie e assistenziali ad équipes multidisciplinari (medico geriatra, assistente sociale, infermiere, fisioterapista) definite Unità di valutazione geriatrica, distribuite nel numero di una ogni 100.000 abitanti circa (ex ambiti territoriali delle USL);

5. ripartizione dei finanziamenti nazionali alle USL liguri:

per il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) 5,772 miliardi;

per la lungoassistenza (RSA) 3,164 miliardi;

per studi e formazione del personale dei servizi residenziali e domiciliari per anziani 0,428 miliardi.

In particolare con i finanziamenti dell'ADI sono stati attivati servizi domiciliari in tutte le USL della Liguria nei territori dei comuni di Sanremo, Imperia, Finale, Albenga, Carcare, Savona, Genova-Sestri, Bolzaneto, Sampierdarena, centro storico, Nervi, Chiavari, La Spezia, Sarzana. La spedalizzazione domiciliare è effettuata a Genova (Ospedale Galliera) ed a La Spezia. Le RSA in oggi funzionanti sono a Chiavari, Pieve di Teco, Triora, Campoligure, Rossiglione.

A Chiavari e a Genova si effettuano, sul piano sperimentale, attività di recupero dei soggetti Alzheimer.

4. La rete dei servizi geriatrici.

Il coordinamento dei servizi geriatrici secondo il modello in rete prefigura risposte con diversa intensità assistenziale in rapporto alla diminuzione dell'autosufficienza, in tal senso possiamo classificare i servizi in quattro aree:

a) *area ospedaliera, comprendente unità operative di degenza geriatrica (per la fase acuta e per la « immediata riabilitazione »), day hospital, spedalizzazione domiciliare.*

In tale area, definita di « cura », la residenzialità è caratterizzata dalla prevalenza di prestazioni sanitarie di tipo medico-diagnostico, terapeutico e farmacologico.

b) *area della residenzialità sanitario-assistenziale: comprendente le strutture definite Residenze sanitarie assistenziali (RSA), dirette prevalentemente ad utenza anziana non autosufficiente, che non richiede solo prestazioni tutelari e di mantenimento, ma prestazioni sanitarie con prevalenza riabilitativa di recupero e riattivazione delle funzioni lese o carenti.*

In questa area la « residenzialità » è funzionale al recupero e va quindi particolarmente salvaguardata la qualità assistenziale, deve essere consentito anche il reinserimento nell'ambiente familiare o in altre strutture residenziali a valenza sociale (comunità alloggio e residenze protette).

Per quanto attiene ancora la residenzialità, la regione Liguria ha varato due provvedimenti legislativi (legge regionale n. 29 del 1992 coordinata con legge regionale n. 19 1993) che disciplinano i presidi pubblici e privati di ospitalità collettiva, ove i soggetti ospitati, per le condizioni individuali, necessitano di particolare assistenza sociale o socio-sanitaria. I citati provvedimenti normativi sono stati integrati dalla deliberazione del consiglio regionale n. 58 del 1994, che definisce gli *standards* strutturali e organizzativi che i presidi di ospitalità collettiva devono possedere per ottenere l'autorizzazione al funzionamento.

Menzione a parte meritano, in questo contesto, le Residenze sanitarie assistenziali (RSA): la legge regionale 3 aprile 1989, n. 8: « Piano sanitario regionale », prevedeva la trasformazione e il riutilizzo di al-

cune strutture ospedaliere in strutture di lungo assistenza sanitaria agli anziani, definite appunto RSA dalla legge n. 67 del 1988.

Successivamente, con le deliberazioni del consiglio regionale n. 8 del 1991 e n. 127 del 1992 sono state fornite specifiche indicazioni per la concreta trasformazione, anche transitoria, in attesa di ristrutturazione, delle lungodegenze transitoriamente attive in RSA. Inoltre la legge n. 724 del 23 dicembre 1994: « Misure di razionalizzazione della finanza pubblica » ha dato indicazioni alle regioni affinché provvedano alla chiusura dei presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto e alla loro riorganizzazione in RSA sospendendo, allo scopo, per agevolare le trasformazioni, anche i requisiti strutturali previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989. In base a ciò, la citata deliberazione del consiglio regionale n. 58 del 1994 ha previsto la possibilità di concedere particolari deroghe sugli *standards* dimensionali ai presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto, onde consentire in tempi brevi la loro riorganizzazione in RSA.

Successivamente, con deliberazioni n. 392 del 1995 e n. 1007 del 1995 la giunta regionale ha disciplinato il funzionamento delle RSA, sia per gli accessi alle stesse che per gli aspetti organizzativi dell'assistenza, nonché per i costi giornalieri della degenza.

c) area della residenzialità sociale: comprende residenze protette, assistite, comunità alloggio, alloggi protetti, eccetera. In quest'area, ancora di carattere residenziale, è prevalente, rispetto alla RSA l'assistenza alberghiera, tutelare ed il mantenimento delle funzioni vitali quotidiane.

Sono presenti, anche se in maniera più limitata, l'assistenza infermieristica e quella medica, fornite dai servizi distrettuali dell'USL o direttamente dalle strutture protette tramite medici di base, personale infermieristico e della riabilitazione.

d) area dei servizi territoriali: comprende le prestazioni di medicina di base e specialistica svolte in forma ambulatoriale ed in forma domiciliare, nonché le prestazioni socio-assistenziali, con particolare riferimento all'aiuto domestico familiare (assistenza domiciliare di carattere sociale), servizi di sostegno psico-sociale al singolo ed al nucleo familiare.

L'intervento più rilevante di questa area per l'anziano è l'assistenza domiciliare integrata (ADI), dove non esiste prevalenza tra prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, ma, entrambe, vengono erogate secondo l'intensità richiesta dalle condizioni dell'individuo.

d. 1) Si riportano le tabelle con l'indicazione dell'attività relativa all'area ospedaliera, a quella residenziale e all'ADI.

ASSISTENZA GERIATRICA OSPEDALIERA
situazione attuale e indicatore tendenziale di posti letto geriatrici previsto dal PSN

USL	Pop. > 65	posti geriatra all'1.6.1994	Lungodeg. transit. attive all'1.6.1994	N. posti U.O. geriat. previsti dal PSN Prog. Ob.Anz. (0,11% della pop > 65)
1	49.604	20		55
2	68.117	20	160	75
3	182.441	50	60	201
4	41.168			45
5	53.444	20	20	59
Totale	394.771	110	240	(*) 435

(*) nel numero dei posti è da considerarsi ricompresa una percentuale del 15-20% di spedalizzazione domiciliare

Note alla lettura delle tabelle:

1. la popolazione riportata è quella fornita dall'ISTAT all'1/1/94;
2. la spesa prevista dalla tabella sull'assistenza residenziale, derivata dal parametro capitaro, è calcolata su valori medi rapportati agli abitanti di ciascuna U.S.L. e non tiene conto della spesa storica e della mobilità inter-U.S.L..

ASSISTENZA RESIDENZIALE
Situazione esistente

USL	RSA del SSR	Posti convenzionali RSA	Posti convenzionali residenze protette
1	40		200
2		80	120
3	15	1.220	883
4	28		133
5			160
Totale	83	1.300	1.496

ASSISTENZA RESIDENZIALE
Indicatori da raggiungere entro il 1996

USL	N. posti previsti dal PSN P.O. Anziani (1,6% della pop. > 65)		Spesa prevista (*) (41.535 lire x ab)
	R.S.A.	Res. Protette	(41.535 lire x ab.)
1	510	284	9.040.300.425
2	700	390	11.837.765.745
3	1.876	1.042	32.718.905.505
4	425	235	6.224.601.240
5	550	305	9.237.010.185
Totale **	4.061	2.256	69.058.583.100

(*) Il finanziamento citato è la quota del parametro capitaro destinata all'assistenza residenziale, secondo gli accordi della Conferenza Stato Regioni relativi al parametro capitaro 1994.

** La ripartizione dei posti in RSA e Residenze protette è un indicatore "tendenziale" derivante dall'incidenza del bisogno residenziale dei non autosufficienti totali o parziali. Il potenziamento dell'ADI o di interventi economici sostitutivi al ricovero, dovrebbe portare ad una diminuzione dei posti residenziali.

Assistenza Domiciliare Integrata**Situazione esistente (30.6.93)**

USL	Pop. > 65	N.assistiti nel 1993 (*)	Operatori in ruolo
1	49.604	90	14
2	68.117	150	26
3	182.441	300	25
4	41.168	70	9
5	53.441	120	9
Totale	394.771	730	83

(*) la proiezione statistica degli assistiti sul totale della popolazione anziana fa rilevare una percentuale intorno allo 0,2%

Assistenza Domiciliare Integrata**Indicatori da raggiungere entro il 1996**

USL	N. assistiti previsti dal PSN (2% della pop. > 65)	Operatori (0,25 op. x 1000 ab.)	Spesa da prevedere (*) (15.660 lire x ab.)
1	992	54	3.408.477.300
2	1.362	71	4.463.209.620
3	3.649	197	12.336.055.380
4	823	37	2.346.870.240
5	1.069	56	3.482.643.060
Totale	7.895	415	26.037.255.600

(*) Il finanziamento citato è la quota del parametro capitaro destinata all'assistenza domiciliare, secondo gli accordi della Conferenza Stato Regioni relativi al parametro capitaro 1994.

d. 2) Attività socio-assistenziali: fermo restando che tali attività sono di competenza primaria dell'Ente locale, a seguito del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, la regione, in termini promozionali e sussidiari all'intervento dei comuni, ha erogato agli stessi, nel biennio 1994-1995, per le attività di carattere domiciliare, per comunità alloggio, centri sociali, interventi di supporto alla famiglia con soggetti non autosufficienti e cure termali, progetti sperimentali, i seguenti contributi:

Centri Sociali:	lire 693.724.000
Comunità Alloggio:	lire 438.528.000
Famiglia, cure termali, soggiorni vacanza:	lire 1.533.548.000
Progetti sperimentali:	lire 914.000.000
<i>Assistenza Domiciliare:</i>	
IMPERIA	lire 1.082.611.000
SAVONA	lire 1.272.454.000
GENOVA	lire 4.302.963.000
LA SPEZIA	lire 1.177.918.000

REGIONE LOMBARDIA

Si fa riferimento alla lettera prot. n. 7246/1/DAS/RPA del 13 giugno 1995 con la quale si chiedono, per il periodo ottobre 1993-settembre 1995, dati e informazioni da utilizzare per la relazione al Parlamento sulle condizioni dell'anziano.

Si trasmettono in allegato alcuni provvedimenti adottati nel biennio considerato dai competenti Organi regionali sia di tipo programmatico sia di ordine finanziario.

Con deliberazione n. 1439 dell'8 marzo 1995 il Consiglio Regionale ha approvato il « Progetto obiettivo anziani per il triennio 1995-1997 ».

Il provvedimento è ricco di dati e di informazioni di varia natura circa la situazione degli anziani nella regione Lombardia.

Come si rileverà dalla sua lettura e in particolare da quanto descritto al paragrafo 1.3 « le concretizzazioni operative », la problematica degli anziani nella nostra regione è affrontata nei suoi vari aspetti:

- la conoscenza della condizione anziana;
- la scelta del sistema a rete quale modello organizzativo;
- l'insieme degli sviluppi della rete dei servizi per adeguarla alle esigenze della popolazione anziana;
- la definizione organica delle prescrizioni vincolanti nel prossimo triennio;
- la formazione degli operatori, l'avvio di sperimentazioni formativo-gestionali mirate.

L'ultimo paragrafo « risorse finanziarie » descrive, infine, i mezzi finanziari impegnati nel triennio 1992-1994 e i finanziamenti previsti sia per spese correnti che per investimenti per il triennio 1995-1997.

Con deliberazione di giunta 28 febbraio 1995 n. 64515, pubblicata sul BURL del 22 aprile 1995 si è programmata l'attivazione di nuclei Alzheimer in residenze sanitarie assistenziali e negli istituti di riabilitazione:

Complessivamente sono previsti per l'anno 1995 n. 50 nuclei — di cui:

- n. 40 in RSA e n. 10 in IDR.
- e per l'anno 1996 n. 20 nuclei in RSA.

Il finanziamento di detti interventi ammonta a lire 23 miliardi.

Di seguito si commentano alcuni provvedimenti adottati dalla regione nel periodo ottobre 1993-settembre 1995 in materia di finanziamenti per investimenti.

Con deliberazioni di giunta n. 64561 del 1° marzo 1995 e n. 64977 del 7 marzo 1995 sono stati assegnati contributi FRISL (fondi ricostituzione infrastrutture sociali Lombardia) per complessive lire 145 miliardi.

Si fa notare che l'ammontare della spesa relativa alle opere ammesse a contributo FRISL è di oltre lire 350 miliardi.

Sono in corso di perfezionamento provvedimenti per incrementare per lire 30 miliardi i contributi FRISL consentendo, in tal modo, il finanziamento di ulteriori interventi ritenuti ammissibili con la succitata DGR n. 64561.

Con deliberazione di giunta 19 aprile 1995 n. 67003 si è disposta l'erogazione di contributi per la realizzazione di interventi finalizzati all'acquisizione dei requisiti richiesti per ottenere l'autorizzazione al finanziamento.

Il finanziamento regionale ammonta a complessive lire 31,6 miliardi e la quota maggiore di tale finanziamento è riservata ad opere interessanti l'area degli anziani e degli handicappati: lire 16,4 miliardi e lire 1,3 miliardi (v. prospetti D-E).

Da ultimo si ritiene doveroso far presente che nel triennio considerato sono state pressoché ultimate le istruttorie riguardanti gli interventi nel settore delle RSA e degli istituti di riabilitazione, finanziati ai sensi della legge n. 67 del 1988.

Con deliberazione di giunta dell'11 aprile 1995 n. 66342 si è provveduto a ridefinire il piano triennale straordinario di detti interventi facendo notare che risultano già approvati dai competenti Organi regionali i singoli progetti esecutivi.

Come si rileva dall'ultimo prospetto il finanziamento ammonta a lire 401 miliardi e il costo dei progetti ammonta a complessive lire 626 miliardi.

Da quanto sovradescritto e dalla lettura di quanto ampiamente illustrato nei documenti qui uniti si può rilevare chiaramente il notevole impegno finanziario e la particolare attenzione che gli Organi regionali riservano alle esigenze della popolazione anziana lombarda.

Si resta a disposizione per fornire ulteriori chiarimenti e si inviano distinti saluti.

L'ASSESSORE
(Dr. Maurizio Bernardo)

REGIONE MARCHE



GIUNTA REGIONE MARCHE
SERVIZIO SANITA'

Ancona, il 28 LUG. 1995

Proi. N. 1894/SAN/3/AP

M. 1995

Al Capo Dipartimento
Per gli Affari Sociali
Ufficio Tematiche Familiari e Sociali
-Servizio Anziani-
Palazzo Chigi 00100 R O M A

Oggetto: Documentazione, atti formali e relazioni sulla tutela dell'anziano marchigiano, per la relazione parlamentare biennio 1994-1995.

Facendo seguito alla Vostra nota del 13 giugno 1995, n. DAS/ 7246/1/DAS/RPA di protocollo, si trasmette ogni elemento utile in nostro possesso riguardante la raccolta dati ed informazioni, di cui all'oggetto.

Distinti saluti.

Il Dirigente del Servizio
(Dr. Giacomo Clini)

ARRIVO
DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
date - 7 AGO. 1995
Protocollo N. 9976/1/DAS/RPA
ARRIVO

1. - L'INVECCHIAMENTO PROBLEMA DEMOGRAFICO E SOCIALE.

L'invecchiamento è uno dei maggiori problemi dell'Europa degli anni 2000. L'Italia, ed in particolare le regioni del nord-centro, quali: Liguria, Friuli, Emilia, Toscana, Marche, eccetera, contano percentuali di ultrasessantacinquenni dal 18 per cento al 21 per cento.

La struttura della popolazione ha diretta influenza sul modello di sviluppo economico e sociale e sulla produzione del reddito, quindi, tenuto conto della dimensione del fenomeno, per i prossimi decenni, l'invecchiamento, avrà inevitabili ripercussioni anche sulle scelte di spesa e di investimento da parte dello Stato.

L'incremento della popolazione anziana, derivato, non solo dalla flessione della nascita, ma dall'aumento della vita media, non può essere ovviamente affrontato solo sul piano degli interventi socio-assistenziali e sanitari, ma trattando in questa sede tale materia, non possiamo che sottolineare come il fenomeno anziani, non adeguatamente affrontato nella programmazione nazionale, ha inciso pesantemente sulla spesa sanitaria, su quella previdenziale ed assistenziale, nonché sulla finanza locale, contribuendo all'aumento della spesa pubblica, che è insieme al problema occupazionale tra i più gravi dell'ultimo biennio.

Il cambiamento di approccio al problema degli anziani, consiste nell'adottare una strategia « preventiva » che migliori complessivamente la qualità della vecchiaia, sia sul piano della vivibilità ambientale (casa, comunicazioni, trasporti, servizi individuali e collettivi) che su quello della salute individuale.

Nell'intento di fornire un programma globale e soddisfacente agli attuali problemi ed in particolare a quelli dell'elevato ricorso alla specializzazione delle persone anziane o al loro ricovero in istituzioni assistenziali, con una forte incidenza di spesa spesso originata da motivi sociali e da carenze di strutture alternative, la regione Marche, di cui al Progetto obiettivo prototipale 1991-1993 per la tutela e cura dell'anziano, ha posto in essere i seguenti specifici obiettivi:

a) mantenere possibilmente l'anziano nel proprio domicilio, salvaguardando i rapporti familiari e le più ampie relazioni sociali e garantendo l'integrità del suo status e dei suoi ruoli nel contesto sociale, mediante l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) che è da ritenersi come servizio integrato socio-sanitario e non una mera sommatoria delle varie prestazioni fornite dai servizi di base sanitari e assistenziali;

b) migliorare la qualità dei servizi attraverso:

lo sviluppo di una conoscenza e cultura medica geriatrica, a livello sia degli operatori che della collettività;

l'attivazione o il potenziamento di altri servizi alternativi « polivalenti » sia come utenza, sia come natura delle prestazioni;

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

d) realizzare una deospedalizzazione dei ricoveri impropri e, nel contempo, una graduale riconversione dei posti letto e dei servizi ospedalieri, con contestuale mobilità e utilizzo del personale medico e non medico da adibire ai servizi alternativi territoriali;

e) programmare una corretta e idonea politica di interventi a favore dei soggetti non autosufficienti, attraverso l'attivazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari alternativa al ricovero in ospedale o in altre istituzioni non adeguatamente attrezzate, mediante l'istituzione delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA);

f) prevedere, nell'ambito di una dimensione collegiale operativa formata da unità mediche e non mediche, spazi di intervento psico-sociale, sia nelle istituzioni attuali sia fuori di esse, volti a:

assicurare un approccio globale ai problemi di disadattamento ambientale;

trattare i disturbi psico-comportamentali legati al processo di invecchiamento fisiologico e non;

soddisfare le esigenze di attivazione, socializzazione e gestione del tempo libero, eccetera.

I mezzi usati per concretizzare la realizzazione degli obiettivi preposti sono stati con la promozione di indagini mirate ad accertare:

1) la riduzione dei ricorsi ospedalieri impropri;

2) l'accertamento degli assistiti cronici, attualmente istituzionalizzati valutandone la natura dei quadri morbosi ed il livello di non autosufficienza;

3) l'analisi campionaria della popolazione ultra sessantacinquenne, ad opera delle Unità sanitarie locali e dei comuni, al fine di accertarne il numero, le condizioni di salute, il grado di autosufficienza, le condizioni economiche e abitative.

Necessita inoltre prevedere quanto appresso:

attivare il servizio sanitario domiciliare integrato, rivolto prioritariamente agli anziani non autosufficienti, con l'obiettivo tendenziale di poter servire almeno il 3 e/o il 5 per cento della popolazione ultra sessantacinquenne;

valorizzare lo strumento dell'ospedale diurno al fine di prevenire il ricovero e favorire la deospedalizzazione rapida degli anziani;

affrontare in modo realistico il problema della lungodegenza ospedaliera per quanto possibile privilegiando strutture alternative socio-assistenziali (RSA);

potenziare l'intervento sanitario extraospedaliero valorizzando il ruolo medico di base, fornendogli supporti di carattere formulativo e di personale infermieristico, tecnico e sociale;

valorizzare le esperienze positive e stimolare l'attivazione di una presenza globale della medicina geriatrica, preferibilmente a livello distrettuale.

Ad integrazione di quanto sopra, necessita adottare un modello organizzativo per la « Tutela e Cura dell'Anziano », con particolare riferimento agli anziani non autosufficienti, affinché sia utilizzato nelle singole realtà locali, con l'aiuto geriatrico e gerontologico, il loro mantenimento all'interno della propria famiglia o della propria abitazione con l'assegnare un ruolo organizzativo preminente al distretto, come sede specifica di interventi funzionalmente integrati da rendere al domicilio o in strutture semiresidenziali a ciclo diurno, prima di giungere all'accoglimento in residenze o in altre soluzioni istituzionalizzate, quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA).

A fianco di detta importante struttura è stato istituito il Gruppo operativo territoriale multidisciplinare o Unità valutativa geriatrica territoriale - UVGT - che ha il compito di valutare la condizione socio-sanitaria di tutta la popolazione anziana della USL di appartenenza, oltre ad assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione al trattamento ADI, raccogliendo i dati sull'entità, qualità ed efficacia dei servizi erogati e promuovendo indagini in cui sono previste le seguenti unità operative:

il responsabile del Servizio della Medicina di base e dei distretti della USL di appartenenza, con funzioni di coordinamento dell'Unità, coadiuvato da un medico geriatra;

i responsabili dei distretti;

un medico fisiatra;

un medico specialista dei servizi poliambulatoriali;

uno psicologo;

un infermiere professionale, un terapeuta, un assistente sanitario e un assistente sociale.

Ritengo inoltre necessario rilevare che:

la definizione di progetto-obiettivo data dal legislatore nazionale introduce un altro importante concetto che distingue questo dalla azione programmata: il coinvolgimento trasversale e intersettoriale di altre amministrazioni su un progetto di tutela che travalica l'esclusivo ambito sanitario. In altri termini, l'assunzione di un progetto-obiettivo tra gli impegni prioritari del Piano sanitario regionale impegna il *Governo marchigiano* a mobilitare tutte le componenti amministrative settoriali anche extra sanitarie che possono concorrere a fornire una risposta esauriente ai bisogni delle persone destinatarie di progetto;

l'importanza di questo coinvolgimento intersettoriale e l'utilità che può derivarne ai destinatari della tutela sono di tutta evidenza tenendo presente che i progetti-obiettivo considerati dal presente Piano sanitario regionale e dalla normativa, di cui alla legge regionale n. 43 del 1988, riguardano gli Anziani, con particolare riferimento a quelli non autosufficienti;

l'indicazione di legge va tradotta in atti operativi, in un coinvolgimento effettivo di servizi, strutture e impegni di bilancio e va realizzata mettendo in vita forme ed espressioni istituzionali di coordinamento intersettoriale, che, facendo perno sul momento sanitario, in quanto onerato dall'impegno principale, rendano attivamente partecipi del progetto e co-protagonisti della sua realizzazione gli esponenti istituzionali e tecnici degli altri settori;

l'allungamento della vita media, l'invecchiamento progressivo e costante della popolazione pongono problemi sempre più complessi alla società: problemi di ordine socio assistenziale, sanitario, previdenziale, economico e politico;

l'invecchiamento è un processo che dura tutta la vita e deve essere riconosciuto come tale;

una particolare attenzione deve essere portata nel campo delle cure agli anziani di età molto avanzata e ai non autosufficienti;

è a partire dai 75 anni che, per gli anziani, si pongono i maggiori problemi concernenti la loro non autosufficienza (intesa nella sua accezione più ampia di perdita o alterazione delle diverse capacità e risorse fisiche, economiche e razionali). È pertanto su tale fascia che dovrà essere posta particolare attenzione e dovranno essere ripensate le filosofie sottostanti agli attuali modelli organizzativi dei servizi, le tipologie delle prestazioni nonché la professionalità degli operatori;

occorre ampliare l'assistenza a domicilio per assicurare servizi socio-sanitari di buon livello ed in qualità sufficiente perché le persone anziane possano abitare nelle loro comunità di origine e vivere autonomamente il più a lungo possibile. L'assistenza a domicilio non può essere considerata come un sostituto delle cure ospedaliere; questi due tipi di cure sono invece complementari e converrà associarle nel sistema sanitario perché le persone anziane possano ricevere, con una spesa minima, le cure più adatte alle loro esigenze. Occorre, dunque, dotare i servizi a domicilio di unità operative mediche, paramediche, infermieristiche e tecniche che consentano di limitare il ricorso alla spedalizzazione;

occorre disporre di un'abitazione confortevole, poiché la casa è al centro di quasi tutte le attività degli anziani ed è per loro uno dei fattori più importanti.

In effetti, un giusto adattamento dell'alloggio, con aiuto domestico pratico che faciliti la vita quotidiana, insieme a strumenti tecnici come elettrodomestici, utensili da cucina, eccetera, opportunamente studiati possono ridurre la difficoltà di vivere in casa propria alle persone anziane la cui autosufficienza è ridotta o che soffrono di altri *handicap*;

occorre fare tutto il possibile, ogni volta che il ricovero in istituto è necessario ed inevitabile per l'anziano, per garantire una qualità di vita corrispondente alle condizioni esistenti nella comunità di origine, salvaguardando il pieno rispetto e la dignità umana, la fede, le esigenze, gli interessi e la vita privata dello stesso;

occorre, da ultimo, aderire con profonda convinzione al principio che la famiglia, qualunque essa sia, resta il nucleo primo e fondamentale della società, il punto dove convergono, si acquiscono e si smorzano le tensioni e dove, soprattutto, possono risolversi positivamente le problematiche esistenziali dei suoi componenti. Per queste ragioni la famiglia costituisce un punto di riferimento di primaria importanza e di insostituibile rilievo per affrontare in modo adeguato e civile le problematiche della condizione anziana. Riconosciuta la famiglia, come nucleo fondamentale della società;

occorre sforzarsi di incoraggiarla, di proteggerla e di rafforzarla in accordo con i diversi valori culturali e nel soddisfacimento dei bisogni dei suoi membri anziani.

A completamento di quanto detto nasce il Servizio « Telesoccorso e Telecontrollo » da parte delle Unità sanitarie locali in associazione provinciale o regionale e, per la realizzazione di tale servizio, è stato e/o dovrà essere osservato quanto segue:

rompere l'isolamento dell'anziano ed essere stimolo di socializzazione;

fornire un particolare sostegno psicologico;

realizzare il monitoraggio di specifici aspetti di rischio della situazione personale e ambientale;

verificare la confidenza acquisita dall'utente nell'uso del radio-comando;

svolgere infine utili compiti di « segretariato sociale » su richiesta dell'utente della ricerca e fornitura di informazioni per accedere a uffici, enti, associazioni, eccetera.

L'attività istituzionale di tale Servizio, due servizi in uno, dovrà assicurare mediante il proprio Centro e, o le sue Centrali operative, entrambi i servizi con una dotazione di complesse attrezzature e di sofisticati sistemi computerizzati per garantire un funzionamento continuo, distinto in: diurno, notturno, feriale e festivo.

È stato inoltre precisato che l'organizzazione di tale Servizio sarà la seguente:

Centro operativo: funzionante 24 ore su 24;

Unità operative: 2 (due) operatori qualificati in turno, che siano in grado di conoscere sia il codificatore, che il computer e la relativa stampante;

Settore tecnico: un certo numero di operatori specializzati (almeno uno per ogni turno) per:

- installazioni;
- assistenza tecnica;
- manutenzione.

Si è inoltre precisato che la gestione di detto Servizio sarà assegnata alle forze attive di volontariato e/o di tutti gli altri soggetti comunque organizzati, costituiti nella regione Marche e operanti nel settore con:

- a) una accurata selezione e formazione di personale qualificato;
- b) una organizzazione territoriale efficiente con una progressiva realizzazione, se necessario, di uno o più centri sul territorio regionale;
- c) una costante attenzione e partecipazione ad importanti iniziative di ricerca;
- d) una preziosa collaborazione finalizzata con quelle strutture che, a qualsiasi livello, svolgono nel territorio compiti di tipo socio-sanitario e assistenziale.

Quanto esposto rappresenta l'attività istituzionale del Servizio « Telesoccorso-Telecontrollo », Servizio che si avvale della rete telefonica mediante l'installazione di un idoneo terminale periferico collegato all'apparecchio telefonico dell'assistito, il quale realizza una preziosa funzione di ponte tra l'utente e le sue necessità — da un lato — e gli operatori o le strutture deputate a provvedere alla sua sicurezza — dall'altro — procurando interventi mirati, rapidi, efficaci.

Con il « Telesoccorso » vanno organizzati gli interventi per la gestione di un qualsiasi tipo di allarme e pronto intervento;

Con il « Telecontrollo » vanno garantite le chiamate giornaliere o settimanali di verifica dei bisogni dell'utente, di cui alla posologia medica presentata.

Il Responsabile
(Alessandro Pace)

OGGETTO: Circolare presidenziale n. 1 del 2 marzo 1992, riguardante il progetto obiettivo prototipale - « Indirizzi Operativi alle USL marchigiane in ordine alle modalità e benefici previsti dal servizio sanitario nazionale per la tutela e cura dell'anziano » - in ottemperanza della legge regionale 5 novembre 1988, n. 43, concernente l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie.

Al fine di rendere operativa la deliberazione n. 7026, di pari oggetto, adottata dalla giunta regionale nella seduta del 23 dicembre 1991 e resa esecutiva nei termini di legge, in modo omogeneo, si forniscono le indicazioni regolarmente approvate dall'Esecutivo, che si riportano integralmente.

1) I soggetti ultrasessantacinquenni che rientrano nel Progetto obiettivo prototipale « Tutela e Cura dell'Anziano » sono distinti in:

persone anziane non autosufficienti;

persone anziane parzialmente autosufficienti;

persone anziane autosufficienti ma comunque abbisognevole di servizi socio-sanitari.

2) A detti soggetti dovrà dunque essere fornita l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) che deve intendersi, quell'insieme coordinato di interventi di natura diversa erogati a domicilio dell'utente anziano parzialmente autosufficiente, non autosufficiente o disabile. Essa è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali rese a domicilio dell'assistito, nel rispetto di *standards* minimi di prestazioni in forma integrata e secondo i piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso.

Il medico di medicina generale, appartenente ai servizi sanitari di base, resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente e a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio o ad esigenze di ricovero ospedaliero.

Detti interventi riguardano:

a) l'assistenza del medico di medicina generale: medico di famiglia o di base, nelle forme previste dal contratto di lavoro e dalle convenzioni vigenti, pari a 50 accessi annui programmati per assistito, il cui costo per accesso ammonta a lire 30.000;

b) l'assistenza specialistica, nelle forme previste dal contratto di lavoro e dalle convenzioni vigenti, pari a 8 consulenze annue per assistito, il cui costo per consulenza ammonta a lire 50.000;

c) l'assistenza infermieristica, pari a 100 ore annue per assistito, viene espletata come segue:

da 1 infermiere professionale ogni 14 utenti per i residenti in zona urbana, il cui costo orario ammonta a lire 15.000;

da 1 infermiere professionale ogni 10 utenti per i residenti in zona extraurbana, al costo orario va aggiunta l'indennità per mobilità del personale secondo le normative contrattuali vigenti;

d) l'assistenza riabilitativa, di recupero e rieducazione funzionale, pari a 50 ore annue per assistito, viene espletata da 1 terapeuta della riabilitazione ogni 50 utenti. Il cui costo orario è il seguente:

lire 15.000, per i residenti in zona urbana;

lire 15.000, più l'indennità per mobilità del personale secondo le normative contrattuali vigenti;

e) le altre forme di assistenza sanitaria, compresi gli eventuali prelievi per esami clinici, riguardano anche il materiale sanitario, la cui spesa annua prevista ammonta a lire 300.000.

Quanto sopra rappresenta gli *standards* assistenziali minimi per assistito che l'Unità sanitaria locale, tramite l'ADI, deve assicurare e sulla base dei quali saranno determinati gli oneri di finanziamento.

Per quanto riguarda invece il servizio di assistenza domiciliare (SAD) o l'assistenza domestica ed abitativa, per lo svolgimento dell'attività quotidiana, pari a 140 ore annue per assistito, è di competenza socio-assistenziale e vi provvede il comune di appartenenza in conformità della legge regionale n. 43 del 1988 e del decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 24 del 1989.

Si tiene a precisare che:

il coordinamento delle diverse figure professionali e degli operatori che erogano tali servizi avviene nell'ambito del Distretto, sulla base di programmi conformi alle attuali indicazioni e a quelle del Piano regionale;

gli obiettivi dell'ADI e del SAD sono la promozione ed il sostegno a domicilio delle condizioni di salute per anziani e per le capacità di provvedervi autonomamente ed in modo soddisfacente.

L'ADI e il SAD rispondono ad esigenze e a stati di bisogni multipli, che per gravità e per impegno assistenziale richiesto, escludono trattamenti e soluzioni a livello residenziale, quali: il ricovero ospedaliero o in residenza sanitaria assistenziale (RSA) o in day-hospital;

la decisione per l'ammissione all'ADI, spetta al Responsabile del Distretto o, in sua assenza, al Capo Servizio della medicina di base e coordinamento distretti, su richiesta del medico di medicina generale, in accordo con gli operatori degli altri servizi sanitari e socio assistenziali, previa verifica delle condizioni motivanti l'intervento;

Tale verifica avverrà attraverso il confronto diretto con gli operatori interessati con l'uso di strumenti di valutazione appropriati, con il soggetto richiedente e con i familiari stessi, considerando infine la disponibilità delle risorse del Distretto.

Lo strumento di valutazione sarà costituito da apposita scheda, che fare parte integrante della cartella dell'assistito, per rilevare le potenzialità psico-fisiche, sensoriali e relazionali dello stesso. Detta scheda, preparata dal Servizio sanità, dovrà contenere una scala di valutazione per determinare il grado di non autosufficienza dell'utente nonché il livello di intensità assistenziale richiesto, di cui ai prospetti 4 e 5, allegati alla presente circolare.

3) Viene inoltre stabilito che presso ogni Unità sanitaria locale sia istituito il Gruppo operativo territoriale multidisciplinare il quale ha il compito:

di valutare la condizione socio-sanitaria, sia del singolo che di tutta la popolazione anziana;

di programmare gli interventi;

di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione al trattamento ADI;

di raccogliere i dati sull'entità, qualità ed efficacia dei servizi socio-sanitari erogati, promuovendo e coordinando indagini epidemiologiche sulla popolazione anziana, distinta per distretto, della USL di appartenenza.

Gli operatori che possono rientrare in questo gruppo operativo territoriale sono:

il responsabile del Servizio di Medicina di base e dei Distretti della USL di appartenenza con funzioni di coordinamento dell'Unità, coadiuvato da un medico geriatra;

i responsabili dei Distretti;

un medico fisiatra;

un medico specialista dei servizi poliambulatoriali;

uno psicologo;

un infermiere professionale;

un terapeuta;

un assistente sanitario;

un assistente sociale.

4) Analogo trattamento assistenziale sanitario va assicurato agli anziani ricoverati nelle strutture di accoglimento residenziale (articolo 23 della legge regionale n. 43 del 1988), stabilendo che l'assistenza sanitaria si espliciti nei seguenti gruppi di prestazioni:

assistenza medico-generica;

assistenza specialistica;

assistenza infermieristica;

assistenza ospedaliera;

assistenza farmaceutica;

assistenza riabilitativa.

L'erogazione di tali prestazioni avviene in forma diretta, salvo le particolari convenzioni che la legge n. 833 del 1978 consente con specifiche strutture che sono chiamate a concorrere con il servizio pubblico ad assicurare l'assistenza ai cittadini.

Tutti i tipi di assistenza sopraelencati debbono essere erogati dalla USL territorialmente competente, a meno che non siano espletati dalle stesse strutture residenziali alle quali la USL dovrà rimborsare le relative spese sostenute, in conformità di quanto disposto dal suddetto atto deliberativo.

È nel quadro di tali principi normativi che le persone anziane ricoverate nelle case albergo o case di riposo o nelle strutture protette debbano beneficiare delle prestazioni assistenziali previste dalle normative nazionali e regionali.

5) L'articolazione della suindicata assistenza sanitaria si deve estrinsecare anche presso le strutture residenziali mediante:

a.1) *Assistenza medico-generica.*

Vi provvede il medico di medicina generale o medico di base che assicura tutte le prestazioni sanitarie previste dall'accordo collettivo nazionale in vigore (visite mediche, consulto con lo specialista, accesso presso gli ambienti di ricovero, prescrizioni farmaceutiche, richieste di visite o indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure terminali, segnalazioni ai Servizi sociali dell'esigenza di particolari interventi, segnalazioni esplicative per eventuali accorgimenti riguardanti i servizi di guardia medica, richieste di prestazioni sanitarie di particolare impegno professionale, eccetera).

Inoltre vengono applicate, a favore degli ospiti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti ricoverati in strutture per anziani, le norme di assistenza programmata mediante apposita deliberazione di convenzionamento tra USL e struttura residenziale, per un numero massimo di 4 accessi al mese e per compenso non superiore a lire 30.000, in conformità dell'articolo 26 del decreto del Presidente della Repubblica n. 314 del 1990. Con l'applicazione delle forme di assistenza programmata un medico di medicina generale, scelto dall'ente gestore, assicura e adempie anche ai compiti di carattere igienico-organizzativo.

a.2) *Assistenza specialistica.*

Tale assistenza viene assicurata dalle strutture ospedaliere, nonché da quelle territoriali presso le quali si recano o vi sono condotti gli ospiti delle strutture residenziali, se autosufficienti.

Nelle strutture residenziali con prevalente o esclusiva presenza di unità non autosufficienti, l'USL provvede a garantire l'accesso ai medici specialisti delle branche più afferenti alle patologie dell'anziano con cadenza temporale e frequenza, secondo apposita deliberazione concordata tra le parti, pari mediamente a 8 consulenze annue per assistito, al costo di lire 50.000 per accesso.

a.3) *Assistenza farmaceutica.*

Essa viene assicurata mediante le ricette individuali da parte del medico curante e/o specialista e conseguente fornitura da parte del Servizio di Farmacia del presidio ospedaliero della USL di appartenenza.

A cura delle Unità sanitarie locali, in accordo con le strutture interessate e nell'ambito della vigilanza del geriatra, possono essere attivati armadi di materiale farmaceutico, fornito dal suddetto Servizio di Farmacia, al quale dovrà essere aggiunto anche il materiale sanitario per gli assistiti che rientrano nell'ADI, la cui spesa annua ammonta a lire 300.000, ciò per conseguire un migliore rapporto costo/beneficio.

a.4) *Assistenza infermieristica.*

L'USL deve assicurare l'assistenza infermieristica dei soggetti interessati mediante infermieri professionali. Lo *standard* tendenziale del personale infermieristico suggerito è di 1 infermiere ogni 14 ospiti per 100 ore annue, al costo orario di lire 15.000, la cui applicazione deve tener conto del grado di infermità, della numerosità dei pazienti e di altre condizioni di carattere organizzativo.

a.5) *Assistenza riabilitativa.*

L'USL deve garantire l'attività di riabilitazione attraverso personale idoneo che deve svolgere i propri compiti all'interno della struttura residenziale per non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

Lo *standard* tendenziale del personale riabilitativo si indica in un terapeuta ogni 50 ospiti per 50 ore annue, al costo orario di lire 15.000, la cui applicazione deve tener conto della numerosità, del grado di infermità dei pazienti e delle relative esigenze riabilitative.

6) Di conseguenza si ritiene opportuno applicare i « Protocolli di raccordo operativo tra Unità sanitarie locali e strutture residenziali per anziani parzialmente autosufficienti e non autosufficienti ».

Premesso che la responsabilità dell'erogazione del Servizio sanitario fa capo alla USL e che la responsabilità dell'andamento generale della struttura di ricovero fa capo all'ente che l'amministra, si rende necessario che tra gli organi gestionali delle Unità sanitarie locali e quelli delle strutture residenziali per anziani si addivenga ad intese operative.

Tali protocolli d'intesa dovranno definire con chiarezza i riferimenti di responsabilità organizzativa e gerarchica del personale che assolve ai compiti sanitari, nonché gli aspetti dell'organizzazione del lavoro influenti sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, e negli stessi protocolli dovranno risultare quante unità operative infermieristiche o riabilitative delle strutture residenziali potranno effettuare tale servizio integrando in questo modo l'attività di quelle messe a disposizione dalla USL interessata.

Le intese, mediante adozione di regolare atto formale concordato tra la USL interessata ed il Servizio sanità, dovranno perseguire l'obiettivo della corretta funzionalità e dell'efficienza operativa di tutte le strutture sanitarie appartenenti alla medesima USL.

7) Le Unità sanitarie locali dovranno presentare, entro 60 giorni dalla presente comunicazione, il proprio progetto obiettivo, redatto in accordo con i comuni, al Servizio sanità della regione, tenendo presente di quanto appresso indicato:

un progetto di fattibilità per l'avvio e lo sviluppo di servizi domiciliari integrati, corredandolo con una documentazione da cui risultino elementi utili a valutare la corrispondenza del servizio con le linee di politica per gli anziani approvati dall'esecutivo regionale, ai fini di ottenere un sostegno economico. Nella stesura del progetto suindicato dovranno essere riportati:

il servizio sanitario che si intende attivare e nel caso sia già operante, con le risorse utilizzabili o da utilizzare a livello domiciliare sia in termini di personale che di mezzi;

una breve descrizione, a cura del Responsabile del servizio di medicina di base, che tenga conto dei rapporti con il distretto;

una specificazione dei criteri che verranno adottati per garantire l'integrazione, fornendo copia di eventuali accordi, convenzioni o protocolli già intervenuti tra le Unità sanitarie locali e gli altri Enti coinvolti o in fase di predisposizione;

un'indicazione delle modalità attraverso le quali verranno coinvolti i medici di medicina generale nonché le altre figure professionali sanitarie eventualmente necessarie ed operanti negli altri Servizi della USL di più diretto interesse per gli anziani;

una descrizione dei criteri preferenziali per l'individuazione della utenza parzialmente autosufficiente e non autosufficiente, per cui dovrà essere posta particolare attenzione alle persone:

dimesse o dimissibili dalle strutture ospedaliere;

anziani terminali;

a rischio di ricovero;

un invio dell'elenco nominativo dei responsabili degli operatori, con relativa qualifica, coinvolti nel Servizio in questione, ai fini della predisposizione di programmi formativi a livello regionale;

l'inoltro del preventivo di spesa distinto per singole voci, di cui agli allegati « A1 », « A2 » e « A3 » parti integranti del presente atto;

la durata del progetto non dovrà superare il triennio 1991-1993.

8) La regione intende avviare nel suo territorio una esperienza di « Telecontrollo-Telesoccorso » per cui si dovrà attuare, in collaborazione con i servizi socio-assistenziali, detto Servizio per gli anziani in ADI. Tale iniziativa, coordinata dai Distretti e con il coinvolgimento delle realtà di volontariato presenti sul territorio, andrà ad inserirsi, quale ulteriore elemento di raccordo, in quella « rete di servizi socio-sanitari integrata » in cui la specificità dei singoli apporti va ripensata e valorizzata in funzione della tutela e cura dell'anziano.

Per quanto specificatamente attiene agli aspetti sanitari i risultati attesi sono essenzialmente i seguenti:

agevolare, nei casi indicati, la cura del paziente presso il proprio domicilio, in alternativa al ricovero;

favorire, con adeguato « *follow up* » domiciliare, l'anticipata dimissione dall'ospedale;

perfezionare i « percorsi di prevenzione e monitoraggio », a domicilio, di casi ad elevato rischio sanitario.

L'individuazione degli utenti sarà compito dei comuni e delle Unità sanitarie locali dando priorità ai soggetti « indigenti » o con reddito più modesto che vivono soli o in coppia soli, che siano dichiarati a rischio dai sanitari e che stiano per essere dimessi dall'ospedale e bisognevoli di una specifica e adeguata assistenza post-operatoria.

Per le caratteristiche assistenziali, a prevalenza sanitaria, del Telecontrollo-Telesoccorso, per ciascun soggetto dovrà essere compilata e

memorizzata una apposita scheda, contenente i dati più significativi ed utili per un pronto ed efficace intervento.

In particolare la scheda dovrà prevedere appositi spazi anamnestici compilati dal medico per una corretta impostazione del soccorso in caso di bisogno. Verrà registrata sulla scheda stessa ogni chiamata in arrivo ed in partenza e in sintesi i motivi e gli interventi predisposti.

La nuova struttura che verrà a costituirsi potrà essere gestita direttamente dai servizi pubblici e dalle associazioni di volontariato presenti sul territorio, in conformità della legge regionale n. 43 del 1988, mediante convenzionamento con gli Enti interessati o da ditte private specializzate nel settore. Tale struttura deve essere messa nelle condizioni di potersi rapportare ai seguenti servizi:

pronto soccorso e trasporto infermi tramite chiamata del n. 118;

assistenza infermieristica domiciliare tramite i distretti della USL di appartenenza;

assistenza domiciliare tramite i servizi sociali del comune di appartenenza.

Pertanto la gestione di detto importante Servizio dovrà essere assegnata alle forze attive del « Volontariato » e di tutti gli altri soggetti comunque organizzati e costituiti nelle Marche operanti attualmente nel settore, e di conseguenza saranno presi in considerazione i progetti delle Unità sanitarie locali che si consorzieranno, a livello regionale o almeno provinciale, per la progettazione ed esecuzione degli stessi.

9) Si invitano le rispettive Unità sanitarie locali ad inviare al Servizio sanità regionale i propri progetti-obiettivi prototipali per la Tutela e Cura dell'Anziano riguardanti il triennio 1991-1993 con gli eventuali aggiornamenti per gli anni successivi, in relazione ed entro i limiti delle disposizioni impartite dalla presente circolare, per cui gli oneri finanziari relativi alle prestazioni sanitarie erogate alle persone anziane a domicilio e/o nelle strutture di accoglimento residenziale, in conformità alle vigenti disposizioni, fanno capo alla parte del Fondo sanitario gestito dalla regione. Alla USL, che vi provvede, sarà regolarmente rimborsata dalla Giunta regionale, con apposita deliberazione di liquidazione, la somma dalla stessa anticipata limitatamente alle disponibilità del bilancio regionale '91 e seguenti su presentazione della rispettiva documentazione indicata nei commi precedenti e integrata, se necessario, dalle richieste dei rispettivi Servizi dell'Assessorato regionale alla sanità e servizi sociali.

10) Si comunica ancora che sarà erogata anticipatamente, con apposita deliberazione della giunta, un terzo della spesa preventivata da parte di ciascuna USL, ammessa al rispettivo finanziamento dell'esercizio in corso e seguenti, nel rispetto dei suddetti punti ed, inoltre, sarà trimestralmente rimborsata, alla USL richiedente, su presentazione di regolare documentazione, la spesa sostenuta per la messa in atto di quanto previsto dalla presente circolare, stabilendo che gli importi a favore delle USL interessate fanno carico:

quanto a lire 2.945.000.000 al capitolo 4221159 del bilancio per l'anno 1991, quota parte delle economie non impegnate entro il 31 dicembre 1990 e reiscritte in conto competenze del Bilancio di previsione per l'anno 1991;

quanto a lire 6 miliardi al capitolo 4221162 del bilancio di previsione 1991, come da deliberazione della giunta regionale n. 253 del 13 maggio 1991.

11) A conclusione di quanto sopra esposto, si precisa ammettere, in mancanza delle proprie unità operative, che l'USL interessata possa utilizzare, d'intesa con le Organizzazioni sindacali firmatarie di contratto di lavoro, gli operatori pensionati o quelli appartenenti alle cooperative e associazioni volontarie regolarmente riconosciute, con le modalità e disposizioni impartite dalla presente circolare fatte proprie da ciascun ente interessato mediante atto formale, dando priorità ai progetti delle Unità sanitarie locali che si consorzieranno tra di loro a livello sub-provinciale, provinciale o regionale, per l'organizzazione e l'esecuzione degli stessi.

12) Si comunica altresì che la somma disponibile presunta, sotto l'aspetto socio-assistenziale, per il biennio 1992-1993, corrisponde al 20 per cento del fondo unico, di cui alla legge regionale n. 43 del 1988, precisando che a completamento istruttorio e ai fini dell'acquisizione di documenti conoscitivi, le Unità sanitarie locali ed i comuni, ognuno per quanto di competenza, dovranno rispettare tutti i punti riportati nella presente circolare e la documentazione compilata dovrà essere debitamente firmata dai rappresentanti delle istituzioni e dai responsabili dei servizi ed uffici, da presentare alla giunta regionale — Servizio sanità — per il rimborso delle somme anticipate.

Fidando nella consueta fattiva collaborazione, si porgono distinti saluti.

IL PRESIDENTE
Rodolfo GIAMPAOLI

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ANZIANI =>65ENNI		
	A. D. I.	
Aziende USL	Popolazione	Quota capitaria
	=>65enne	(£.230.000 procapite)
N. 1-Pesaro	22766	5236180000
N. 2-Urbino	15797	3633310000
N. 3-Fano	23128	5319440000
Totale Prov.PS	61691	14188930000
N. 4-Senigallia	16676	3835480000
N. 5-Jesi	16907	3888610000
N. 6-Fabriano	9772	2247560000
N. 7-Ancona	39547	9095810000
Totale Prov.AN	82902	19067460000
N. 8-Civitanova M.	17652	4059960000
N. 9-Macerata	26967	6202410000
N.10-Camerino	12837	2952510000
Totale Prov.MC	57456	13214880000
N.11-Fermo	26689	6138470000
N.12-S.Benedetto	15134	3480820000
N.13-Ascoli Piceno	20813	4786990000
Totale Prov.AP	62636	14406280000
Totale Generale	264685	60877550000
pace		

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

FINANZIAMENTO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA -ADI- PER ANZIANI >65ENNI			
Anno 1995	Popolazione		S O M M E A.D.I.
AZIENDE SANITARIE	>65enne	ASSISTITI*	a Destinazione Vinconale
U.U.S.S.LL.	censimento 1991		(L.5.170.000 per assistito)
1-PESARO	22766	948	4901160000
2-URBINO	15797	667	3448390000
3-FANO	23128	1395	7212150000
Totali Parziali	61691	3010	15561700000
4-SENIGALLIA	16676	856	4425520000
5-IESI	16907	924	4777080000
6-FABRIANO	9772	125	6462500000
7-ANCONA	39547	1650	8530500000
Totali Parziali	82902	3555	18379350000
8-CIVITANOVA	17652	935	4833950000
9-MACERATA	26967	1675	8659750000
10-CAMERINO	12837	528	2729760000
Totali Parziali	57456	3138	16223460000
11-FERMO	26689	673	3479410000
12-S.BENEDETTO del T.	15134	484	2502280000
13-ASCOLI PICENO	20813	887	4585790000
Totali Parziali	62636	2044	10567480000
Totali Generali	264685	11747	60731990000
*N.B.-La colonna degli assistiti comprende anche gli ospiti delle rispettive strutture residenziali pubbliche o private.			
			pace

PROSPETTO DELLE R.S.A.		ANNI 1994 1995
della REGIONE	MARCHE	
Aziende USL	*Popolazione =>65enne	Ex Strutture Ospedaliere
N. 1-Pesaro	22766	0
N. 2-Urbino	15797	2
N. 3-Fano	23128	0
Totale Prov.PS	61691	2
N. 4-Senigallia**	16676	4
N. 5-Jesi	16907	3
N. 6-Fabriano	9772	0
N. 7-Ancona	39547	1
Totale Prov.AN	82902	8
N. 8-Civitanova M.	17652	0
N. 9-Macerata	26967	2
N.10-Camerino	12837	0
Totale Prov.MC	57456	2
N.11-Fermo	26689	0
N.12-S.Benedetto	15134	0
N.13-Ascoli Piceno	20813	0
Totale Prov.AP	62636	0
Totale Generale	264685	12
*-la popolazione si riferisce all'anno 1991		
**-una delle 4 verrà ristrutturata e provvisoriamente		

REGIONE MOLISE
ASSESSORATO ALLA SANITÀ-IGIENE E SICUREZZA SOCIALE
SETTORE SICUREZZA SOCIALE

ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI
UFFICIO TEMATICHE FAMILIARI E SOCIALI
SERVIZIO ANZIANI

OGGETTO: RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO -
BIENNIO 1994-1995 - TRASMISSIONI NOTIZIE.

Gli interventi regionali in favore delle persone anziane residenti in Molise e le modalità di erogazione dei servizi relativi sono disciplinati dalla legge n. 21 del 1990 e dal successivo Atto di indirizzo e coordinamento, pubblicato sul Bollettino Ufficiale del 16 gennaio 1993.

Detta normativa si pone quale principale obiettivo la realizzazione di un sistema integrato di sicurezza sociale, privilegiando, in particolare, quegli interventi che possano garantire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale.

La legge regionale in parola ha fatto registrare dei risultati assai positivi (ben 106 comuni su 136 provvedono annualmente all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare), anche se la stessa assistenza domiciliare merita di essere potenziale, oltre che quantitativamente, soprattutto qualitativamente, operando quella opportuna sinergia di interventi, che hanno trovato esaustiva disciplina nell'atto di indirizzo e coordinamento nella deliberazione della giunta regionale n. 4116 del 26 settembre 1994, relativa all'assistenza domiciliare integrata.

Essa mira ad assicurare ai soggetti anziani non autosufficienti un insieme di prestazioni di carattere socio-assistenziale, erogate al domicilio degli interessati ad integrazione e a sostegno dell'impegno delle famiglie.

Ugualmente, fin qui, rimane non ancora attuato l'articolo 14 della già citata legge regionale, che prevede la istituzione di residenze sanitarie assistenziali (RSA), nelle quali dovrebbero trovare accoglienza quelle persone anziane non autosufficienti e prive anche di un idoneo supporto familiare, tale da rendere problematica o da impedire l'erogazione a domicilio dei trattamenti sanitari e della necessaria assistenza.

La concreta realizzazione degli interventi innanzi citati rappresenta una delle priorità inserite nel Piano sanitario regionale, già in fase di avanzata elaborazione.

La popolazione anziana attualmente residente in Molise è pari a 57.809 unità; per quanto riguarda i servizi aperti, previsti nella normativa regionale succitata (centri di incontro, soggiorni climatici e di vacanza, assistenza nella vita di relazione), non è possibile indicare con precisione il numero di beneficiari, in quanto tutti gli anziani ne sono potenziali utenti; d'altra parte gli Enti gestori, nella relazione annuale sulle attività svolte, si limitano, spesso, a segnalare i servizi attivati e non il numero di coloro che ne beneficiano. Per quanto si riferisce, in particolare, all'assistenza domiciliare, nel biennio in questione si è registrato, negli oltre cento comuni della regione che hanno attivato il servizio, un numero di circa 3.000 assistiti.

Per far fronte alle richieste pervenute dai comuni ai quali la legge suddetta affida la gestione dei servizi la regione ha stanziato, sugli appositi capitoli del bilancio regionale, le somme sottoelencate:

Anno 1994: 4.500.000.000 (Quattromiliardicinquecentomilioni);

Anno 1995: 4.571.000.000 (Quattromiliardicinquecentosettantunomilioni).

Si tratta di somme sicuramente modeste e non sufficienti a far fronte alla accresciuta domanda dell'utenza. Bisogna, infatti, considerare che la popolazione molisana, in questi ultimi anni, ha fatto registrare un consistente e rapido invecchiamento, cui è seguita una richiesta di aumento dei servizi e delle prestazioni.

IL RESPONSABILE DEL SETTORE
D.ssa M. Concetta FLORIO

Campobasso, 2 ottobre 1995.

REGIONE PIEMONTE

ASSESSORATO ASSISTENZA E SERVIZI, POLITICHE DEGLI ANZIANI, POLITICHE PER L'IMMIGRAZIONE

14 SET. 1995

L'ASSESSORE

Torino, li

Prot. 4314/520

Al Dipartimento per gli Affari Sociali
Presidenza del Consiglio dei Ministri
via Vittorio Veneto n.
Roma

OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano
biennio 1994-95. Raccolta dati ed informazioni.

Come richiesto con vostra nota del 13 giugno 1995 si inviano,
in allegato alla presente, alcuni elementi utili alla
predisposizione della Relazione in oggetto indicata circa la
condizione dell'anziano nella Regione Piemonte.

A disposizione per ogni ulteriore riscontro si porgono
distinti saluti.

L'ASSESSORE ALL'ASSISTENZA
(Giuseppe COGLIO)

RT/RP

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
29 SET. 1995
Protocollo N. 12484/BAS/RPA
ARRIVO

28 SET 1995

RELAZIONE AL PARLAMENTO
SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO 1994-1995.

Come già evidenziato nelle precedenti Relazioni al Parlamento, la regione Piemonte possiede un ramificato sistema di servizi socio-assistenziali e sanitari, che vede proprio negli anziani i suoi più consistenti fruitori.

In questa relazione verranno messi in evidenza dati relativi ai servizi domiciliari e residenziali più diffusi sul territorio regionale.

Si tratta di attività variamente connotate sul piano delle prestazioni erogate e delle professionalità coinvolte: servizio di assistenza domiciliare integrata, residenze sanitarie assistenziali, residenze assistenziali flessibili, residenze assistenziali.

ATTIVITÀ DOMICILIARI.

Il servizio di assistenza domiciliare, che offre prestazioni di aiuto domestico ed alla persona, è organizzato sia a livello comunale che di Unità sanitarie locali e vede al 21 dicembre 1993 la situazione seguente:

ANZIANI IN ASSISTENZA DOMICILIARE PER FASCE D'ETÀ

60-64	65-69	70-74	75-79	80 ed oltre	totale
737	1030	1454	1594	4397	9212

Si tratta di cifre in costante aumento rispetto, ad esempio, alla precedente relazione al Parlamento, che riguardava la situazione degli assistiti dal SAD al 31 dicembre 1991.

La disaggregazione per fasce d'età dimostra inoltre una netta prevalenza di assistiti ultraottantenni, ovvero di soggetti con autonomia e condizioni di vita e di salute più compromesse.

Proprio 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 ADI si è avviata in Piemonte nel settembre 1993 in seguito all'assegnazione degli appositi finanziamenti a destinazione vincolata.

L'erogazione si è indirizzata a 25 Unità sanitarie locali per una cifra complessiva di 8.254 milioni, a cui devono essere aggiunti 300 milioni assegnati alla Fondazione FARO ed altrettanti alla Direzione sanitaria dell'Ospedale S. Giovanni di Torino. Queste due ultime assegnazioni erano indirizzate a sviluppare le attività domiciliari rivolte in particolare ai pazienti affetti da patologia oncologica in stato avanzato.

L'attribuzione della seconda quota di finanziamenti, di 11.500 milioni, è avvenuta nel corso del 1994 ed ha permesso non solo di allargare la sperimentazione alla maggior parte delle Unità sanitarie locali piemontesi, ma anche di continuare le attività già avviate dal primo gruppo di Unità sanitarie locali.

Occorre sottolineare come nell'ADI 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.

Nel primo anno di sperimentazione (ottobre 1993-settembre 1994) i pazienti che sono stati presi in carico sono 1.138, mentre la distribuzione per classi di età evidenzia come la popolazione, cui l'attività è diretta, sia costituita prevalentemente da anziani: il 77,1 dei casi trattati ha più di 65 anni.

L'ADI nell'ambito della multiforme rete dei servizi svolge funzioni limitate e definite nel tempo, quali la riduzione dei ricoveri o delle degenze prolungate e/o il ritardo all'ingresso degli anziani non autosufficienti in strutture residenziali.

Ciò trova una conferma nella durata della presa in carico in ADI, che risulta pari a 49,5 giorni.

Proprio l'analisi delle attività domiciliari predisposte dai servizi istituzionali mette in evidenza la necessità di sostenere il mantenimento al domicilio degli anziani attraverso ulteriori e complesse azioni di servizio sociale.

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 nel 1992, ma le realizzazioni si sono avviate nel corso del 1993 e 1994, un concorso denominato « Assistenza domiciliare permanente », volto a premiare i 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.

In tal modo il progetto, che ha messo a disposizione lire 370 milioni, intende permettere sperimentazioni per una graduale estensione e qualificazione dell'attuale SAD.

Il progetto ha interessato una serie di aree limitate della regione, che vanno da due capoluoghi di provincia (Torino e Novara) a piccole città di provincia, zone rurali (Cirié, Carmagnola), nonché aree di montagna (Saluzzo, Mondovì, Dronero e Pinerolo).

ATTIVITÀ RESIDENZIALI.

Per quanto attiene le attività residenziali la regione Piemonte è impegnata fin dal 1990 all'incremento e alla qualificazione dei presidi residenziali destinati a anziani non autosufficienti.

Le difficoltà di accesso ai finanziamenti, di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, ha spinto la regione all'avvio di un ampio processo di riconversione del patrimonio edilizio socio-assistenziale, attraverso una crescita dei finanziamenti destinati alla realizzazione di Residenze assistenziali flessibili, che nel panorama della residenzialità assistita si collocano accanto alle RSA.

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 (legge regionale n. 22 del 1990) 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.

Ciononostante il raffronto tra il numero dei posti-letto per non autosufficienti presenti nelle Unità sanitarie locali 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 per cento di posti-letto.

Infatti dal punto di vista quantitativo la rete dei presidi socio-assistenziali, variamente denominati, comprende al 31 dicembre 1993 679 strutture, che ospitano 29.353 anziani, di cui 10.640 sono dichiarati non autosufficienti.

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.

Ciò si è tradotto nella approvazione di una nuova normativa, che ha ridefinito gli *standards* gestionali (DGR 41-42433 del 9 gennaio 1995) richiesti per l'assistenza agli anziani non autosufficienti nelle strutture residenziali esistenti.

Tale ridefinizione organizzativa oltre ad essere in sintonia con le esigenze dei cittadini anziani non autosufficienti per le caratteristiche delle prestazioni, modulate sui diversi gradi di dipendenza, ha tenuto conto della necessità di un contenimento dei costi, compatibile con i livelli di spesa sanitaria assegnati.

In questo modo è stato possibile individuare per le due tipologie di residenze, destinate agli anziani non autosufficienti (RSA e RAF) tariffe a carico del fondo sanitario, a copertura delle spese sanitarie, e tariffe a carico del cittadino, a copertura dei costi alberghieri.

L'esigenza di una maggiore qualificazione dell'assistenza offerta dai servizi residenziali ha spinto la regione all'intensificazione delle attività di riqualificazione del personale addetto all'assistenza alla persona, nonché di aggiornamento dei livelli dirigenziali.

Nel corso del 1994 è proseguita la consueta attività di formazione del personale addetto all'assistenza alla persona, permettendo la qualificazione di 1.854 allievi a fronte di un impegno complessivo di lire 1.469.464.000, comprensivo di risorse regionali e del Fondo sociale europeo.

Proprio l'utilizzo del FSE, sul quale sono confluiti i costi dei corsi di prima formazione per ADEST, ha consentito la liberazione, anche per l'anno 1995, di risorse sul bilancio regionale destinate alla riqualificazione degli operatori in corso di impiego.

La lunga sperimentazione effettuata in questi anni dei contenuti didattici e tecnico-organizzativi inerenti la formazione dell'ADEST ne ha riconfermato la validità dell'impianto generale.

Tuttavia si è resa necessaria una ripuntualizzazione del profilo professionale e dei requisiti di formazione dell'ADEST, proprio in relazione all'esperienza maturata e alla necessità di adeguarsi ai nuovi bisogni emergenti.

Con deliberazione del consiglio regionale n. 17-13219 sono stati pertanto aggiornati i corsi professionali e gli ordinamenti didattici in modo da poter rendere possibile l'attivazione dei nuovi corsi entro il 1996.

Nel corso del 1994 è stato avviato in forma sperimentale un corso di formazione per dirigenti di strutture residenziali per anziani, volto a:

migliorarne le conoscenze e le capacità operative relative alla gestione delle strutture come unità organizzative complesse;

rinforzarne gli atteggiamenti manageriali, con particolare riferimento alle aree della pianificazione delle attività, della gestione delle risorse umane e all'ottimizzazione dell'uso del tempo.

Tale iniziativa, che ha toccato 92 dirigenti di strutture pubbliche e private piemontesi, ha sollecitato i destinatari non solo ad una maggiore consapevolezza del ruolo svolto, ma anche ad ulteriori approfondimenti, che portino alla definizione di un profilo professionale del Direttore/Responsabile di struttura.

A questo scopo l'Assessorato all'Assistenza ha costituito un gruppo di lavoro, ampiamente articolato, ai fini di una promozione, a tempi brevi, di una definizione dei profili professionali e dei requisiti di formazione del personale, che svolge funzioni di direzione e di coordinamento, ai vari livelli, dei presidi socio-assistenziali.

REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITÀ - SERVIZI SOCIALI

ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI
UFFICIO TEMATICHE FAMILIARI E SOCIALI
SERVIZIO ANZIANI
e p.c. ALLA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO -
BIENNIO 1994-1995 - RACCOLTA DATI ED INFORMAZIONI.

Con riferimento alla richiesta di cui alla nota n. DAS/7246/DAS/RPA del 13 giugno 1995 che si riscontra, si forniscono le seguenti notizie, relative alle attività regionali svolte nel periodo ottobre 1993-settembre 1995, per migliorare le condizioni dell'anziano.

Costante impegno è stato svolto per migliorare la qualità dei servizi residenziali, vigilando sulla osservanza, da parte delle strutture interessate, delle norme regionali con cui sono stati determinati gli *standards* organizzativi e funzionali; tale attività, nel periodo in riferimento, ha determinato:

- a) l'autorizzazione all'esercizio di n. 14 nuove strutture residenziali (case di riposo e case protette);
- b) la riclassificazione di n. 15 strutture già in funzione prima dell'entrata in vigore della legge regionale n. 49 del 1981 e specificatamente prevista per esse;
- c) la chiusura di n. 26 strutture abusive;
- d) la sospensione dell'attività, per il mancato adeguamento alla normativa vigente, di n. 15 servizi residenziali presistenti alla legge regionale n. 49 del 1981.

Attualmente la capacità ricettiva dei servizi residenziali nella Regione è di n. 6.423 posti letto di cui n. 4.645 per anziani autosufficienti e n. 1.778 per anziani non autosufficienti.

Inoltre, le note difficoltà finanziarie in cui la regione versa non ha distolto l'attenzione verso la popolazione anziana e, finalizzato a migliorare le condizioni di vita dell'anziano nel suo contesto originario, è stato predisposto un progetto, in via di realizzazione, di assistenza domiciliare integrata con quella sanitaria; tale progetto ha interessato i comuni capoluoghi di provincia e quelli con popolazione superiore a 20 mila abitanti.

Infine, sempre avendo di mira il miglioramento delle condizioni degli anziani, con legge regionale 5 aprile 1995, n. 15 è stata istituita la consulta regionale per l'assistenza agli anziani con compiti di analisi della condizione della popolazione anziana e delle problematiche assistenziali, di elaborazione e di proposte di scelte programmatiche e di interventi integrati socio-sanitari.

L'ASSESSORE
Dr. Michele SACCOMANNO

Bari, 3 ottobre 1995.

REGIONE SARDEGNA



Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità
e dell'Assistenza Sociale

Prot. N.

Crigheri,

Risposta al foglio N.

del

- Allegati N.

Appello. Situazione della popolazione anziana della Sardegna

Atta Presidenza del
Consiglio dei Ministri
Dipartimento per la famiglia
e la solidarietà sociale

R O M A

Si trasmette quanto in oggetto indicato.

IL CAPO DI CABINETTO
- Dr. V. Lantini -

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI SOCIALI
13 DIC. 1995
Protocollo N. 18873/7/DAS/RPA
ARRIVO

SITUAZIONE DEGLI ANZIANI IN SARDEGNA RELAZIONE

Dal punto di vista numerico, la situazione attuale (elaborazione su dati Istat a cura del Centro regionale di programmazione) è la seguente:

Popolazione con più di 65 anni:

Anziani residenti	totale n. 206.000
Anziani maschi residenti	totale n. 90.020
Anziane femmine residenti	totale n. 115.980
Percentuale sulla popolazione	12,8

Popolazione con più di 75 anni:

Anziani residenti	totale n. 90.640
Anziani maschi residenti	totale n. 37.740
Anziane femmine residenti	totale n. 52.900

Percentuale sulla popolazione 5,7, ottenuto come media tra le quattro province (Sassari: 5,7; Nuoro 6,3; Oristano 7; Cagliari 4,8).

Dal punto di vista organizzativo e gestionale, la situazione è caratterizzata:

dalla permanenza, in capo ai comuni singoli, della responsabilità amministrativa dei servizi così come stabilito dalla legge regionale 4/88;

da un lento avviarsi del sistema sanitario regionale. Le nuove aziende sanitarie locali sono entrate in funzione, del resto in regime commissariale, solo dal 1° ottobre dell'anno corrente;

non si registrano particolari iniziative associative intercomunali, per la gestione di servizi per anziani;

sono scarse le iniziative di integrazione tra servizi sociali e sanitari.

In questo contesto, prevalgono, in modo quasi totalizzante le attività dei comuni singoli nell'organizzazione di attività di:

assistenza domiciliare per anziani autosufficienti e non autosufficienti, servizio presente in 323 comuni su 386 con circa 20.000 an-

ziani interessati, costituenti il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni;

attività di aggregazione e socializzazione;

attività turistico-ricreativa, a sviluppo prevalentemente estivo, interessante circa 8.000 anziani;

attività di cura e custodia del patrimonio comunale, vigilanza ed entrata ed uscita dei bambini dalle scuole;

attività di ginnastica dolce (in circa 30 comuni);

attività di laboratorio, con impegno degli anziani a favore delle fasce giovanili, nella riproduzione e conservazione dei mestieri tradizionali.

Queste attività, per la loro caratteristica, sono affidate all'impegno esclusivo dei comuni.

Come sopra esposto, infatti, non si è ancora realizzata, dal punto di vista operativo, l'integrazione con i servizi sanitari.

Permangono le disponibilità di due reparti di geriatria nei due maggiori poli ospedalieri di Cagliari e Sassari (in quest'ultimo caso si tratta, in verità, di una divisione di medicina a prevalente attività geriatrica), mentre l'offerta prevalente indirizzata agli anziani non auto-sufficienti perviene dal privato a fini di lucro (cliniche con rette a carico del Servizio sanitario regionale), o dal privato sociale, con strutture che afferiscono al sistema socio-assistenziale.

In quest'ultimo caso, sussistono i limiti sopra accennati sulle difficoltà a collegare l'attività sociale, svolta in regime di convenzione con i comuni dalle Cooperative e Associazioni, con l'attività delle Unità sanitarie locali, ora Aziende.

Sul versante delle strutture del privato sociale, è in fase di ultimazione il rilascio della autorizzazione al funzionamento per le comunità alloggio e case protette, afferenti al sistema socio-assistenziale.

Il mancato adeguamento di tutte le strutture agli *standards* stabiliti dalla legge n. 4 del 1988 entro i termini stabiliti, ha indotto il legislatore regionale ad emanare come norma di proroga per ulteriori 3 anni per quanto riguarda i requisiti immobiliari e 2 anni per la parte relativa al personale in servizio nelle case alloggio o case protette.

Non è stato avviato il processo di spendita dei fondi resi disponibili dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che prevedeva la realizzazione di 12 residenze sanitarie assistenziali.

In questo settore, del resto, è intendimento della regione compiere una verifica sull'effettiva necessità di dar luogo a nuove costruzioni, dal momento che si registrano, sul territorio regionale, eccedenze di disponibilità di posti letto, rispetto allo *standard* fissato del 4,5 per mille abitanti.

L'attuale disponibilità, ammontante a circa il 5,5 per mille (prevalentemente indirizzato alla cura) deve essere infatti riequilibrata riconvertendo l'eccedenza (1,3) a riabilitazione post acuzie ed a Residenze sanitarie assistenziali, cui si potranno destinare reparti ospedalieri o interi nosocomi, in via di individuazione nel contesto della programmazione regionale.

L'impegno attuale dell'Assessorato è quello di indirizzare correttamente l'attività delle costituite Aziende verso attività di integrazione con quella dei comuni, cogliendo e valorizzando una disponibilità di questi ultimi enti, foltamente collaudata.

Le attività di Assistenza domiciliare, prevalenti su tutte le altre, sono realizzate da Cooperative ed associazioni del privato sociale, con *standards* di servizio che, pure all'interno dei requisiti minimi necessari per l'iscrizione al registro regionale, registrano una forte variabilità quanto a:

- professionalità impegnate;
- orari dedicati al servizio;
- protocolli d'intervento;
- costi.

L'azione della regione, verso l'omogeneizzazione massima nei quattro punti di cui sopra, ha limiti nell'accentuato automismo comunale, ed anche nella rigidità della disponibilità indirizzata ai servizi sociali, disponibilità praticamente immutata rispetto all'anno 1990.

Complessivamente pare in via di attenuazione il processo di induzione di bisogni iniziatosi negli ultimi anni 80 e causato da una non controllata diffusione dell'intervento pubblico. L'attenzione dei comuni, anche sotto lo stimolo della regione, a riconsiderare ad applicare puntualmente una politica di contributi al costo, che responsabilizzi gli anziani e le famiglie, ha prodotto l'effetto, da valutare positivamente, di rallentare il ricorso non sufficientemente giustificato ai servizi sociali pubblici, per rivalorizzare l'apporto della famiglia e del tessuto comunitario locale.

Il problema attualmente più impegnativo per l'istituzione regionale è quello di completare e selezionare l'offerta dei servizi, anche riducendone l'ampiezza numerica, per un'attenzione alla qualità, soprattutto rispetto ai bisogni degli anziani dopo il 75° anno di età, escludendo o riducendo gli interventi per le persone anziane dei 65 ai 75 anni.

Cagliari, dicembre 1995

REGIONE SICILIA



Regione Siciliana

ASSESSORATO DEGLI ENTI LOCALI

Direzione Affari Sociali

NUMERO DI CODICE FISCALE 80012000826
PARTITA I.V.A. 02711070827

Palermo, li 24 OTT. 1995

RISPOSTA A

DEL

GRUPPO X/AASS PROT. N. 2415/A

OGGETTO: Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano. Biennio 1994-95.
Raccolta dati ed informazioni.

ALLEGATI N.



Alla Presidenza del Consiglio
dei Ministri

Dipartimento per gli Affari Sociali
Servizio Anziani

R O M A

In riscontro alle note di codesto Dipartimento n.7246 del 13.6.95 e n.11466 del 13.9.95, relative all'oggetto, si forniscono le seguenti notizie.

La Regione Siciliana annualmente concede ai Comuni della Sicilia, contributi finalizzati all'organizzazione ed attuazione dei seguenti interventi e servizi in favore degli anziani:

- 1) Assistenza domiciliare (artt.11 L.R. 6.5.81, n.87 e 25.3.86, n.14).

Tale servizio, per lo più gestito, in regime di convenzione, da Associazioni o Cooperative senza fini di lucro iscritte all'albo regionale, si articola nelle seguenti prestazioni:

- 1) aiuto domestico;
- 2) riabilitazione psico-motoria;
- 3) assistenza infermieristica;
- 4) ritiro e riconsegna biancheria;
- 5) disbrigo pratiche;
- 6) sostegno morale e psicologico;
- 7) fornitura pasti caldi.

Trattasi di un servizio avviato in Sicilia sin dal 1981 ed oggi la quasi totalità dei Comuni lo attivano annualmente.

03/10/95

2) Soggiorni climatico-termali ed attività ricreative (art.4 l.r. n.14/86).

Il contributo regionale è concesso ai Comuni per l'organizzazione di soggiorni climatici o termali da svolgere nell'intera Penisola della durata da 1 a 15 giorni nonché di attività ricreative quali cineforum, rappresentazioni teatrali, mostre di artigianato, incontri e scambi culturali.

3) Integrazione lavorativa (art.9 l.r. 14/86).

Il contributo è finalizzato all'attuazione di iniziative volte al recupero degli anziani alla vita sociale mediante l'utilizzazione degli stessi in attività lavorative non continuative.

I settori di utilizzazione nei quali vengono impiegati gli anziani sono i seguenti:

- a) vigilanza presso le scuole;
- b) sorveglianza presso le attrezzature sportive;
- c) sorveglianza nei giardini e nei parchi pubblici;
- d) sorveglianza nei centri diurni e di riposo;
- e) sorveglianza presso le spiagge;
- f) educazione lingua italiana, estere, storia, geografia, aritmetica, attività scientifica;
- g) guida a monumenti, musei in gite per anziani e minori;
- h) trasporto e accompagnamento handicappati;
- i) attività di sostegno nei confronti degli anziani ed inabili (letture, compagnia e servizi similari).

4) Trasporto anziani (art.16 l.r. 87/81 e art.5 l.r. n.14/86).

Il contributo è concesso per l'acquisto di abbonamenti per il trasporto degli anziani sui mezzi pubblici.

Detti contributi vengono erogati dall'Assessorato Regionale Trasporti in favore dei Comuni serviti dall'AST (Azienda Siciliana Trasporti) e dall'Assessorato Regionale Enti Locali in favore dei Comuni serviti da concessionari di pubblici servizi diversi dall'AST.



L'ASSESSORE

(On.le Alfredo Gurrieri)

REGIONE TOSCANA

REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALEDIPARTIMENTO SICUREZZA SOCIALE
IL COORDINATORE

VIA DI NOVOLI, 26 - 50127 FIRENZE - TEL. 055/4382111

ROT. N.
e data della risposta

III/21981/SA/2

DATA

04.07.95

MILEGATI

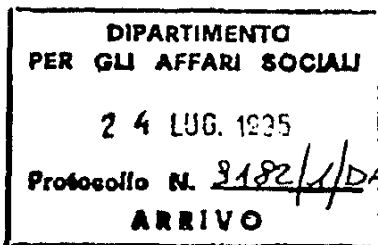
RISPOSTA AL FOGLIO DEL

N.

OGGETTO:

Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano - biennio 1994-95. Raccolta dati ed informazioni.

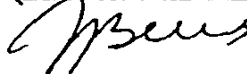
Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
 Dipartimento per gli Affari Sociali
 Ufficio Tematiche Familiari e Sociali
 Servizio Anziani
 Palazzo Chigi - P.zza Colonna, 370
 00100 ROMA



Al Responsabile del
 Servizio Attività generali
 della Presidenza
 Dipartimento della Presidenza
 - SEDE -

In risposta alla Vostra richiesta del 13/06/1995, si invia, in allegato, la raccolta delle principali norme in materia di assistenza agli anziani adottate dalla Regione Toscana nel periodo di tempo compreso fra il marzo 1980 e l'ottobre 1994, con la riserva di farVi pervenire al più presto eventuali ulteriori elementi relativi alla materia di cui all'oggetto.

Il Coordinatore del
 Dipartimento Sicurezza Sociale
 (Dr. Fabio Bernardini)



MB/
 Area 00

24 LUG 1995

INTERVENTI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI

Le principali norme in materia di assistenza agli anziani

PREFAZIONE

La produzione normativa, gli atti di indirizzo, l'attività di programmazione della regione Toscana nel settore delle politiche socio-sanitarie a favore degli anziani hanno ottenuto ormai una rilevante consistenza, mantenendo tuttavia intatta una consequenzialità logica tra tutti i provvedimenti.

Questo suggerisce la messa a punto di una organica raccolta normativa, capace di offrire un agile strumento di consultazione agli addetti ai lavori ed ai destinatari dei contenuti.

Il volume abbraccia pertanto materiale a partire dalla legge regionale 27 marzo 1980, n. 20 fino ai provvedimenti dell'anno 1994, seguendo l'ordine cronologico.

Vi sono compresi i temi dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, trattati all'interno della legislazione dei piani, degli atti di programma, volti a determinare uno sviluppo quantitativo e qualitativo delle risposte, nel rispetto dell'integrazione socio-sanitaria.

Legge regionale 27 marzo 1980, n. 20 - Interventi a favore delle persone non autosufficienti;

Legge regionale 16 aprile 1980, n. 28 - Idoneità delle strutture di ospitalità e dei nuclei familiari affidatari o ospitanti;

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985 - Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23 dicembre 1978 n. 833;

Delibera del Consiglio regionale 28 luglio 1986, n. 361 - Indirizzi alle Unità sanitarie locali in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali ai sensi dell'articolo 34 della legge regionale n. 63 del 1979 e dell'articolo 78 della legge regionale n. 68 del 1980 - Recepimento del Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985 ai sensi dell'articolo 30 della legge n. 307 del 1983;

Risoluzione 30 settembre 1986 - Risoluzione approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 30 settembre 1986 in merito ai requisiti di idoneità delle strutture residenziali per anziani di cui all'articolo 1 della legge regionale n. 28 del 1980;

Risoluzione 15 marzo 1988 - Risoluzione approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 15 marzo 1988 sulla edilizia socio-sanitaria territoriale;

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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 semi-residenziali;

Delibera del Consiglio regionale 21 marzo 1990, n. 222 - Programma di investimenti ex articolo 20 legge n. 67 del 1988; Programma di realizzazione di strutture residenziali per anziani prevalentemente non autosufficienti;

Legge regionale 31 marzo 1990, n. 35 - Attività di telesoccorso e telecontrollo;

Legge regionale 30 aprile 1990, n. 61 - Articoli 7, 8, 9 e allegati 4, 5, 10 - Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 6 dicembre 1984 n. 70 concernente il Piano sanitario regionale ed il Piano regionale dei servizi sociali;

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 settembre 1990, n. 314, articolo 26 - Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978 n. 833;

Decisione della Giunta regionale 15 ottobre 1990, n. 18 - Elaborazione schema-tipo convenzione con strutture di ospitalità per anziani - Lavoro del gruppo costituito con precedente decisione n. 5 del 25 giugno 1990, annessa scheda di rilevazione strutture di ospitalità anziani in Toscana;

Delibera Giunta regionale 27 dicembre 1990, n. 11243 - Accordo regionale per l'integrazione ed applicazione dell'« Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale », reso esecutivo con il decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 314 - Annesse lettere circolari n. 14 e 15 del 7 febbraio 1991;

Delibera Consiglio regionale 15 gennaio 1991, n. 5 - Rideterminazione spesa capitaria giornaliera della assistenza diretta alle persone, assistenza infermieristica e degli interventi di riabilitazione funzionale, assicurati dalle strutture residenziali ai propri ricoverati non autosufficienti;

Relazione: Modello di gestione delle residenze sanitarie assistenziali nella regione Toscana;

Delibera del Consiglio regionale 12 marzo 1991, n. 65 - Fondo Sociale Regionale, interventi di cui alle lettere *b)* e *c)* dell'allegato n. 4 alla legge regionale n. 61 del 1990: direttive a Comuni e Unità sanitarie locali;

Delibera del Consiglio regionale 2 luglio 1991, n. 214 - Valutazione della condizione di non autosufficienza dell'anziano: direttive alle Unità sanitarie locali - Annesse relative schede di rilevazione;

Delibera del Consiglio regionale 23 luglio 1991, n. 256 - Prestazioni infermieristiche in regime di assistenza indiretta ex articolo 38-bis, 2° comma, legge regionale n. 61 del 1990 - Direttive alle Unità sanitarie locali;

Delibera del Consiglio regionale 24 marzo 1992 n. 168 - Progetto obiettivo: Tutela della salute degli anziani;

Legge regionale 2 settembre 1992 n. 42 - Esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale;

Relazione: Situazione strutture di ospitalità per anziani al 31 dicembre 1992;

Legge regionale 5 agosto 1993 n. 49 - Interventi aggiuntivi per l'assistenza domiciliare alla popolazione anziana non autosufficiente;

Legge regionale 4 novembre 1993 n. 80 - Legge regionale 2 settembre 1992 n. 42. Esercizio delle funzioni amministrative in materia di assistenza sociale. Proroga dei termini di scadenza;

Delibera del Consiglio regionale 22 dicembre 1993 n. 525 - Approvazione degli schemi di accordo di programma per la gestione dei finanziamenti regionali per lo svolgimento di assistenze domiciliari agli anziani non autosufficienti - Annessi allegati A e B;

Delibera del Consiglio regionale 15 marzo 1994 n. 97 - Schema tipo di convenzione per la gestione delle attività assistenziali ai sensi della legge regionale 2 settembre 1992 n. 42 - Annessi allegati 1 e 2;

Comunicazione della Giunta regionale 23 maggio 1994 n. 401 - Rideterminazione tempi esecuzione opere programmate settore « Anziani » ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e delibera Consiglio regionale n. 222 del 1990;

Delibera del Consiglio regionale 19 luglio 1994 n. 337 - Piano regionale di assistenza sociale (PRAS);

Convenzione per l'assistenza farmaceutica domiciliare - Servizio di recapito a domicilio dei farmaci a persone non autosufficienti. Delibera della Giunta regionale n. 9928 del 10 ottobre 1994;

Protocollo intesa regione Toscana - Organizzazioni sindacali e coordinamento regionale dei comitati e centri sociali anziani della Toscana.

REGIONE UMBRIA



REGIONE DELL'UMBRIA
GIUNTA REGIONALE

Area operativa: servizi socio-sanitari

06100 Perugia 20/9/95

Ufficio 3° - *Servizi*

Prot. N. 10830/44

Risposta al foglio N. del

OGGETTO: Relazione sulla condizione dell'anziano: Biennio 1994-1995.

Alla Presidenza del Consiglio
dei Ministri
Dipartimento per gli Affari
Sociali
Ufficio Telematiche Familiari
e Sociali - Servizio Anziani

R O M A

DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
20 SET. 1995
Protocollo N. 12714/1/DAS/RPA
ARRIVO

Con riferimento alla nota di cui all'oggetto prot. n. DAS/7246/1/DAS/RPA del 13/6/1995, in allegato si rimette una relazione attinente la materia in oggetto.

Distinti saluti.

Al. Politiche Sociali
(Marina Sereni)

Alberini

TP/vp

H

02/09/1995

RELAZIONE SULLA CONDIZIONE DELL'ANZIANO
IN UMBRIA - BIENNIO 1994 - 1995

Da sottolineare innanzitutto che la regione Umbria, da sempre, ha privilegiato gli interventi di prevenzione degli stati di bisogno e di emarginazione delle fasce più deboli della popolazione e quindi anche degli anziani. Fanno testo a livello legislativo la legge regionale n. 29 del 1982 e i successivi Piani socio-sanitari di cui alle leggi regionali n. 11 del 1985 e n. 9 del 1990, che impegnano i comuni ad impostare programmi articolati per progetti (vedi Progetto Obiettivo tutela della salute degli anziani, Progetto Obiettivo tutela dei minori a rischio e in stato di abbandono, Progetto Obiettivo tutela dei portatori di handicap).

Sono tutti progetti che richiedono forti investimenti sul piano delle risorse finanziarie ed umane che purtroppo gli enti locali non sempre sono in grado di affrontare a causa dei continui tagli alla spesa sociale locale.

Infatti pochi sono i comuni che destinano risorse nei propri bilanci o in quelli delle Unità sanitarie locali in caso di delega delle funzioni socio-assistenziali, per gli interventi a favore dei minori, anziani e disabili, né la assoluta residualità degli stanziamenti a carico del Bilancio dello Stato consente di colmare tali carenze.

La situazione è peggiorata notevolmente per le conseguenze della manovra finanziaria per effetto della quale si rischia di non poter garantire all'utenza dei servizi socio-assistenziali che rappresenta la faglia di popolazione più debole e più a rischio di emarginazione, la solita minima dei servizi e prestazioni.

La regione Umbria, pur nella consapevolezza di tali oggettive difficoltà, ha promosso una serie di iniziative ed interventi in particolare per favorire la permanenza o il reinserimento dell'anziano nel proprio contesto socio-economico ambientale, privilegiando quindi iniziative ed interventi a sostegno della famiglia attraverso l'assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria, i centri diurni polivalenti, le attività di aggregazione sociale.

In particolare l'intervento regionale sempre più consolidato sul campo preventivo è stato efficace in determinati rami di attività promozionali su cui sta prevalendo un tipo di risposta sociale fondata sul volontariato e sul Privato sociale.

Infatti la regione nell'ambito delle attività di aggregazione sociale che rispondono alle esigenze emergenti di tipo relazionale degli anziani in Umbria, si è attivata notevolmente attraverso il coinvolgi-

mento di tutte le risorse presenti sul territorio ed in particolare del Privato sociale e del volontariato per dare risposte sempre più qualificate e rispondenti alla diversificazione delle domande degli anziani.

Particolare rilevanza è stata data anche alla formazione del personale socio sanitario geriatrico nonché a forme di incentivazioni per le istituzioni pubbliche e private, tramite finanziamento di progetti finalizzati a migliorare le condizioni di vita e di relazione degli anziani, sia nell'ambito del proprio contesto socio-economico ambientale che all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private del territorio regionale.

A tal fine sono stati concessi contributi regionali alle Università della terza età e ai numerosi centri socio-culturali, previsti dalla legge regionale n. 22 del 1991 che regola le attività di tali organismi, a cui la Regione ha riconosciuto un ruolo importante non solo sul versante della prevenzione del rischio di emarginazione e della decadenza mentale dell'anziano, ma anche per le nuove opportunità di relazione, di crescita culturale che tali organismi possono offrire.

I centri sociali, che sono attualmente circa 80, operano con modalità di volontariato e di autogestione e costituiscono luoghi di aggregazione sociale che coinvolgono tutta la cittadinanza.

È stata effettuata anche una seconda indagine conoscitiva sulle strutture residenziali pubbliche e private della regione per migliorare la qualità della vita degli anziani ivi ospitati.

Per quanto concerne il Progetto obiettivo tutela della salute dell'anziano del Piano sanitario nazionale, da segnalare che la regione ha elaborato un progetto di prefattibilità per la sperimentazione di UVG.

Conseguentemente è stato realizzato un Convegno organizzato dall'Istituto di gerontologia e geriatria dell'Università degli Studi di Perugia, dall'Assessorato ai servizi socio-sanitari della regione dell'Umbria e dall'Unità sanitaria locale n. 2 di Perugia.

Per una panoramica complessiva delle problematiche dell'anziano in Umbria, si allega copia del progetto « Tutela della salute dell'anziano » inserito nella proposta del Piano sanitario regionale 1995-1996.

REGIONE VALLE D'AOSTA

Regione Autonoma Valle d'Aosta
Région Autonome Vallée d'Aoste

Via De Tillier - 11100 Aosta
Tel. 0165 235984
Telex 210208 VDA
Teletax 0165/238914

Assessorato
della Sanità ed Assistenza Sociale
Assessorat
de la Santé et Aide Sociale

Servizio affari generali,
assistenza e servizi sociali
Service des affaires générales,
aide sociale et services sociaux

Prot. n. 27336/5 422/6F
Vs. Rif.

Aosta, 19 SET. 1993
Aoste,

ALLA PRESIDENZA CONSIGLIO
DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO AFFARI REGIONALI
UFFICIO TEMATICHE FAMILIARI E SOCIALI
SERVIZIO ANZIANI
00100 ROMA

e, p.c. ALLA PRESIDENZA DELLA
GIUNTA REGIONALE

S E D E

OGGETTO: Settore assistenza agli anziani.

protocollo N. 12499/11
ARRIVO

In riferimento alla lettera di codesto Ministero prot. DAS/7246/1/DAS/RPA si segnala quanto segue:

Gli interventi della Regione nel settore dell'assistenza agli anziani sono disciplinati dalle leggi regionali 15 dicembre 1982, n. 93 "Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili" e 5 aprile 1990, n. 12 "Testo unificato delle norme regionali per il personale addetto ai servizi a favore delle persone anziane ed inabili di cui alla legge regionale 15.12.1982, n. 93". Annualmente ai sensi delle leggi suddette viene approvato dal Consiglio regionale il piano di riparto dei finanziamenti da assegnare a Comuni e Consorzi gestori dei servizi a favore delle persone anziane ed inabili. Gli interventi riguardanti gli anni 1994 e 1995 sono indicati specificatamente nelle rispettive deliberazioni.

Si segnala il prosieguo del corso di formazione per il personale operante nei servizi per anziani ed inabili della Valle d'Aosta istituito con delibera del consiglio regionale n. 4074/IX in data 18.12.1992 ed avviato nel corso dell'anno 1993.

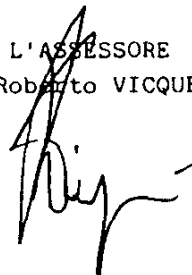
Regione Autonoma Valle d'Aosta
Région Autonome Vallée d'Aoste

Si evidenzia inoltre la legge regionale n. 22 in data 3 maggio 1993 concernente l'erogazione di provvidenze economiche per il pagamento di rette per ospitalità in strutture protette assistenziali e socio-riabilitative sia in regime diurno sia in regime residenziale e la concessione di contributi a privati per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione.

Gli atti amministrativi e legislativi citati nella presente lettera sono trasmessi in allegato.

Distinti saluti.

L'ASSESSORE
- Roberto VICQUERY -



GP/ag

OGGETTO N. 439/X - APPROVAZIONE DEL PIANO DI RIPARTO DEI FINANZIAMENTI DA ASSEGNARE A COMUNI E CONSORZI, PER L'ANNO 1994, IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 15 DICEMBRE 1982, N. 93, (TESTO UNICO DELLE NORME REGIONALI IN MATERIA DI PROMOZIONE DI SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE ED INABILI*). DIRETTIVE APPLICATIVE.

Il Presidente STEVENIN dichiara aperta la discussione sulla proposta indicata in oggetto e iscritta al punto 22 dell'ordine del giorno dell'adunanza.

Interviene il Consigliere LANIECE.

Replica l'Assessore alla Sanità ed Assistenza Sociale VICQUERY.

IL CONSIGLIO

Richiamata la legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 ("Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili") con la quale la Regione promuove interventi a favore delle persone anziane ed inabili mediante l'assegnazione agli enti locali di finanziamenti per l'istituzione, il potenziamento e la gestione dei servizi precisati nella legge medesima;

Visti i programmi inoltrati da Comuni e da Consorzi per l'istituzione, il potenziamento e/o la gestione di servizi per l'anno 1994;

Ravvisata la necessità, in applicazione dell'articolo 20 della legge regionale n. 93/1982, di predisporre il piano annuale di riparto dei contributi regionali per il predetto anno;

Visti gli atti predisposti dall'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale;

Sentita l'Associazione dei Sindaci della Valle d'Aosta, nonché la Consulta regionale delle Organizzazioni Sindacali dei Pensionati;

Visto il parere favorevole rilasciato dal Dirigente del Servizio affari generali, assistenza e servizi sociali dell'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 72 della legge regionale n. 3/1956 e successive modificazioni e dell'art. 21 della legge regionale n. 18/1980 e successive modificazioni, in ordine alla legittimità della presente deliberazione;

—Richiamata la legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93:

ESTRATTO

Oggetto n. 439 /X

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
Consiglio regionale**Verbale della seduta del 12 gennaio 1994 (antimeridiana).**

L'anno millenovecentonovantaquattro, addì dodici del mese di gennaio, alle ore nove e minuti trentatrè, in Aosta, nella sala delle adunanze consiliari, convocato in adunanza ordinaria, si è riunito il Consiglio della Regione Autonoma della Valle d'Aosta, con la partecipazione dei Consiglieri:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) AGNESOD Gino Giovanni | 18) MAFRICA Demetrio |
| 2) ALOISI Giovanni | 19) MARGUERETTAZ Rudi |
| 3) BAVASTRO Marco | 20) PARISI Domenico |
| 4) BICH Edoardo | 21) PERRIN Carlo |
| 5) BIONAZ Augusto | 22) PERRIN Giuseppe Cesare |
| 6) BORRE Fedele | 23) PERRON Ego |
| 7) CHENUIL Giorgio | 24) PICCOLO Guglielmo |
| 8) CHIARELLO Vitorino | 25) RICCARAND Elio |
| 9) COLLE Ivo | 26) RINI Emilio |
| 10) DUJANY Adolfo | 27) SQUARZINO Secondina |
| 11) FERRARIS Piero | 28) STEVENIN Francesco |
| 12) FLORIO Vanni | 29) TIBALDI Enrico |
| 13) LANIECE André | 30) VALLET Franco |
| 14) LANIVI Ilario | 31) VICQUERY Roberto |
| 15) LAVOYER Claudio | 32) VIERIN Dino |
| 16) LINTY Paolo | 33) VIERIN Marco |
| 17) LOUVIN Roberto | 34) VOYAT Ugo |

Partecipano alla seduta l'Assessore al Bilancio e alle Finanze Massimo LEVEQUE e l'Assessore ai Lavori Pubblici Bruno FERRERO.

Si dà atto che il Consigliere Augusto ROLLANDIN è stato sospeso dalla carica con D.P.C.M. in data 1° dicembre 1993.

Presiedono il Presidente Francesco STEVENIN ed il Vicepresidente Giovanni ALOISI.

Esercitano le funzioni di Segretario i Consiglieri Marco BAVASTRO e Gino AGNESOD.

Assiste e funge da Segretario il Sig. Luigi PASQUINO, dirigente del Servizio Affari Generali della Presidenza del Consiglio.

Il Presidente STEVENIN, constatata la validità dell'adunanza, dichiara aperta la seduta per la trattazione degli oggetti iscritti all'ordine del giorno, come da lettere in data 3 gennaio 1994, prot. n. 4 e in data 8 gennaio 1994, prot. n. 78.

Il Consiglio procede ai seguenti atti:

Visto il parere della V Commissione consiliare permanente;

Approvati a maggioranza gli emendamenti della V Commissione consiliare permanente;

Con voti favorevoli: ventisette (presenti: ventinove; votanti: ventisette; astenuti: due, i Consiglieri LINTY e TIBALDI);

DELIBERA

- 1) di approvare, per l'anno 1994, il piano di riparto dei finanziamenti regionali, in applicazione della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93, come dagli allegati A), B) e C) alla presente deliberazione che ne formano parte integrante;
- 2) di dare atto che la spesa complessiva di lire 28.519.400.000 graverà sui seguenti capitoli del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1994:
 - a) quanto a lire 28.235.400.000 (ventottomiliardiduecentotrentacinquemilioni-quattrocentomila) sul capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1994 corrispondente al Capitolo 58400 "Contributi ai Comuni nelle spese di gestione di servizi sociali a favore delle persone anziane ed inabili" del bilancio preventivo della Regione per l'anno 1993;
 - b) quanto a lire 284.000.000 (duecentottantaquattromilioni) sul capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1994 corrispondente al Capitolo 58460 del bilancio preventivo della Regione per l'anno 1993 "Contributi ai Comuni nelle spese di investimento in servizi a favore delle persone anziane ed inabili";
- 3) di stabilire che gli Enti applichino nei confronti degli utenti dei servizi le contribuzioni contenute nelle allegate tabelle di cui all'allegato C);
- 4) di stabilire che agli impegni e alle liquidazioni dei finanziamenti assegnati agli Enti provveda la Giunta regionale, con successivi provvedimenti deliberativi, ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93;
- 5) di stabilire che gli Enti gestori devono applicare le direttive di cui alla presente deliberazione e ai relativi allegati B) e C) per quanto concerne le modalità per l'utilizzazione dei fondi assegnati con il piano di riparto dei finanziamenti, per le modalità operative e per le tabelle di contribuzione;
- 6) di demandare alla Giunta regionale l'eventuale accoglimento delle richieste degli Enti gestori per assunzioni di personale oltre l'organico assegnato nei casi in cui ciò sia assolutamente necessario per assicurare lo svolgimento dei servizi, ovvero la diversa ripartizione tra gli stessi Enti, mediante la procedura di mobilità di cui all'art. 8 della legge regionale 12/90 o mediante trasferimento attuato con decreto assessorile, del personale che risulta sottoutilizzato, con conseguente eventuale sospensione dei finanziamenti assegnati a singoli Enti gestori;

- 7) di demandare alla Giunta regionale l'adozione dei provvedimenti necessari per fronteggiare, nell'ambito dei finanziamenti assegnati, l'aumento delle spese relative al personale derivanti dalle sostituzioni autorizzate dall'Assessore alla Sanità ed Assistenza Sociale nei casi di malattia o gravidanza, da eventuali adeguamenti contrattuali o dalla partecipazione ad iniziative formative per assistenti domiciliari e tutelari;
- 8) di demandare ad una successiva deliberazione consiliare la concessione dei maggiori finanziamenti eventualmente necessari per far fronte alle spese di cui ai precedenti punti 6) e 7) e comunque non eccedenti lo stanziamento assegnato in bilancio;
- 9) di dare atto che la presente deliberazione deve essere sottoposta al controllo della Commissione di Coordinamento per la Valle d'Aosta, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, lettere b, f, i, del decreto legislativo 13.2.1993, n. 40.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
(Francesco Slevénin)

**IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
DEL CONSIGLIO**
(Gino Giovanni Agnesod)

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

=====

Referto di pubblicazione

Il sottoscritto Segretario certifica che un estratto della presente deliberazione è stato pubblicato all'Albo dell'Amministrazione regionale dal giorno 17 gennaio 1994

Aosta, li 17 gennaio 1994

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

=====

**Per copia conforme, ad uso amministrativo,
dell'originale dell'estratto di deliberazione**

Aosta, li 17 gennaio 1994

IL SEGRETARIO

=====

Commissione di Coordinamento

N. 49

Aosta, 27 gennaio 1994

VISTO, richiamando i limiti previsti dalla l. 24.12.93 n. 537 per ciò che concerne il pubblico impiego e la disposizione di cui al -
l'art. 1 - 2° comma del D. l.vo 3.2.1992, **IL PRESIDENTE**
n. 29.

F.to: Vittorio Balestra

ESTRATTO

Oggetto n. 1098 IX

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
Consiglio regionale**Verbale della seduta del 21 dicembre 1994 (antimeridiana)**

L'anno millenovecentonovantaquattro, addì ventuno del mese di dicembre, alle ore nove e minuti trentasei, in Aosta, nella sala delle adunanze consiliari, convocato in adunanza ordinaria, si è riunito il Consiglio della Regione Autonoma della Valle d'Aosta, con la partecipazione dei Consiglieri:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) AGNESOD Gino Giovanni | 19) MARGUERETTAZ Rudi |
| 2) ALOISI Giovanni | 20) MOSTACCHI Benito |
| 3) BAVASTRO Marco | 21) PARISI Domenico |
| 4) BICH Edoardo | 22) PERRIN Carlo |
| 5) BIONAZ Augusto | 23) PERRIN Giuseppe Cesare |
| 6) BORRE Fedele | 24) PERRON Ego |
| 7) CHENUIL Giorgio | 25) PICCOLO Guglielmo |
| 8) CHIARELLO Vittorino | 26) RICCARAND Elio |
| 9) COLLE' Ivo | 27) RINI Emilio |
| 10) DUJANY Adolfo | 28) SQUARZINO Secondina |
| 11) FERRARIS Piero | 29) STEVENIN Francesco |
| 12) FLORIO Vanni | 30) TIBALDI Enrico |
| 13) LANIECE André | 31) VALLET Franco |
| 14) LANIVI Ilario | 32) VICQUERY Roberto |
| 15) LAVOYER Claudio | 33) VIERIN' Dino |
| 16) LINTY Paolo | 34) VIERIN' Marco |
| 17) LOUVIN Roberto | 35) VOYAT Ugo |
| 18) MAFRICA Demetrio | |

Scusa l'assenza l'Assessore al Bilancio e alle Finanze Massimo LEVEQUE.

Presiedono il Presidente Francesco STEVENIN ed il Vicepresidente Giovanni ALOISI.

Esercitano le funzioni di Segretario i Consiglieri Marco BAVASTRO e Ego PERRON.

Assiste e funge da Segretario il Sig. Luigi PASQUINO, dirigente del Servizio Affari Generali della Presidenza del Consiglio.

Il Presidente STEVENIN, constatata la validità dell'adunanza, dichiara aperta la seduta per la trattazione degli oggetti iscritti all'ordine del giorno, come da lettere in data 12 dicembre 1994, prot. n. 3625 e in data 19 dicembre 1994, prot. n. 3699.

Il Consiglio procede ai seguenti atti:

OGGETTO N. 1098/X - APPROVAZIONE DEL PIANO DI RIPARTO DEI FINANZIAMENTI DA ASSEGNARE AGLI ENTI GESTORI, PER L'ANNO 1995, IN APPLICAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 15 DICEMBRE 1982, N. 93, ("TESTO UNICO DELLE NORME REGIONALI IN MATERIA DI PROMOZIONE DI SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE ED INABILI"). DIRETTIVE APPLICATIVE.

Il Presidente STEVENIN dichiara aperta la discussione sulla proposta indicata in oggetto e iscritta al punto 21 dell'ordine del giorno dell'adunanza.

Illustra l'Assessore alla Sanità ed Assistenza Sociale
VICQUERY.

IL CONSIGLIO

Richiamate la legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 ("Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili") e la legge regionale 26 maggio 1993, n. 46 ("Norme in materia di finanza degli Enti e delle Comunità Montane") con le quali la Regione promuove interventi a favore delle persone anziane ed inabili mediante l'assegnazione agli enti locali di finanziamenti per l'istituzione, il potenziamento e la gestione dei servizi precisati nelle leggi medesime;

Visti i programmi inoltrati dagli Enti locali per l'istituzione, il potenziamento e/o la gestione di servizi per l'anno 1995;

Ravvisata la necessità, in applicazione dell'articolo 20 della legge regionale n. 93/1982, di proporre al Consiglio regionale il piano annuale di riparto dei contributi regionali per il predetto anno;

Visti gli atti predisposti dall'Assessorato alla Sanità ed Assistenza Sociale;

Sentita l'Associazione dei Sindaci della Valle d'Aosta, nonché la Consulta regionale delle Organizzazioni Sindacali dei Pensionati;

Visto il parere favorevole rilasciato dal Dirigente del Servizio affari generali, assistenza e servizi sociali dell'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 72 della legge regionale n. 3/1956 e successive modificazioni e dell'art. 21 della legge regionale n. 18/1980 e successive modificazioni, in ordine alla legittimità della presente deliberazione;

Visto il parere della V Commissione consiliare permanente;

Ad unanimità di voti favorevoli (presenti e votanti: ventinove);

DELIBERA

- 1) di approvare, per l'anno 1995, il piano di riparto dei finanziamenti regionali, in applicazione delle leggi regionali 15 dicembre 1982, n. 93 e 26 maggio 1993, n. 46, come dagli allegati alla presente deliberazione che ne formano parte integrante;
- 2) di dare atto che la spesa complessiva di lire 29.824.133.000 graverà sui seguenti capitoli del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1995:
 - a) quanto a lire 29.574.133.000 (ventinovemiliardicinquesettantaquattromilioncentotrentatre) sul capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1995 corrispondente al Capitolo 58400 "Contributi agli Enti locali nelle spese di gestione di servizi sociali a favore delle persone anziane ed inabili" del bilancio preventivo della Regione per l'anno 1994;
 - b) quanto a lire 250.000.000 (duecentocinquantamiloni) sul capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1995 corrispondente al Capitolo 58460 del bilancio preventivo della Regione per l'anno 1994 "Contributi ai Comuni nelle spese di investimento in servizi a favore delle persone anziane ed inabili";
- 3) di stabilire che gli Enti applichino nei confronti degli utenti, dei servizi le contribuzioni contenute nelle tabelle di cui all'allegato C);
- 4) di stabilire che agli impegni e alle liquidazioni dei finanziamenti assegnati agli Enti provveda la Giunta regionale, con successivi provvedimenti deliberativi, ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93;
- 5) di demandare all'Assessore alla Sanità ed Assistenza Sociale l'accoglimento delle richieste degli enti gestori per l'effettuazione di spese in conto investimenti, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 19 della legge regionale 93/82;
- 6) di stabilire che gli Enti gestori devono applicare le direttive di cui alla presente deliberazione e ai relativi allegati B) e C) per quanto concerne le modalità per l'utilizzazione dei fondi assegnati con il piano di riparto dei finanziamenti, per le modalità operative e per le tabelle di contribuzione;
- 7) di demandare alla Giunta regionale l'eventuale accoglimento e l'approvazione delle relative spese, nei limiti dei finanziamenti stabiliti, delle richieste degli Enti gestori per assunzioni di personale oltre l'organico assegnato nei casi in cui ciò sia assolutamente necessario per assicurare lo svolgimento dei servizi, ovvero la diversa ripartizione tra gli stessi Enti del personale che risulta sottoutilizzato, con conseguente eventuale sospensione dei finanziamenti assegnati a singoli Enti gestori;
- 8) di demandare alla Giunta regionale l'adozione dei provvedimenti necessari per fronteggiare, nell'ambito dei finanziamenti assegnati, l'aumento delle spese relative al personale derivanti dalle sostituzioni autorizzate dall'Assessore alla Sanità ed

Assistenza Sociale nei casi di malattia o gravidanza, da eventuali adeguamenti contrattuali o dalla partecipazione ad iniziative formative per assistenti domiciliari e tutelari;

- 9) **di demandare ad una successiva deliberazione Consiliare la concessione dei maggiori finanziamenti eventualmente necessari per far fronte alle spese di cui ai precedenti punti 7) e 8) e comunque non eccedenti lo stanziamento assegnato in bilancio;**
- 10) **di sottoporre la presente deliberazione al controllo della Commissione di Coordinamento per la Valle d'Aosta, ai sensi e per gli effetti dell'art. 8, lettere b, c, h, del decreto legislativo 22.4.1994, n. 320.**

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

COMUNI	ASSISTENZA DOMICILIARE	FORNITURA PASTI	MICRO-COMUNITA' C/CAP.		CENTRO DIURNO e CENTRO D'INCONTRO	SOGGIORNI TERMALI	ALTRI	TOTALI	
			C/GEST.	C/CAP.				C/GEST.	C
ALLEIM	66.600.000	7.800.000						74.400.000	
ANTEY-SAINTE-ANDRE*	74.975.000							74.975.000	
ARFAD	66.600.000							71.600.000	
ARVIER	76.975.000	3.500.000			C.I. 5.000.000 C/GEST			82.475.000	
AVISE	66.600.000	10.000.000			C.I. 2.000.000 C/GEST			81.600.000	3.000
AYAS	66.600.000	15.000.000			C.I. 5.000.000 C/GEST 3.000.000 C/CAP			81.600.000	
ATTAUVILLES	96.830.000	7.900.000				500.000		107.330.000	
BARD	56.225.000							56.225.000	
BIGNAZ	66.600.000							66.600.000	
BRISSCORE	66.600.000	7.500.000		7.000.000				74.100.000	
BRUSCH	56.225.000		608.900.000					662.125.000	7.000
CHALLARD-ST-ARSELME	56.225.000	10.000.000	468.900.000					535.125.000	7.000
CHALLARD-ST-VICTOR	66.225.000		673.470.000					739.695.000	7.000
CHAMPEPRAZ	56.225.000				C.D. 109.500.000 C/GEST 3.000.000 C/CAP	1.500.000		167.225.000	3.000
CHAMPORCHER	56.225.000	500.000			C.I. 10.000.000 C/GEST 2.000.000 C/CAP			66.725.000	2.000
CHATILLON	275.250.000				C.B. 145.000.000 C/GEST 17.000.000 C/CAP			490.250.000	17.000
COGNE	108.480.000		508.900.000		C.D. 36.500.000 C/GEST 2.000.000 C/CAP			655.880.000	9.000
COURMAYEUR	108.480.000				C.D. 101.000.000 C/GEST			178.480.000	
DOMBAS	194.800.000					2.500.000		226.300.000	3.000

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COMUNI	ASSISTENZA DOMICILIARE	FORNITURA PASTI	MICRO-COMUNITA'		CENTRO DIURNO e CENTRO D'INCONTRO	SOCCORRI TERMALI	ALTRI	TOTALI C/GEST.	C
			C/GEST.	C/CAP.					
COURS	66.600.000		492.400.000	7.000.000	C.D. { 7.500.000 C/GEST			636.500.000	9.000
ZMARFSE	66.600.000							66.600.000	
FERIS	129.855.000	20.000.000			C.I. { 10.000.000 C/GEST 2.000.000 C/CAP			150.855.000	2.000
FORTAIMEONE	93.275.000				C.D. { 70.500.000 C/GEST 1.000.000 C/CAP			164.275.000	1.000
GABY	56.225.000	5.000.000	586.150.000	7.000.000				647.375.000	7.000
GICHNO	122.795.000		571.150.000	7.000.000	C.D. e C.I. { 30.500.000 C/GEST 2.000.000 C/CAP		55.000.000	724.435.000	9.000
GRESSONET-LA-TRINITE'	66.600.000							66.600.000	
GRESSONET-SAINT-JEAN	56.225.000		586.150.000	7.000.000				637.375.000	7.000
HONE	94.660.000				C.D. { 68.500.000 C/GEST 3.000.000 C/CAP	1.500.000		184.660.000	3.000
INTROD	56.225.000							56.225.000	
ISSIMS	66.600.000	1.000.000						67.600.000	
ISSOGNE	94.660.000				C.D. e C.I. { 90.500.000 C/GEST 2.000.000 C/CAP	2.000.000		187.160.000	2.000
LA MAGDELEINE	SERVIZIO ASSICURATO DAL COMUNE DI ANTEY-SAINT-ANRE'								
LA SALLE	118.580.000							118.580.000	
LA TRUILLE	56.225.000		571.150.000	7.000.000				627.375.000	7.000
LILLIARDS	56.225.000	10.000.000						66.225.000	
MORTJOYET	94.660.000	1.500.000						96.160.000	
MONGEJ	118.580.000	6.500.000			C.I. { 32.000.000 C/GEST 1.000.000 C/CAP	8.000.000		167.080.000	1.000
MUS	166.100.000	21.000.000			C.I. { 18.500.000 C/GEST 3.000.000 C/CAP			203.600.000	3.000

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

COMUNI	ASSISTENZA DOMICILIARE	FORNITURA PASTI	MICRO-COMUNITA' C/CAP.	CENTRO DIURNO e CENTRO D'INCONTRO	SOGGIORNI TERMALI	ALTRI	TOTALI C/CEST.
OLLOMONT	66.600.000	5.000.000		C.I. € 3.000.000 C/CEST € 3.000.000 C/CAP			74.600.000
OTAZ	SERVIZIO ASSICURATO DAL COMUNE DI BIDNAI						
PERLOZ	56.225.000			C.D. € 33.000.000 C/CEST € 3.000.000 C/CAP			56.225.000
PORTOSIT	56.225.000			C.D. s.c.i. € 181.500.000 C/CEST € 5.000.000 C/CAP	4.300.000		591.600.000
PORT-SAINT-MARTIN	203.600.000						600.875.000
PRE'-ST-DIDIER	56.225.000		7.000.000	C.I. € 28.000.000 C/CEST € 3.000.000 C/CAP			194.100.000
QUART	166.100.000						40.475.000
RHEMES -ST- GEORGES	36.475.000	2.000.000		C.P. € 227.000.000 C/CEST € 3.000.000 C/CAP			293.600.000
ROISAN	66.600.000						99.830.000
SAINT-CHRISTOPHE	98.830.000						167.225.000
SAINT-MARCEL	93.725.000			C.D. € 66.500.000 C/CEST € 3.000.000 C/CAP			95.475.000
SAINT-NICOLAS	75.975.000	14.000.000		C.I. € 5.500.000 C/CEST			169.100.000
SAINT-OYEN	66.600.000			C.D. € 102.600.000 C/CEST € 3.000.000 C/CAP			1.096.575.000
SAINT-PIERRE	143.350.000		7.000.000				77.600.000
SAINT-REMY-EN-MOISSE	66.600.000	6.000.000					379.100.000
SAINT-VINCENT	203.600.000			C.D. € 125.500.000 C/CEST € 3.000.000 C/CAP			937.350.000
SARRE	182.100.000	18.000.000	7.000.000				596.875.000
TORGON	96.225.000	6.000.000	7.000.000	C.D. € 56.750.000 C/CEST € 7.100.000 C/CAP	5.000.000		195.100.000
VALORISENCHÉ	66.600.000						

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

COMUNI	ASSISTENZA DOMICILIARE	FORNITURA PASTI	MICRO-COMUNITA' C/CEST.	MICRO-COMUNITA' C/CAP.	CENTRO DIURNO e CENTRO D'INCONTRO C.D. e C.I.	SOGGIORNI TERMALI	ALTRI	TOTALI C/CEST.
VALPELLINE	64.600.000	11.000.000						77.600.000
VALSAIABICHNE	64.600.000		571.150.000	7.000.000				64.600.000
VALTOURENCHÉ	56.225.000		799.470.000	7.000.000	122.200.000 C/CEST 8.000.000 C/CAP	4.400.000	8.000.000	627.375.000 7.
VENIZI	143.350.000							1.077.420.000 15.
VILLENEUVE	108.495.000							108.495.000
CONSORZIO DI VERNAYES CHAUBAYE e ST-DEBIS	162.100.000		583.150.000	7.000.000				745.250.000 7.
CONSORZIO DI GRESSAN, JOYEZCAN, POLLEIR e CHARVENSO	238.200.000	7.500.000	1.063.650.000	12.000.000				1.309.350.000 12.6
CONSORZIO CHEZ-ROMOZ			934.100.000	7.000.000				934.100.000 7.0
CONSORZIO NOME			1.127.650.000	12.000.000				1.127.650.000 12.0
AOSTA	1.700.000.000		3.100.000.000	21.000.000	500.000.000 C/CEST 20.000.000 C/CAP			5.300.000.000 41.0
MICRO-COMUNITA' DI PONTET			766.470.000	7.000.000				766.470.000 7.0
MICRO-COMUNITA' DI INTROD e ARVIER			1.409.750.000	14.000.000				1.409.750.000 14.0
			TOTALI C/CEST	TOTALI C/CAP		TOTALI C/CEST		5.400.000
			TOTALI C/CEST	TOTALI C/CAP		TOTALI C/CEST		non mm

ALLEGATO B

A causa del persistere della grave congiuntura economica e della conseguente necessità di contenere le spese e di individuarle a priori in modo chiaro, vengono proposti, per tutti i servizi per anziani e inabili, criteri sostanzialmente analoghi a quelli dello scorso anno con la dichiarata intenzione di applicarli rigorosamente nel corso dell'anno al fine di garantire la miglior razionalizzazione delle spese.

Entro tali limiti tutti i soggetti coinvolti nella gestione dei servizi stessi dovranno rivolgere ogni sforzo per assicurare una buona assistenza agli utenti.

Si fa presente che presso taluni enti gestori, per accertate esigenze di servizio o per espressa e motivata richiesta degli stessi, sono assegnate unità di personale in numero diverso da quello previsto nei sottoidicati parametri comunque indicativi.

SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Parametri indicativi utilizzati per il riparto dei fondi

Comuni fino a 1000 abitanti	1 assistente domiciliare	L. 37.500.000
	1/4 assistente domiciliare	» 9.375.000
	1/4 infermiere	» 10.375.000
	altre prestazioni	» 9.350.000
da 1000 a 1500 abitanti	2 assistenti domiciliari	» 75.000.000
	1/4 assistente domiciliare	» 9.375.000
	1/3 infermiere	» 13.830.000
	altre prestazioni	» 10.285.000
da 1500 a 2000 abitanti	2 assistenti domiciliari	» 75.000.000
	1/2 assistente domiciliare	» 18.750.000
	1/3 infermiere	» 13.830.000
	altre prestazioni	» 11.000.000
da 2000 a 2500 abitanti	3 assistenti domiciliari	» 112.500.000
	1 infermiere	» 41.500.000
	altre prestazioni	» 12.100.000
oltre i 2500 abitanti	3 assistenti domiciliari	» 112.500.000
	1/2 assistente domiciliare	» 18.750.000
	1 infermiere	» 41.500.000
	altre prestazioni	» 12.100.000

MICRO-COMUNITÀ

Parametri indicativi utilizzati per il riparto dei fondi

Micro-comunità fino a 12 ospiti.

9 unità di personale	L. 360.000.000
1/2 infermiere	» 20.750.000
assistenza sanitaria	» 7.150.000
varie e animazione	» 121.000.000
1/2 amministrativo	» 20.750.000

Micro-comunità fino a 15 ospiti.

10 unità di personale	L. 400.000.000
1/2 infermiere	» 20.750.000
assistenza sanitaria	» 7.150.000
varie e animazione	» 137.500.000
1/2 amministrativo	» 20.750.000

Micro-comunità con più di 15 ospiti.

10 unità di personale + 1 unità di personale ogni due ospiti (dal 16° al 24°) varie, assistenza sanitaria e animazione in proporzione.

Micro-comunità con 25 ospiti.

16 unità di personale, varie, assistenza sanitaria e animazione in proporzione.

Micro-comunità con più di 25 ospiti.

Personale, varie, assistenza sanitaria e animazione in proporzione.

Centri diurni, centri diurni e notturni e centri d'incontro.

Vengono confermate le assegnazioni di personale e i finanziamenti relativi alle spese di gestione di cui alla delibera del consiglio regionale n. 4073/IX in data 18 dicembre 1992.

*Sostituzione di personale.**Assistenza domiciliare:*

per gli enti compresi nelle prime due fasce, le sostituzioni per ferie e malattie sono assicurate da 1/4 di personale assegnato;

per i restanti Enti aventi un organico maggiore tali sostituzioni dovranno essere assicurate dal personale in servizio.

Micro-comunità.

Potrà essere automaticamente sostituito il personale assente per gravidanza o malattia per periodi superiori a giorni dieci, senza la necessaria autorizzazione da parte dell'Assessorato.

Gli Enti dovranno far pervenire immediata comunicazione con allegata copia della certificazione medica e dell'Ispettorato del Lavoro, sulla base della quale è stata disposta la sostituzione.

L'inosservanza di tale procedura comporterà il mancato rimborso delle spese sostenute.

Gli enti, nel rendiconto, dovranno indicare, per ogni sostituzione, cognome e nome della persona assente e della sostituita, periodo di sostituzione e spesa sostenuta.

Ogni sostituzione di personale non rientrante nei casi sopraesposti dovrà essere preventivamente autorizzata dall'Assessorato alla Sanità ed Assistenza sociale.

Servizio infermieristico.

Al personale operante nei servizi di assistenza domiciliare e/o di microcomunità si applicano le disposizioni sopra richiamate per quanto riguarda le assenze per gravidanza o malattia superiori a giorni 10.

Iniziative formative per assistenti domiciliari e tutelari e personale infermieristico.

Potranno essere previste, in deroga a quanto sopra stabilito, le sostituzioni per malattia di qualsiasi durata che possano compromettere, in relazione alla partecipazione al corso del personale interessato, il funzionamento dei servizi, sempreché non sia possibile ovviare alle assenze per malattia mediante una diversa organizzazione del personale assegnato (come il quarto di unità per gli enti gestori di assistenza domiciliare compresi nelle prime due fasce) o in servizio.

Per i casi di cui sopra dovrà essere inviata a questo Assessorato immediata comunicazione con allegata copia della certificazione medica, sulla base della quale è stata disposta la sostituzione.

Le relative spese dovranno essere inserite nel rendiconto dell'anno 1994, unitamente all'indicazione, per ogni sostituzione, del cognome e nome della persona assente e della sostituita e del periodo di sostituzione.

Si comunica che potrà parimenti essere prevista, per l'anno 1994 e nei limiti consentiti dalla normativa vigente per gli enti locali (decreto del Presidente della Repubblica n. 268 del 13 maggio 1987), l'effettuazione di lavoro straordinario che sia direttamente connesso con la partecipazione al corso.

Le ore di straordinario e le eventuali competenze di cui all'articolo 18, comma IV, del decreto sopracitato, saranno pagate dagli enti gestori e le relative spese dovranno essere inserite, per il rimborso, unitamente alle delibere di autorizzazione alla partecipazione al corso, nel rendiconto dell'anno 1994.

In ragione della particolarità dei servizi per anziani ed inabili, si invitano gli enti gestori a porre alle persone interpellate per le sostituzioni di cui ai punti precedenti il termine delle 24 ore dell'avvenuta notifica del conferimento dell'incarico.

Utilizzazione dei fondi e modalità operative.

I finanziamenti assegnati devono intendersi quali limiti massimi di spesa concessi, salvo quanto previsto ai punti 6°) e 7°) della presente deliberazione.

I fondi devono essere utilizzati esclusivamente per spese di competenza dell'esercizio finanziario 1994.

Le spese relative all'anno 1993 e rimaste da pagare al 31 dicembre vanno liquidate, a residuo e nei limiti degli stanziamenti previsti per tale anno, entro e non oltre il 31 dicembre 1994. Esse inoltre dovranno essere oggetto di rendicontazioni separate rispetto alle spese di competenza dell'anno 1994.

Questo Assessorato provvederà a promuovere la concessione di acconti da parte della Giunta Regionale secondo le modalità già in vigore negli ultimi anni.

Per quanto riguarda il personale, gli enti gestori, nell'ambito dei finanziamenti assegnati, devono provvedere innanzitutto al pagamento delle competenze dovute in base al contratto, comprensive di eventuali arretrati.

Resta inteso che nel caso in cui gli enti gestori superino ingiustificatamente il finanziamento globalmente concesso, i comuni, compresi quelli facenti parte di Consorzi, dovranno sopportare i relativi oneri.

I finanziamenti concernenti incarichi temporanei instaurati ed eccedenti i limiti di cui all'allegato A dovranno considerarsi revocati a partire dal 1° gennaio 1994, mentre si autorizzano le proroghe degli incarichi rientranti negli stessi limiti fino all'immissione in ruolo di personale vincitore di concorsi di cui alla legge regionale n. 12 del 1990 o di personale coinvolto nella procedura di mobilità.

Al fine di un razionale impiego delle risorse esistenti, si ribadisce agli enti gestori, in caso di necessità temporanea, l'invito a utilizzare il personale presso un tipo di servizio, per anziani ed inabili, diverso da quello cui risulta assegnato, sempreché l'organizzazione del lavoro lo permetta e avvalendosi a tal proposito della collaborazione dell'assistente sociale.

Nello stesso intento e alle medesime condizioni di cui sopra, tra diversi enti gestori dovrà parimenti essere concordata, mediante accordi formalizzati tramite lettere trasmesse per conoscenza a questo Assessorato, l'utilizzazione del personale assegnato. È inteso che, in tali casi, il personale resta in carico all'ente dal quale dipende, essendo comunque l'intero onere coperto dal finanziamento regionale.

Sempre nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare, per renderlo più funzionale e rispondente alle esigenze degli utenti, è opportuno che l'orario di ogni unità di personale sia predisposto su sei giorni settimanali e distribuito possibilmente in modo flessibile nell'arco della giornata.

Da un punto di vista organizzativo, l'assistente sociale, essendo l'operatore che ha il quadro dei servizi distrettuali nella loro globalità (tipologia, numero del personale, numero dei casi eccetera) e dei bisogni emergenti, deve coordinare, in collaborazione con gli enti gestori, la mobilità del personale.

Si fa presente, infine, che gli enti gestori potranno assumere proprio personale ovvero promuovere l'utilizzo di altre risorse (volontariato, obiettori di coscienza per il cui impiego occorre presentare domanda di convenzionamento al Ministero della difesa - Direzione generale Leva - Reclutamento obbligatorio - Militarizzazione - Mobilitazione civile e Corpi ausiliari - 8ª Divisione - Sez. 2ª), senza richiedere autorizzazioni, nei casi in cui ciò sia ritenuto necessario per il buon funzionamento dei servizi. Resta inteso che le relative ed eventuali spese non saranno finanziate dalla regione, né dovranno essere inserite nel rendiconto.

Partecipazione alle spese.

Gli enti gestori, tramite personale amministrativo, devono procedere alla riscossione delle quote di contribuzione a carico degli utenti

con periodicità mensile o al massimo bimestrale, al fine di evitare il versamento di ingenti somme di denaro.

Si comunica che è stata soppressa la contribuzione per il servizio di assistenza infermieristica ai fini di una completa uniformità con l'erogazione dello stesso servizio da parte del personale USL.

Si ribadisce che deroghe al sistema di partecipazione alle spese sono ammesse solo nel caso di motivate richieste di esenzione o riduzione delle contribuzioni presentate dai servizi sociali di zona. In tal caso, all'atto della presentazione del rendiconto l'Ente gestore dovrà fare esplicita menzione di tali casi, allegando la relazione dell'assistente sociale che ha effettuato la richiesta.

Si chiarisce che i redditi su cui calcolare le contribuzioni sono quelli di qualsiasi natura e provenienza goduti dall'interessato (pensioni, rendite, stipendi, indennità di accompagnamento ...). Tali redditi devono essere considerati come netti e decurtati delle eventuali spese per locazione o per mutuo.

Per ciò che riguarda i servizi residenziali, l'ente gestore deve provvedere all'assistenza e al mantenimento dell'ospite e alla copertura delle spese di tipo sanitario (*ticket* vari, ambulanza, spese per farmaci o prestazioni non fornibili direttamente o indirettamente dal servizio sanitario nazionale e prescritte da medici).

All'atto dell'inserimento l'utente deve essere dotato a proprie spese di un corredo abbigliamento personale adeguato, ad eccezione di casi particolari segnalati dai competenti servizi sociali per i quali la spesa deve essere sostenuta dall'Ente gestore. Successivamente, in caso di bisogno, l'ospite o i suoi familiari dovranno provvedere al reintegro con eventuale utilizzo della quota lasciata mensilmente a disposizione dell'utente.

Rimangono a carico dell'utente eventuali imposte o tasse.

Per ciò che concerne in particolare il servizio di assistenza domiciliare, in caso di coniugi o conviventi anziani e/o inabili, il reddito da prendere in considerazione si ricava dividendo l'unico reddito o il cumulo dei redditi esistenti per il numero dei componenti il nucleo. Se in questo sono presenti più persone aventi diritto al servizio, la quota, calcolata nel modo suddetto, è unica e relativa all'orario prestato.

Qualora, invece, i conviventi non abbiano diritto al servizio, le prestazioni devono essere fornite solo agli anziani e inabili e il reddito su cui calcolare la contribuzione è quello degli assistiti.

Possono essere attivati interventi di sostegno psicologico e di compagnia.

A tal proposito si specifica che:

1) nel caso in cui l'assistente domiciliare contatti periodicamente soggetti anziani e inabili solamente per vigilare sulle loro condizioni, a tali utenti non deve essere richiesta alcuna contribuzione;

2) nel caso in cui l'assistente domiciliare attivi un vero e proprio intervento di compagnia, ritenuto indispensabile per il mantenimento a domicilio del soggetto, questi deve pagare la quota di contribuzione (aiuto domestico), a meno che, per motivi di opportunità, l'assistente sociale non ritenga di proporre l'esenzione dal pagamento.

Si fa presente, infine, che con l'articolo 36, comma IX, lettera a), punto 3), numero 27-ter del decreto-legge 30 agosto 1993, n. 331, così come modificato dalla legge di conversione 29 ottobre 1993, n. 427, le contribuzioni per le prestazioni effettuate nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono esentate dall'IVA.

Rapporti con gli ospiti.

Nell'ambito dei rapporti con gli ospiti, si invitano gli Enti gestori a dare disposizioni al proprio personale operante in tutti i servizi, affinché lo stesso, per ragioni di opportunità, non abbia implicazioni nella sfera patrimoniale degli utenti (es. cointestazioni di conti bancari e/o postali, di beni immobili, e simili). Ciò non vale per la gestione di modiche somme di denaro inerenti la vita quotidiana dell'ospite (es. spese, pagamento bollette, e simili).

Si fa ancora presente agli Enti gestori di provvedere affinché gli operatori dei servizi non siano delegati alla riscossione delle pensioni degli utenti. È infatti preferibile che tali deleghe siano rilasciate a favore degli amministratori locali eletti.

Sempre con riguardo al rapporto con gli ospiti e allo scopo di assicurare una buona qualità dei servizi, si segnala l'opportunità che la composizione del pasto (comprendente almeno un primo, un secondo con contorno, pane, frutta e formaggio) sia definito, tenendo conto anche delle abitudini alimentari e/o della necessità di diete specifiche per motivi di salute, da un operatore sanitario (medico, assistente sanitaria).

Collaborazione tra enti gestori e operatori socio-sanitari distrettuali.

Si invitano i comuni e i Consorzi di comuni ad avvalersi della consulenza degli operatori delle équipes socio-sanitarie distrettuali sia nella programmazione e gestione dei servizi per le persone anziane ed inabili, sia nella conduzione dei singoli casi (utenti dei servizi sud-detti). Tale collaborazione deve esistere sin dalla *fase di individuazione del bisogno* al fine di realizzare servizi rispondenti alle reali necessità del territorio.

Nella *fase successiva di progettazione e istituzione dei servizi* risulta importante avvalersi:

della competenza delle diverse figure professionali presenti nel distretto;

di esperienze già attuate in altre zone della regione e fuori Valle;

della consulenza del SID (Servizio informazione disabili) promosso e patrocinato dall'Assessorato regionale della Sanità ed Assistenza sociale che può dare un contributo specifico rispetto al problema delle barriere architettoniche e alla individuazione di ausili.

Nella *fase di gestione* è di competenza dell'Ente la gestione amministrativa dei servizi (esempio: accertamento dei redditi degli utenti, definizione delle quote a loro carico e riscossione; organizzazione del personale per quanto riguarda orari di lavoro, congedi vari, eccetera; stesura dei piani annuali per la richiesta dei finanziamenti e rendi-

conti delle spese sostenute, e simili), mentre è di competenza degli operatori, soprattutto dell'assistente sociale, la gestione tecnica degli stessi (esempio: verifica delle richieste e proposte d'intervento, definizione col personale di modalità di lavoro e di progetti sui casi).

Strumento indispensabile per integrare gli aspetti tecnici e amministrativi e per un'assunzione collegiale delle decisioni è la *Commissione di gestione*.

Questa deve essere istituita da tutti gli enti che gestiscono qualsiasi tipo di servizio per anziani e inabili.

Tale Commissione deve prevedere al suo interno la presenza di componenti politici, amministrativi e tecnici, affinché le relative responsabilità possano espletarsi in modo integrato per concorrere a una efficace gestione dei servizi.

In particolare, per quanto riguarda le *micro-comunità*, tenuto conto dell'esperienza maturata, si invitano gli Enti gestori, da un lato, a un corretto utilizzo dell'istruttore amministrativo per quanto di sua competenza e, dall'altro, a una stretta collaborazione di questi con l'assistente sociale per la risoluzione degli aspetti tecnici e per un utilizzo ottimale delle risorse a disposizione.

Procedura di accesso ai servizi.

Occorre presentare all'ente gestore domanda formale su modello che verrà predisposto dall'Assessorato alla Sanità ed Assistenza sociale e che dovrà prevedere notizie sulla situazione familiare/economica del richiedente.

Le domande dovranno essere inviate dall'ente al servizio sociale di riferimento per una valutazione professionale che individuerà i bisogni e le possibili risposte, cui seguirà relazione socio-sanitaria relativa al progetto d'intervento.

La definizione delle graduatorie per l'accesso ai servizi è subordinata alla applicazione dei sottoindicati criteri amministrativi e criteri professionali garanti di uniformità e trasparenza nella erogazione dei servizi.

Criteri amministrativi.

1) Presentazione della domanda corredata di tutta la documentazione necessaria per fruire del servizio individuato:

a) Assistenza domiciliare (aiuto domestico, fornitura pasti e servizio lavanderia):

stato di famiglia;

documentazione economica (mod. 740 eccetera);

ricevute d'affitto;

fatture per pagamento mutuo.

b) Micro-comunità e Centri diurni e notturni:

stato di famiglia;

documentazione economica dell'utente;

documentazione economica dei famigliari (di cui all'articolo 433 codice civile);

certificazione medica attestante l'idoneità alla vita comunitaria.

2) Residenza (anche storica) in Valle d'Aosta.

3) Individuazione della priorità:

a) Priorità ai residenti nel distretto, in caso di parità di bisogno risultante da valutazione professionale;

b) Prevalenza della situazione di maggiore bisogno indipendentemente dalla residenza nel distretto nel caso in cui le situazioni siano diverse (gli operatori competenti nella zona di residenza dell'utente invieranno relazione valutativa agli operatori petenti nella zona sede dei servizi);

4) Accettazione in forma scritta da parte dell'utente e dei familiari di cui all'articolo 433 degli impegni che la fruizione del servizio comporta:

a) pagamento quote a carico;

b) in caso di inserimento in struttura, dotazione al momento dell'ammissione di corredo personale e suo reintegro successivo in caso di necessità;

c) qualsiasi ulteriore impegno o regola definita dall'ente gestore.

5) Risposta scritta da parte dell'ente a tutte le domande di accoglimento (sia in caso positivo che negativo).

6) Durata di validità delle domande: anni 1.

7) Sospensione dell'erogazione del servizio per:

a) modifica della situazione di bisogno;

b) priorità di altre situazioni di bisogno;

c) mancato rispetto degli impegni sottoscritti.

Criteri professionali.

I criteri professionali utilizzati in modo uniforme dagli operatori delle équipes socio-sanitarie distrettuali diventano riferimento obbligato per il rilascio di valutazioni tecniche vincolanti ai fini della fruizione dei servizi.

Attività di animazione.

Si reputa opportuno che gli enti gestori destinino alle attività di animazione un finanziamento adeguato.

Si coglie l'occasione per far presente che l'animazione è un metodo di lavoro orientato al miglioramento della qualità della vita quotidiana all'interno delle strutture e che tiene conto degli interessi, della capacità e potenzialità degli ospiti.

È necessario pertanto creare il maggior numero possibile di opportunità attraverso il coinvolgimento degli anziani e, favorendo anche il collegamento tra micro-comunità, servizi di assistenza domiciliare e

territorio, programmare le attività animative per garantire una regolare continuità.

Sia la programmazione che la conduzione e la verifica di tali attività rientrano nei compiti del personale dei servizi. Le attività possono essere svolte anche con il supporto di tecnici e/o esperti e il coinvolgimento del volontariato.

ALLEGATO C

**CONTRIBUZIONE PER AIUTO DOMESTICO
NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

REDDITO	PARAMETRO	CONTRIBUZIONE
fino a L. 650.000	ESENTE	
da L. 650.001 a L. 950.000	30%	3.600
da L. 950.001 a L. 1.400.000	60%	7.200
da L. 1.400.001 a L. 1.700.000	80%	9.600
da L. 1.700.001 a L. 2.000.000	100%	12.000

CONTRIBUZIONE PER FORNITURA PASTI
(Costo base L. 10.000)

REDDITO	PARAMENTRO	CONTRIBUZIONE
solo pensione sociale	ESENTE	
dall'importo della pensione sociale a L. 650.000	40%	4.000
da L. 650.001 a L. 800.000	60%	6.000
da L. 800.000	100%	10.000

La presente tabella è puramente indicativa. I Comuni dovranno calcolare la quota di contribuzione per le fasce di reddito, secondo i parametri fissati, sulla base del costo effettivo del pasto. Il costo massimo del pasto su cui calcolare la contribuzione è di L. 10.000.

SERVIZIO DI LAVANDERIA
(Costo del servizio: L. 2.200 al Kg.)

REDDITO	PARAMETRO	CONTRIBUZIONE
Solo pensione sociale	ESENTE	
Dall'importo della pensione sociale a L. 800.000	50% del costo al Kg	L. 1.100 al Kg
Da L. 800.001	100% " " "	L. 2.200 al Kg

CENTRO DIURNO E NOTTURNO

Per l'ospitalità nei centri, per ospiti che usufruiscono anche del pernottamento, il costo convenzionale massimo è fissato in lire 1.300.000.

Agli utenti è lasciata a disposizione una somma di lire 150.000.

Per gli ospiti che usufruiscono unicamente dell'assistenza diurna dovrà essere richiesta solo la contribuzione dovuta per le singole prestazioni ricevute (esempio: pasto, lavanderia, eccetera).

CONTRIBUZIONE PER LA COMUNITÀ-ALLOGGIO

Pagamento di un affitto sulla base dei prezzi di mercato correnti nella zona con esenzione per coloro che usufruiscono solo della pensione sociale o della pensione e degli assegni per gli invalidi civili (deve essere conteggiata l'indennità di accompagnamento).

Per gli invalidi civili che beneficiano sia della pensione che dell'indennità di accompagnamento, il calcolo della contribuzione deve avvenire sulla somma delle due provvidenze.

Per gli altri servizi fornibili (pasto, lavanderia), valgono le tabelle per i corrispondenti servizi.

CONTRIBUZIONE PER MICRO-COMUNITÀ

Il costo mensile convenzionale del servizio viene fissato in lire 2.000.000.

1) *Utente senza reddito.*

È messa a disposizione dall'ente gestore la somma mensile di lire 150.000 su richiesta scritta dell'interessato.

2) *Utente con reddito.*

L'utente deve contribuire, mediante il proprio reddito, al pagamento del costo del servizio.

È lasciata a sua disposizione, previa richiesta scritta dell'interessato, la somma mensile di lire 150.000.

3) *Utenti con familiari tenuti all'assistenza.*

Fermo restando quanto stabilito ai punti 1) e 2), sono tenuti all'assistenza i familiari di cui all'articolo 433 del codice civile, ossia le persone obbligate a prestare gli alimenti.

Ognuno di essi dovrà contribuire nelle misure di seguito indicate qualora il suo reddito, imponibile desumibile dai modelli IRPEF, superi l'ammontare di lire 22.000.000 (nel caso di lavoro dipendente, o di pensione, il reddito viene calcolato nella misura dell'80 per cento):

REDDITO	CONTRIBUZIONE MENSILE
Fino L. 22.000.000	ESENTE
Da L. 22.000.001 a L. 40.000.000	200.000
Da L. 40.000.001 a L. 60.000.000	500.000
Oltre 65.000.000	800.000

Il reddito da considerare per il calcolo viene così individuato: reddito imponibile desumibile ad inizio anno, e a valere per tutto l'anno, sull'ultima dichiarazione dei redditi presentati.

All'inizio dell'anno o all'atto dell'ammissione, i familiari dell'ospite devono esibire tutta la documentazione attestante il reddito di cui sopra.

L'ammontare del contributo così individuato dovuto dai famigliari di cui all'articolo 433 del codice civile, e nell'ordine previsto dallo stesso, deve coprire la differenza tra il costo mensile convenzionale del servizio e la contribuzione versata dall'utente.

In caso di rifiuto all'esibizione della documentazione attestante il reddito dei contribuiti, l'Ente gestore dovrà segnalare all'Assessorato della Sanità e Assistenza sociale l'eventuale inesigibilità del credito.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ALLEGATO A

ENTI GESTORI	ASSEGNAZIONE C/ GESTIONE 1995	ENTI GESTORI	ASSEGNAZIONE C/GESTIONE 1
ALLEIN	40.404.000	GABY	640.259.000
ANTEY-SAINT-ANDRE'	64.000.000	GIGNOD	691.837.000
AOSTA	4.043.000.000	GRESSONEY-LA-TRINITE'	39.380.000
ARNAD	45.400.000	GRESSONEY-SAINT-JEAN	658.250.000
ARVIER	58.300.000	HONE	130.878.000
AVISE	62.423.000	INTROD	44.119.000
AYAS	58.490.000	ISSINE	40.077.000
AYMAVILLES	70.644.000	ISSOGNE	157.528.000
BARD	47.295.000	LA SALLE	100.878.000
BIONAZ	62.383.000	LA THUILE	577.509.000
BRISOGNE	55.125.000	LILLIANES	52.195.000
BRUSSON	680.000.000	MONTJOVET	97.900.000
CHALLAND-ST-ANSELME	576.005.000	MORGEX	136.601.000
CHALLAND-ST-VICTOR	738.657.000	NUS	123.463.000
CHAMPDEPRAZ	103.650.000	OLLOMONT	56.406.000
CHAMPORCHER	51.630.000	PERLOZ	50.424.000
CHATILLON	389.329.000	PONTBOSET	49.723.000
COGNE	729.328.000	PONTEY	48.000.000
COURMAYEUR	93.814.000	PONT-SAINT-MARTIN	284.536.000
DONNAS	229.312.000	PRE'-SAINT-DIDIER	539.570.000
DOUES	711.145.000	QUART	143.063.000
EMARESE	40.880.000	RHEMES-SAINT-GEORGES	23.777.000
FENIS	169.600.000	ROISAN	314.029.000
FONTAINEMORE	167.185.000	SAINT-CHRISTOPHE	77.997.000

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ENTI GESTORI	ASSEGNAZIONE C/ GESTIONE 1995	ENTI GESTORI	ASSEGNAZIONE C/GESTIONE 1995
SAINT-MARCEL	153.630.000	PERLOZ (MICRO-COMUNITA')	999.100.000
SAINT-NICOLAS	74.247.000		
SAINT-OYEN	160.330.000	SAINT-CHRISTOPHE (MICRO-COMUNITA')	861.100.000
SAINT-PIERRE	1.182.050.000		
SAINT-RHEMY-EN-BOSES	56.712.000		
SAINT-VINCENT	301.586.000		
SARRE	974.621.000		
TORGNON	559.220.000		
VALGRISENCHÉ	97.242.000		
VALPELLINE	39.667.000		
VALSAVARENCHÉ	44.157.000		
VALTOURNENCHÉ	611.900.000		
VERRES	1.114.092.000		
VILLENEUVE	92.808.000		
CONSORZIO CHEZ-RONCOZ	999.100.000		
CONSORZIO DI GRESSAN, JOVENCAN, POLLEIN E CHARVENSOD	1.397.980.000		
CONSORZIO HONE	1.205.921.000		
MICRO-COMUNITA' DI INTROD E ARVIER	1.384.100.000		
MICRO-COMUNITA' DI PONTEY	861.100.000		
CONSORZIO DI VERRAYES, CHAMBAVE E ST-DENIS	795.972.000		
FENIS (MICRO-COMUNITA')	861.100.000		

SOGGIORNI MARINI

ENTE GESTORE	ASSEGNAZIONE 95
COMUNE DI AOSTA	L. 127.840.000
COMUNITA' MONTANA "MONT BLANC - VALDIGNE"	L. 21.460.000
COMUNITA' MONTANA "GRAND PARADIS"	L. 28.900.000
COMUNITA' MONTANA "GRAND COMBIN"	L. 15.978.000
COMUNITA' MONTANA "MONT - EMILIUS"	L. 55.943.000
COMUNITA' MONTANA "MONTE CERVINO"	L. 51.050.000
COMUNITA' MONTANA "EVANCON"	L. 37.845.000
COMUNITA' MONTANA "WALSER"	L. 6.705.000
COMUNITA' MONTANA "MONTE ROSA"	L. 34.279.000

ALLEGATO B.

Dall'esame dei rendiconti inviati negli ultimi anni dagli Enti gestori, la spesa da essi sostenuta è risultata inferiore agli stanziamenti assegnati.

Allo scopo di permettere quindi un più razionale utilizzo delle risorse disponibili, nell'ambito del bilancio regionale, vengono assegnati per l'anno 1995, ai singoli Enti gestori, finanziamenti in conto gestione superiori nella misura del 9 per cento all'importo dei rispettivi saldi per l'anno 1993.

Nei limiti di tali finanziamenti, gli enti dovranno provvedere alla gestione di tutti i servizi per anziani ed inabili, senza essere vincolati da suddivisioni per tipologia e con l'inclusione delle spese concernenti le unità di personale di ruolo già assegnate per l'anno 1994.

Si fa presente che solamente per taluni Enti gestori, al criterio anzidetto sono stati applicati correttivi dovuti all'aumento o alla diminuzione, dopo il 31 dicembre 1993, delle unità di personale in ruolo.

Per quanto riguarda i soggiorni marini organizzati dalle comunità montane, l'aumento percentuale di cui sopra è stato applicato sull'intera somma stanziata che a sua volta è ripartita tra gli Enti gestori sulla base della popolazione ultrasessantacinquenne residente.

Sostituzione di personale.

Assistenza domiciliare.

Le sostituzioni per ferie e malattia dovranno essere assicurate nei limiti dei finanziamenti assegnati.

Micro-comunità.

Potrà essere automaticamente sostituito il personale assente per gravidanza o malattia per periodi superiori a giorni dieci, senza la necessaria autorizzazione da parte dell'Assessorato.

Gli Enti dovranno far pervenire immediata comunicazione con allegata copia della certificazione medica o dell'Ispettorato del lavoro, sulla base della quale è stata disposta la sostituzione.

L'inosservanza di tale procedura comporterà il mancato rimborso delle spese sostenute.

Gli Enti, nel rendiconto, dovranno indicare, per ogni sostituzione, cognome e nome della persona assente e della sostituita, periodo di sostituzione e spesa sostenuta.

Ogni sostituzione di personale non rientrante nei casi sopraesposti dovrà essere preventivamente autorizzata dall'Assessorato della sanità ed Assistenza sociale.

Servizio infermieristico.

Al personale operante nei servizi di assistenza domiciliare e/o di microcomunità si applicano le disposizioni sopra richiamate per quanto riguarda le assenze per gravidanza o malattia superiori a giorni 10.

Iniziative formative per assistenti domiciliari e tutelari e personale infermieristico.

Potranno essere previste, in deroga a quanto sopra stabilito, le sostituzioni per malattia di qualsiasi durata che possano compromettere, in relazione alla partecipazione al corso del personale interessato, il funzionamento dei servizi, sempreché non sia possibile ovviare alle assenze per malattia mediante una diversa organizzazione del personale previsto nel limite del finanziamento.

Per i casi di cui sopra dovrà essere inviata a questo Assessorato immediata comunicazione con allegata copia della certificazione medica, sulla base della quale è stata disposta la sostituzione.

Le relative spese dovranno essere inserite nel rendiconto dell'anno 1995, unitamente all'indicazione, per ogni sostituzione, del cognome e nome della persona assente e della sostituita e del periodo di sostituzione.

Si comunica che potrà parimenti essere prevista, per l'anno 1995 e nei limiti consentiti dalla normativa vigente per gli enti locali (decreto del Presidente della Repubblica 268 del 13 maggio 1987), l'effettuazione di lavoro straordinario che sia direttamente connesso con la partecipazione al corso.

Le ore di straordinario e le eventuali competenze di cui all'articolo 18, comma IV, del decreto sopracitato, saranno pagate dagli enti gestori e le relative spese dovranno essere inserite, per il rimborso, unitamente alle delibere di autorizzazione alla partecipazione al corso, nel rendiconto dell'anno 1995.

In ragione della particolarità dei servizi per anziani ed inabili, si invitano gli enti gestori a porre alle persone interpellate per le sostituzioni di cui ai punti precedenti il termine delle 24 ore dall'avvenuta notifica del conferimento dell'incarico.

Utilizzazione dei fondi e modalità operative.

I finanziamenti assegnati devono intendersi quali limiti massimi di spesa concessi, salvo quanto previsto ai punti 7°) e 8°) della presente deliberazione.

I fondi devono essere utilizzati esclusivamente per spese di competenza dell'esercizio finanziario 1995.

Le spese relative all'anno 1994 e rimaste da pagare al 31 dicembre vanno liquidate, a residuo e nei limiti degli stanziamenti previsti per tale anno, entro e non oltre il 31 dicembre 1995. Esse inoltre dovranno essere oggetto di rendicontazioni separate rispetto alle spese di competenza dell'anno 1995.

L'Assessorato della Sanità e Assistenza sociale provvederà a promuovere la concessione di acconti da parte della Giunta regionale secondo le seguenti modalità:

per gli Enti gestori di microcomunità n. 3 acconti rispettivamente nei mesi di gennaio, aprile ed agosto;

per gli Enti gestori di altri servizi gli acconti verranno erogati su richiesta scritta dell'Ente stesso.

Per quanto concerne i finanziamenti in conto capitale le spese dovranno essere preventivamente autorizzate dall'Assessore alla Sanità ed Assistenza sociale sulla base di idonea documentazione e nei limiti di finanziamento di cui all'articolo 19 della legge regionale n. 93 del 1982.

Per quanto riguarda il personale, gli enti gestori, nell'ambito dei finanziamenti assegnati, devono provvedere innanzitutto al pagamento delle competenze dovute in base al contratto, comprensive di eventuali arretrati.

Resta inteso che nel caso in cui gli enti gestori superino ingiustificatamente il finanziamento globalmente concesso, i comuni, compresi quelli facenti parte di Consorzi, dovranno sopportare i relativi oneri.

Per l'organizzazione dei soggiorni marini da parte delle Comunità Montane il Presidente dell'Associazione dei Presidenti di tali Enti funge da coordinatore tra gli stessi perché siano fissati criteri uniformi generali per la selezione delle domande di soggiorno, sia dal lato sanitario che economico, e per gli *standards* di trattamento vittuario ed alloggiativo che debbono fornire gli esercizi alberghieri.

I finanziamenti concernenti incarichi temporanei instaurati ed eccedenti i limiti di cui all'allegato A dovranno considerarsi revocati a partire dal 1° gennaio 1995, mentre si autorizzano le proroghe degli incarichi rientranti negli stessi limiti fino all'immissione in ruolo di personale risultato idoneo in base al concorso regionale ai sensi della legge regionale n. 12 del 1990 o di personale coinvolto nella procedura di mobilità.

Tenuto conto del sottoutilizzo del personale di assistenza in alcuni servizi evidenziato nei dati richiesti dall'Assessorato della Sanità ed Assistenza sociale ed inviati dagli Enti gestori e dalle Assistenti sociali, si ribadisce, al fine di un più razionale impiego delle risorse esistenti, la necessità di utilizzare il personale in modo flessibile, sia nei servizi per anziani ed inabili diversi da quello cui risulta assegnato, sia tra Enti gestori diversi.

Per garantire la tempestività degli interventi l'utilizzazione del personale tra Enti diversi potrà essere concordata telefonicamente e successivamente formalizzata con lettera da inviare per conoscenza all'Assessorato.

È inteso che, in tali casi, il personale resta in carico all'Ente dal quale dipende, essendo comunque l'intero onere coperto dal finanziamento regionale.

Sempre nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare, per renderlo più funzionale e rispondente alle esigenze degli utenti, l'orario di ogni unità di personale deve essere predisposto su sei giorni settimanali e distribuito possibilmente in modo flessibile. Laddove il numero di personale e l'organizzazione dello stesso lo consentano è auspicabile assicurare il servizio anche nei giorni festivi.

Anche per il personale infermieristico, sia esso assegnato al servizio di assistenza domiciliare o di microcomunità, l'orario deve essere distribuito almeno su sei giorni ed in modo flessibile in base alle esigenze di servizio.

Da un punto di vista organizzativo, l'assistente sociale, essendo l'operatore che ha il quadro dei servizi distrettuali nella loro globalità

(tipologia, numero del personale, numero di casi, eccetera) e dei bisogni emergenti, deve coordinare, in collaborazione con gli Enti gestori, la mobilità e l'utilizzo del personale.

Si fa presente, infine, che gli Enti gestori potranno assumere proprio personale ovvero promuovere l'utilizzo di altre risorse (volontariato, obiettori di coscienza per il cui impiego occorre presentare domanda di convenzionamento al Ministero della Difesa — Direzione generale leva — Reclutamento obbligatorio — Militarizzazione — Mobilitazione civile e Corpi ausiliari — 8^a Divisione — sez. 2^a), senza richiedere autorizzazioni, nei casi in cui ciò sia ritenuto necessario per il buon funzionamento dei servizi. Resta inteso che le relative ed eventuali spese non saranno finanziate dalla regione, né dovranno essere inserite nel rendiconto.

Partecipazione alle spese.

In base a dati inviati dagli Enti gestori da cui è risultato che le quote vengono ancora rimosse da personale di assistenza e con cadenza variabile, si ribadisce agli stessi che le suddette quote devono essere calcolate e rimosse da personale amministrativo con periodicità mensile o al massimo bimestrale, al fine di evitare il versamento di ingenti somme di denaro.

Si ribadisce che deroghe al sistema di partecipazione alle spese sono ammesse solo nel caso di motivate richieste di esenzione o riduzione delle contribuzioni presentate dai servizi sociali di zona. In tal caso, all'atto della presentazione del rendiconto, l'Ente gestore dovrà fare esplicita menzione di tali casi, allegando la relazione dell'assistente sociale che ha effettuato la richiesta.

Le assenze per ricovero ospedaliero di durata superiore a 15 giorni consecutivi comportano l'esenzione proporzionale della contribuzione, fermo restando il diritto alla conservazione del posto da parte dell'ospite ricoverato. L'Ente gestore ha la possibilità di procedere, nei corrispondenti periodi di assenza, a inserimenti temporanei di altri utenti.

Per ciò che riguarda i servizi residenziali, l'ente gestore deve provvedere all'assistenza e al mantenimento dell'ospite e alla copertura delle spese di tipo sanitario (*ticket* vari, ambulanza, spese per farmaci o prestazioni non fornibili direttamente o indirettamente dal servizio sanitario nazionale e prescritte da medici).

Alle persone ospitate possono essere chiesti pagamenti per l'acquisto di farmaci o altro materiale sanitario non fornibili dal Servizio sanitario nazionale per la parte di reddito eccedente l'importo della retta di ospitalità.

All'atto dell'inserimento l'utente deve essere dotato a proprie spese di un corredo abbigliamento personale adeguato, ad eccezione di casi particolari segnalati dai competenti servizi sociali, per i quali la spesa deve essere sostenuta dall'Ente gestore. Successivamente in caso di bisogno, l'ospite o i suoi familiari dovranno provvedere al reintegro con eventuale utilizzo della quota lasciata mensilmente a disposizione dell'utente.

Rimangono a carico dell'utente eventuali imposte o tasse.

Possono essere attivati interventi di sostegno psicologico e di compagnia.

A tal proposito si specifica che:

1) nel caso in cui l'assistente domiciliare contatti periodicamente soggetti anziani e inabili solamente per vigilare sulle loro condizioni, a tali utenti non deve essere richiesta alcuna contribuzione;

2) nel caso in cui l'assistente domiciliare attivi un vero e proprio intervento di compagnia, ritenuto indispensabile per il mantenimento a domicilio del soggetto, questi deve pagare la quota di contribuzione (aiuto domestico), a meno che, per motivi di opportunità, l'assistente sociale non ritenga di proporre l'esenzione dal pagamento.

Rapporti con gli ospiti.

Nell'ambito dei rapporti con gli ospiti, si invitano gli Enti gestori a dare disposizioni al proprio personale operante in tutti i servizi, affinché lo stesso, per ragioni di opportunità, non abbia implicazioni nella sfera patrimoniale degli utenti (es. cointestazioni di conti bancari e/o postali, di beni immobili, e simili). Ciò non vale per la gestione di modiche somme di denaro inerenti la vita quotidiana dell'ospite (es. spese, pagamento bollette, e simili).

Si fa ancora presente agli Enti gestori di provvedere affinché gli operatori dei servizi non siano delegati alla riscossione delle pensioni degli utenti. È infatti preferibile che tali deleghe siano rilasciate a favore degli amministratori locali eletti.

Sempre con riguardo al rapporto con gli ospiti e allo scopo di assicurare una buona qualità dei servizi, si segnala l'opportunità che la composizione del pasto (comprendente almeno un primo, un secondo con contorno, pane, frutta o formaggio) sia definito, tenendo conto anche delle abitudini alimentari e/o della necessità di diete specifiche per motivi di salute, da un operatore sanitario (medico, assistente sanitaria).

Collaborazione tra enti gestori e operatori socio-sanitari distrettuali.

I comuni e i consorzi di comuni devono avvalersi della consulenza degli operatori delle équipes socio-sanitarie distrettuali sia nella programmazione e gestione dei servizi per le persone anziane ed inabili, sia nella conduzione dei singoli casi (utenti dei servizi suddetti). Tale collaborazione deve esistere sin dalla fase di individuazione del bisogno al fine di realizzare servizi rispondenti alle reali necessità del territorio.

Nella fase successiva di progettazione e istituzione dei servizi, risulta importante avvalersi:

della competenza delle diverse figure professionali presenti nel distretto;

di esperienze già attuate in altre zone della regione e fuori Valle;

della consulenza del SID (Servizio informazione disabili) promosso e patrocinato dall'Assessorato regionale della sanità ed Assi-

stenza sociale che può dare un contributo specifico rispetto al problema delle barriere architettoniche e alla individuazione di ausili.

Nella fase di gestione è di competenza dell'Ente la gestione amministrativa dei servizi (esempio: accertamento dei redditi degli utenti, definizione delle quote a loro carico e riscossione; orari di lavoro del personale, congedi vari, eccetera; stesura dei piani annuali per la richiesta dei finanziamenti e rendiconti delle spese sostenute, e simili), mentre è di competenza degli operatori, soprattutto dell'assistente sociale, la gestione tecnica degli stessi (esempio: verifica delle richieste e proposte d'intervento, definizione col personale di modalità e tempi di lavoro e di progetti sui casi).

Strumento indispensabile per integrare gli aspetti tecnici e amministrativi e per un'assunzione collegiale delle decisioni è la Commissione di gestione.

In base ai dati estrapolati dai questionari sopracitati risulta che la Commissione di gestione in alcuni ambiti non esiste, mentre in altri non funziona in maniera regolare o non prevede la partecipazione della componente tecnica.

La suddetta Commissione deve essere istituita da tutti gli Enti che gestiscono qualsiasi tipo di servizio per anziani ed inabili e non deve occuparsi solo dell'accesso ai servizi ma della globalità dei problemi relativi ad essi.

Tale Commissione deve prevedere al suo interno la presenza di componenti politici, amministrativi e tecnici, affinché le relative responsabilità possano espletarsi in modo integrato per concorrere a una efficace gestione dei servizi.

In particolare, per quanto riguarda le micro-comunità, tenuto conto dell'esperienza maturata, si invitano gli Enti gestori, da un lato, a un corretto utilizzo dell'istruttore amministrativo per quanto di sua competenza e, dall'altro, a una stretta collaborazione di questi con l'assistente sociale per la risoluzione degli aspetti tecnici e per un utilizzo ottimale delle risorse a disposizione.

Procedura di accesso ai servizi.

Occorre presentare all'ente gestore domanda formale sul modello predisposto dall'Assessorato alla sanità ed assistenza sociale, che deve prevedere notizie sulla situazione familiare/economica del richiedente.

Le domande dovranno essere inviate dall'ente al servizio sociale di riferimento per una valutazione professionale che individuerà i bisogni e le possibili risposte, cui seguirà relazione socio-sanitaria relativa al progetto d'intervento.

La definizione delle graduatorie per l'accesso ai servizi è subordinata alla applicazione dei sottoindicati criteri amministrativi e criteri professionali garanti di uniformità e trasparenza nella erogazione dei servizi.

Criteri amministrativi.

1) Presentazione della domanda corredata di tutta la documentazione necessaria per fruire del servizio individuato:

a) Assistenza domiciliare (aiuto domestico, fornitura pasti e servizio lavanderia):

stato di famiglia

documentazione economica (mod. 740 eccetera)

ricevute d'affitto

fatture per pagamento mutuo;

b) Micro-comunità e Centri diurni e notturni

stato di famiglia

documentazione economica dell'utente

documentazione economica dei nuclei dei familiari (di cui all'articolo 433 del codice civile)

certificazione medica attestante l'idoneità alla vita comunitaria.

2) Residenza (anche storica) in Valle d'Aosta.

3) Individuazione della priorità:

a) priorità ai residenti nel distretto, in caso di parità di bisogno risultante da valutazione professionale;

b) prevalenza della situazione di maggiore bisogno indipendentemente dalla residenza nel distretto nel caso in cui le situazioni siano diverse (gli operatori competenti nella zona di residenza dell'utente invieranno relazione valutativa agli operatori competenti nella zona sede dei servizi).

4) Accettazione in forma scritta da parte dell'utente e dei familiari di cui all'art. 433 degli impegni che la fruizione del servizio comporta:

a) pagamento quote a carico;

b) in caso di inserimento in struttura, dotazione al momento dell'ammissione di corredo personale e suo reintegro successivo in caso di necessità;

c) qualsiasi ulteriore impegno o regola definita dall'ente gestore.

5) Risposta scritta da parte dell'ente a tutte le domande di accoglimento (sia in caso positivo che negativo).

6) Durata di validità delle domande: anni 1.

7) Sospensione dell'erogazione del servizio per:

a) modifica della situazione di bisogno;

b) priorità di altre situazioni di bisogno;

c) mancato rispetto degli impegni sottoscritti.

Criteri professionali.

I criteri professionali utilizzati in modo uniforme dagli operatori delle équipes socio-sanitarie distrettuali diventano riferimento obbligato per il rilascio di valutazioni tecniche vincolanti ai fini della fruizione dei servizi.

Attività di animazione.

Si reputa opportuno che gli enti gestori destinino alle attività di animazione un finanziamento adeguato.

Si coglie l'occasione per far presente che l'animazione è un metodo di lavoro orientato al miglioramento della qualità della vita quotidiana all'interno delle strutture e che tiene conto degli interessi, della capacità e potenzialità degli ospiti.

È necessario pertanto creare il maggior numero possibile di opportunità attraverso il coinvolgimento degli anziani e, favorendo anche il collegamento tra micro-comunità, servizi di assistenza domiciliare e territorio, programmare le attività animative per garantire una regolare continuità.

Sia la programmazione che la conduzione e la verifica di tali attività rientrano nei compiti del personale dei servizi. Le attività possono essere svolte anche con il supporto di tecnici e/o esperti e il coinvolgimento del volontariato.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ALLEGATO C

Per quanto concerne l'assistenza domiciliare (servizi di aiuto domestico, fornitura pasti e lavanderia) il calcolo della contribuzione deve avvenire sul reddito annuo lordo di cui è titolare l'intero nucleo familiare di appartenenza dell'interessato. Tale reddito è da considerarsi omnicomprensivo di tutte le entrate di qualsiasi natura e provenienza (pensioni, rendite, stipendi, indennità di accompagnamento...).

Le contribuzioni devono essere calcolate sulla parte di reddito, così come sopra definito, eccedente il minimo vitale annuo di cui alla sottostante tabella:

MINIMO VITALE ANNUO									
1 componente		2 componenti		3 componenti		4 componenti		5 componenti	
proprietà	affitto	proprietà	affitto	proprietà	affitto	proprietà	affitto	proprietà	affitto
5.184.000	8.640.000	7.580.000	12.600.000	9.720.000	16.200.000	11.880.000	19.800.000	12.744.000	21.240.000

N.B. Per ogni componente oltre il 5° competono ulteriori L. 864.000 annue.

AIUTO DOMESTICO

REDDITO ANNUO LORDO OMNICOMPRESIVO DELL'INTERO NUCLEO	PARAMETRO	CONTRIBUZIONE ORARIA
fino al minimo vitale	ESENTE	
fino a L. 7.800.000 oltre il minimo vitale	30%	3.600
da L. 7.800.001 a L. 11.400.000 oltre il minimo vitale	60%	7.200
da L. 11.400.001 a L. 16.800.000 oltre il minimo vitale	80%	9.600
da L. 16.800.001 oltre il minimo vitale	100%	12.000

FORNITURA PASTI

REDDITO ANNUO LORDO OMNICOMPRESIVO DELL'INTERO NUCLEO	PARAMETRO	CONTRIBUZIONE
fino al minimo vitale	ESENTE	
fino a L. 7.800.000 oltre il minimo vitale	20%	2.000
da L. 7.800.001 a L. 11.400.000 oltre il minimo vitale	40%	4.000
da L. 11.400.001 a L. 16.800.000 oltre il minimo vitale	60%	6.000
da L. 16.800.001 oltre il minimo vitale	100%	10.000

LAVANDERIA

REDDITO ANNUO LORDO OMNICOMPRESIVO DELL'INTERO NUCLEO	PARAMETRO	CONTRIBUZIONE AL KG.
fino al minimo vitale	ESENTE	
fino a L. 11.400.000 oltre il minimo vitale	50% del costo al kg	L. 1.100 al kg
da L. 11.400.001 oltre il minimo vitale	100% del costo al Kg	L. 2.200 al kg

CONTRIBUZIONE MICRO-COMUNITÀ

Il costo mensile convenzionale del servizio viene fissato in lire 2.000.000.

L'utente deve concorrere al pagamento del costo suddetto mediante i propri redditi (pensione, indennità di accompagnamento, rendite, eccetera).

Qualunque sia l'entità di tali redditi all'ospite è lasciata a disposizione, su propria richiesta scritta, la somma mensile di lire 150.000.

In caso di riduzione della retta di ospitalità per ricoveri ospedalieri superiori ai 15 gg, la quota di lire 150.000 lasciata a disposizione dell'ospite viene proporzionalmente ridotta.

CONTRIBUZIONE DEI NUCLEI DEI FAMILIARI
TENUTI ALL'ASSISTENZA

Sono tenuti all'assistenza i nuclei dei familiari di cui all'articolo 433 del codice civile, ossia delle persone obbligate a prestare gli alimenti.

Si intende nucleo familiare quello risultante dalla situazione di famiglia anagrafica.

Ogni nucleo dovrà contribuire, sulla base del reddito imponibile secondo le misure indicate nella tabella sottoindicata.

Esente	5%	10%	15%	25%	40%	55%	70%	80%
fino a	10.000.000	20.000.001	30.000.001	40.000.001	50.000.001	60.000.001	70.000.001	80.000.001
10.000.000	20.000.000	30.000.000	40.000.000	50.000.000	60.000.000	70.000.000	80.000.000	90.000.000

Il reddito da considerare per il calcolo viene così individuato: reddito imponibile autocertificato ad inizio anno con successiva esibizione a giugno di tutta la documentazione attestante lo stesso.

All'imponibile dichiarato saranno dedotti i seguenti oneri:

lire 5.000.000 annui per spese di locazione;

la quota sottoindicata per ogni componente il nucleo oltre il 1°, elaborate secondo la tabella d'equivalenza a fianco indicata:

1 componente oltre il 1°	lire	6.000.000	1
2 componenti oltre il 1°	lire	7.320.000	1,22
3 componenti oltre il 1°	lire	8.580.000	1,43
4 componenti oltre il 1°	lire	9.720.000	1,62
5 componenti oltre il 1°	lire	10.800.000	1,80
6 componenti oltre il 1°	lire	11.700.000	1,95;

per ogni componente in più oltre al 6° si dovrà aggiungere alla tabella di equivalenza lo 0,15.

L'ammontare del contributo così individuato dovuto dai nuclei dei familiari di cui all'articolo 433 del codice civile, e nell'ordine previsto

dallo stesso, deve coprire la differenza tra il costo mensile convenzionale del servizio e la contribuzione versata dall'utente.

In caso di rifiuto all'esibizione della documentazione attestante il reddito dei contributi, l'Ente gestore dovrà segnalare all'Assessorato della Sanità e Assistenza sociale l'eventuale inesigibilità del credito.

REGIME DIURNO MICRO-COMUNITÀ

Agli ospiti delle micro-comunità inseriti in regime diurno per la contribuzione si applicano le quote previste dalle tabelle per le singole prestazioni di assistenza domiciliare.

Si lascia a discrezione di codesti Enti, quando l'assistenza erogata si sostanzia in altre significative prestazioni non riconducibili alle tabelle sopraindicate, di quantificare la quota di contribuzione fino ad un massimo del 50 per cento di quanto essi pagherebbero se residenti. Nel caso in cui l'ospite non sia in grado di pagare la quota stabilita, devono contribuire anche i nuclei familiari di cui all'articolo 433 del codice civile nella stessa misura prevista per gli anziani in regime residenziale.

CENTRO DIURNO E NOTTURNO

Per l'ospitalità nei centri, per ospiti che usufruiscono anche del pernottamento, il costo convenzionale mensile è fissato in lire 1.300.000.

Agli utenti è lasciata a disposizione la somma di lire 150.000. Per gli ospiti che usufruiscono unicamente dell'assistenza diurna dovrà essere richiesta solo la contribuzione dovuta per le singole prestazioni ricevute (esempio: pasto, lavanderia, eccetera).

Per raggiungere il costo convenzionale, anche i nuclei familiari di cui all'articolo 433 del codice civile di ospiti di tali strutture devono contribuire nella stessa misura prevista per il servizio di microcomunità.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
(Francesco Stévenin)

**IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
DEL CONSIGLIO**
(Ego Perron)

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

Referto di pubblicazione

Il sottoscritto Segretario certifica che un estratto della presente deliberazione è stato pubblicato all'Albo dell'Amministrazione regionale dal giorno 29 dicembre 1994

Aosta, li 29 dicembre 1994

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

**Per copia conforme, ad uso amministrativo,
dell'originale dell'estratto di deliberazione**

Aosta, li 29 dicembre 1994

IL SEGRETARIO

Commissione di Coordinamento

N. 920

Aosta, 9 FEB 1995

VISTO

IL PRESIDENTE
F.to: Vittorio BALESTRA

In originali firmati:

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
(Edoardo Bich)

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
DEL CONSIGLIO
(Gino Giovanni Agnesod)

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

=====

Referto di pubblicazione

Il sottoscritto Segretario certifica che un estratto della presente deliberazione è stato pubblicato all'Albo dell'Amministrazione regionale dal giorno 22 dicembre 1992

Aosta, li 22 dicembre 1992

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

=====

Per copia conforme, ad uso amministrativo,
dell'originale dell'estratto di deliberazione

Aosta, li 22 dicembre 1992

IL SEGRETARIO

=====

Commissione di Coordinamento

N. 12445

Aosta, -7 GEN 1993

VISIO

IL PRESIDENTE
F.to: CARMELO DIMARCO

TESTO UFFICIALE
TEXTE OFFICIEL

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI
REGIONALI

Legge regionale 3 maggio 1993 n. 22.

Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

La seguente legge:

Articolo 1
(Finalità)

1. Per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza a favore di persone anziane e handicappate, alcooldipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS, la Giunta regionale è autorizzata ad erogare provvidenze economiche per:

- a) il pagamento di rette per l'ospitalità in strutture protette assistenziali e socio-riabilitative, sia in regime diurno sia in regime residenziale;
- b) la concessione di contributi a privati per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione.

Articolo 2
(Beneficiari)

1. Possono fruire delle provvidenze della presente legge:

- a) i cittadini residenti nei comuni della Valle d'Aosta;
- b) gli stranieri e gli apolidi residenti nei comuni della Valle d'Aosta;
- c) i profughi, i rimpatriati e i rifugiati aventi titolo all'assistenza secondo le leggi dello Stato, dimoranti nei comuni della Valle d'Aosta.

Articolo 3
(Requisiti)

1. Le provvidenze di cui all'art. 1 sono concesse ai soggetti richiedenti che si trovino in effettivo stato di bisogno, certificato dai competenti servizi socio-sanitari, in relazione

PREMIERE PARTIE

LOIS ET REGLEMENTS
REGIONAUX

Loi régionale n° 22 du 3 mai 1993,

portant aides en faveur des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades de SIDA.

LE CONSEIL REGIONAL

a approuvé:

LE PRESIDENT
DU GOUVERNEMENT REGIONAL

promulgue

la loi dont la teneur suit:

Article 1°
(Finalités)

1. Dans l'exercice des fonctions d'assistance aux personnes âgées et handicapées, aux alcooliques, aux toxicomanes, aux séropositifs et aux malades de SIDA, le gouvernement régional est autorisé à octroyer des aides économiques et vue de:

- a) supporter les frais d'hospitalisation de jour ou d'hébergement dans des centres de soins et de réadaptation sociale.
- b) inciter les particuliers à assurer des initiatives d'assistance susceptibles d'éviter l'accueil en établissement.

Article 2
(Bénéficiaires)

1. Ont vocation à bénéficier des aides visées à la présente loi:

- a) les personnes de nationalité italienne résidant dans les communes de la Vallée d'Aoste;
- b) les immigrés et les apatrides résidant dans les communes de la Vallée d'Aoste;
- c) les réfugiés et les rapatriés ayant droit à l'assistance aux termes des lois de l'Etat et résidant dans les communes de la Vallée d'Aoste.

Article 3
(Conditions requises)

1. Les aides visées à l'art. 1° de la présente loi sont octroyées aux postulants dont les services médico-sociaux compétents ont certifié l'état de besoin, vu les conditions

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Bulletin Officiel de la Région autonome Vallée d'Aoste

N. 23
 11 - 5 - 1993

alle condizioni psico-fisiche ed alla situazione familiare e socio-ambientale.

2. Lo stato di bisogno è determinato dalla sussistenza di almeno uno dei seguenti elementi:

- a) insufficienza del reddito familiare del richiedente in rapporto alle esigenze minime vitali di tutti i componenti del nucleo, allorché non vi siano altre persone tenute a provvedere, o che di fatto provvedano, alla integrazione di tale reddito;
- b) incapacità totale o parziale del richiedente a provvedere autonomamente a se stesso ed il cui nucleo familiare non sia in grado di assicurargli l'assistenza necessaria;
- c) sottoposizione del richiedente a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che impongano o rendano necessari interventi assistenziali o socio-riabilitativi.

Articolo 4
 (Procedura)

1. Per poter usufruire delle provvidenze di cui all'art. 1 i soggetti interessati presentano domanda al Servizio affari generali, assistenza e servizi sociali dell'Assessorato regionale della sanità ed assistenza sociale.

2. La domanda deve essere corredata da documentazione attestante lo stato di famiglia, i redditi del nucleo familiare nonché lo stato di bisogno di cui all'art. 3.

3. Le provvidenze economiche relative alle domande istruite sono concesse con deliberazione della Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data della richiesta, in misura pari al costo del servizio, detratto il reddito personale del richiedente e la quota-parte a carico dei soggetti tenuti all'obbligo della prestazione degli alimenti, ai sensi degli art. 433 e seguenti del codice civile.

Articolo 5
 (Abrogazione di norme)

1. È abrogata la legge regionale 18 marzo 1987, n. 19 (Finanziamento delle spese per l'assistenza a favore di soggetti handicappati fisici, psichici e sensoriali).

Articolo 6
 (Disposizioni finanziarie)

1. Alla copertura degli oneri previsti dall'art. 1, determinati in complessive lire 3.500.000.000 per l'anno 1993, si provvede utilizzando le disponibilità iscritte ai seguenti capitoli del bilancio di previsione della Regione per tale esercizio finanziario e ai corrispondenti capitoli dei futuri bilanci:

- a) cap. 61040 che assume la seguente nuova denominazione «Spese per interventi assistenziali a favore di persone anziane e handicappate, alcoolodipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS»;

psychiques et physiques ainsi que la situation familiale et sociale.

2. L'état de besoin est déterminé par les situations suivantes:

- a) revenus du foyer du demandeur insuffisants pour les besoins essentiels de tous les membres de la famille, au cas où aucune autre personne ne serait tenue ou ne serait, en fait, en train d'intégrer lesdits revenus;
- b) état de dépendance totale ou partielle du demandeur impossibilité de la famille de lui offrir l'assistance nécessaire;
- c) mesures de l'autorité judiciaire imposant ou rendant nécessaire des initiatives d'assistance ou de réhabilitation sociale à l'intention du demandeur

Article 4
 (Procédures)

1. Les personnes souhaitant bénéficier des aides visées à l'art. 1^{er} de la présente loi doivent déposer leur demande au service des affaires générales, de l'assistance et des services sociaux de l'assessorat régional de la santé et de l'aide sociale.

2. La demande doit être assortie de la fiche familiale d'état civil, de la déclaration des revenus des membres du foyer ainsi que des documents attestant l'état de besoin visé à l'art. 3 de la présente loi.

3. Les aides économiques sont octroyées, par délibération du gouvernement régional établie dans les soixante jours qui suivent la date de la demande, jusqu'à concurrence du coût de la prestation, après déduction du revenu personnel du demandeur et de la quote-part à la charge des personnes tenues au paiement de la pension alimentaire, aux termes des articles 433 et suivants du code civil.

Article 5
 (Abrogation de dispositions)

1. La loi régionale n° 19 du 18 mars 1987, portant financement des dépenses d'assistance en faveur de personnes handicapées du point de vue physique, psychique et sensoriel, est abrogée.

Article 6
 (Dispositions financières)

1. Les dépenses visées à l'art. 1^{er} de la présente loi, estimées à L. 3 500 000 000 pour 1993, seront couvertes par le prélèvement des crédits inscrits aux chapitres indiqués ci-après du budget 1993 de la région et aux chapitres correspondants des budgets futurs:

- a) chap. 61040 dont la dénomination est modifiée comme suit: «Dépenses destinées à des mesures d'assistance au profit des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades de SIDA»;

Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Bulletin Officiel de la Région autonome Vallée d'Aoste

N. 21
11 - 5 - 1993

b) cap. 61060 che assume la seguente nuova denominazione «Contributi per interventi assistenziali a favore di persone anziane e handicappate, alcoolodipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS».

2. A decorrere dal 1994, gli oneri suddetti saranno determinati ai sensi dell'art. 15 della legge regionale 27 dicembre 1989, n. 90 (Norme in materia di bilancio e di contabilità generale della Regione autonoma Valle d'Aosta).

Articolo 7

(Assistenza economica a favore di assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica)

1. Per l'applicazione dell'art. 39, commi 3 e 4 della legge regionale 6 marzo 1987, n. 15 (Normativa e criteri generali per l'assegnazione, la determinazione dei canoni e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica) è autorizzata la spesa annua di lire 50 milioni che graverà sull'istituendo capitolo 61200 del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1993 e sui corrispondenti capitoli dei futuri bilanci.

2. I provvedimenti di cui al comma 1. sono estesi, per quanto compatibile, agli inquilini dell'edilizia privata con le stesse modalità e gli stessi criteri di valutazione.

3. Alla copertura dell'onere di cui ai commi 1 e 2 si provvede mediante pari riduzione dello stanziamento iscritto al cap. 60800 del bilancio di previsione per il 1993.

3. A decorrere dal 1994 gli oneri suddetti saranno determinati ai sensi dell'art. 15 della l.r. 90/1989.

Articolo 8

(Variazioni di bilancio)

1. Al bilancio di previsione della Regione per il 1993 sono apportate le seguenti variazioni:

Parte spesa

a) in diminuzione:

cap. 60800 «Spese per interventi nel settore della sicurezza sociale» L. 50.000.000;

b) in aumento:

Programma regionale: 2.2.3.03

Codificazione: 01.01.1.6.1.2.08.07.08

cap. 61200 (di nuova istituzione)

«Interventi di assistenza economica a favore di assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Legge regionale 6 marzo 1987, n. 15, art. 39, comma 4.

Legge regionale 3 maggio 1993, n. 22.

L. 50.000.000.

La presente legge sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

b) chap. 61060 dont la dénomination est modifiée comme suit: «Subventions destinées à des mesures d'assistance au profit des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades de SIDA».

2. A compter de 1994, les dépenses seront déterminées aux termes de l'art. 15 de la loi régionale n° 90 du 27 décembre 1989, portant dispositions en matière de budget et de comptabilité générale de la Région autonome de la Vallée d'Aoste.

Article 7

(Aides économiques en faveur des bénéficiaires de logements sociaux)

1. Aux fins de l'application des 3^e et 4^e alinéas de l'art. 39 de la loi régionale n° 15 du 6 mars 1987, portant dispositions et critères généraux en vue de l'attribution, de la détermination des baux et de la gestion des logements sociaux, il est autorisé la dépense annuelle de L. 50 millions qui grèvera le nouveau chapitre 61200 du budget 1993 de la région et les chapitres correspondants des budgets futurs.

2. Les mesures visées au 1^{er} alinéa sont également appliquées, dans la mesure du possible, aux locataires de logements propriété de particuliers, suivant les mêmes modalités et critères d'appréciation.

3. Les dépenses visées au 1^{er} et 2^e alinéas seront couvertes par la réduction d'un montant correspondant des crédits inscrits au chapitre 60800 du budget 1993 de la région.

4. A compter de 1994, les dépenses susvisées seront déterminées au sens de l'art. 15 de la l.r. 90/1989.

Article 8

(Rectifications du budget)

1. Le budget 1993 de la Région subit les rectifications suivantes:

Partie dépenses

a) diminution:

chap. 60800 «Dépenses destinées aux actions dans le domaine de la sécurité sociale» L. 50 000 000

b) augmentation:

programme régional 2.2.3.03.

codification 01.01.1.6.1.2.08.07.08.

chap. 61200 (nouveau chapitre)

«Mesures économiques en faveur des bénéficiaires de logements sociaux.

Loi régionale n° 15 du 6 mars 1987, art. 39, 4^e alinéa.

Loi régionale n° 22 du 3 mai 1993»

L. 50 000 000

La présente loi sera publiée au Bulletin officiel de la Région.

Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Bulletin Officiel de la Région autonome Vallée d'Aoste

N. 21
11 - 5 - 1993

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Aosta, 3 maggio 1993.

Il Presidente
LANIVI

Legge regionale 3 maggio 1993 n. 23.

Modificazioni e integrazioni alla legge regionale 22 aprile 1986, n. 17, concernente: «Concessione di contributi per la manutenzione e la gestione delle piste per lo sci di fondo».

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Articolo 1

1. L'articolo 2 della legge regionale 22 aprile 1986, n. 17, concernente: «Concessione di contributi per la manutenzione e la gestione delle piste per lo sci di fondo», è sostituito dal seguente:

«Articolo 2

1. I contributi di cui all'articolo 1 possono essere concessi ad aziende o enti che assolvono alla funzione di gestore delle piste, ai sensi della legge regionale 13 marzo 1992, n. 9, concernente «Norme in materia di esercizio ad uso pubblico di piste di sci».

2. I contributi vengono concessi separatamente per:

- a) l'acquisto di mezzi battipista;
- b) il sostenimento di tutte le restanti spese di gestione o manutenzione delle piste».

Articolo 2

1. L'articolo 3 della l.r. 17/1986 è sostituito dal seguente:

«Articolo 3

1. Le domande per l'ottenimento dei contributi di cui all'articolo 2 devono essere presentate all'Assessorato del turismo, sport e beni culturali entro il 30 settembre di ogni anno e devono essere corredate di un elenco delle piste di sci di fondo gestite dal richiedente e di cui quest'ultimo prevede, in presenza di sufficienti condizioni d'innevamento e fatte salve le esigenze di sicurezza, il funzionamento per almeno settantacinque giorni durante la successiva stagione invernale.

2. Per le piste di cui venga denunciato o accertato un

Quiconque est tenu de l'observer et de la faire observer comme loi de la Région autonome de la Vallée d'Aoste.

Fait à Aoste, le 3 mai 1993

Le Président,
Italo LANIVI

Loi régionale n° 23 du 3 mai 1993,

modifiant et complétant la loi régionale n° 17 du 22 avril 1986 relative à l'octroi de subventions destinées à l'entretien et à la gestion des pistes de ski de fond.

LE CONSEIL REGIONAL

a approuvé.

LE PRESIDENT
DU GOUVERNEMENT REGIONAL

promulgue

la loi dont la teneur suit:

Article 1°

1. L'article 2 de la loi régionale n° 17 du 22 avril 1986, portant octroi de subventions destinées à l'entretien et à la gestion des pistes de ski de fond, est remplacé comme suit:

«Article 2

1. Les subventions visées à l'article 1° peuvent être accordées aux entreprises ou établissements qui assurent la gestion des pistes, aux termes de la loi régionale n° 9 du 13 mars 1992, portant dispositions en matière d'exploitation des pistes de ski affectées à usage public.

2. Les subventions sont accordées séparément pour:

- a) l'achat d'engins de damage;
- b) la prise en charge de tous les frais résiduels de gestion et d'entretien des pistes».

Article 2

1. L'article 3 de la l.r. 17/86 est remplacé comme suit:

«Article 3

1. Les demandes de subventions visés à l'article 2 doivent être adressées à l'assessorat du tourisme, des sports et des biens culturels avant le 30 septembre de chaque année et être assorties d'une liste des pistes de ski de fond gérées par le postulant et dont celui-ci prévoit - si l'enneigement est suffisant et sans préjudice du respect des normes de sécurité - le fonctionnement pendant soixante-quinze jours au moins au cours de la saison d'hiver qui suit.

2. Quant aux pistes pour lesquelles le fonctionnement

TESTO UFFICIALE
TEXTE OFFICIEL

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI
REGIONALI

Legge regionale 3 maggio 1993 n. 22.

Provvidenze a favore di persone anziane e handicappate, alcolodipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

Articolo 1
(Finalità)

1. Per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza a favore di persone anziane e handicappate, alcolodipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS, la Giunta regionale è autorizzata ad erogare provvidenze economiche per:

- a) il pagamento di rette per l'ospitalità in strutture protette assistenziali e socio-riabilitative, sia in regime diurno sia in regime residenziale;
- b) la concessione di contributi a privati per interventi assistenziali alternativi all'istituzionalizzazione.

Articolo 2
(Beneficiari)

1. Possono fruire delle provvidenze della presente legge:

- a) i cittadini residenti nei comuni della Valle d'Aosta;
- b) gli stranieri e gli apolidi residenti nei comuni della Valle d'Aosta;
- c) i profughi, i rimpatriati e i rifugiati aventi titolo all'assistenza secondo le leggi dello Stato, dimoranti nei comuni della Valle d'Aosta.

Articolo 3
(Requisiti)

1. Le provvidenze di cui all'art. 1 sono concesse ai soggetti richiedenti che si trovino in effettivo stato di bisogno, certificato dai competenti servizi socio-sanitari, in relazione

PREMIERE PARTIE

LOIS ET REGLEMENTS
REGIONAUX

Loi régionale n° 22 du 3 mai 1993,

portant aides en faveur des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades de SIDA.

LE CONSEIL REGIONAL

a approuvé;

LE PRESIDENT
DU GOUVERNEMENT REGIONAL

promulgue

la loi dont la teneur suit:

Article 1^{er}
(Finalités)

1. Dans l'exercice des fonctions d'assistance aux personnes âgées et handicapées, aux alcooliques, aux toxicomanes, aux séropositifs et aux malades de SIDA, le gouvernement régional est autorisé à octroyer des aides économiques en vue de:

- a) supporter les frais d'hospitalisation de jour ou d'hébergement dans des centres de soins et de réadaptation sociale;
- b) inciter les particuliers à assurer des initiatives d'assistance susceptibles d'éviter l'accueil en établissement.

Article 2
(Bénéficiaires)

1. Ont vocation à bénéficier des aides visées à la présente loi:

- a) les personnes de nationalité italienne résidant dans les communes de la Vallée d'Aoste;
- b) les immigrants et les apatrides résidant dans les communes de la Vallée d'Aoste;
- c) les réfugiés et les rapatriés ayant droit à l'assistance aux termes des lois de l'Etat et résidant dans les communes de la Vallée d'Aoste.

Article 3
(Conditions requises)

1. Les aides visées à l'art. 1^{er} de la présente loi sont octroyées aux postulants dont les services médico-sociaux compétents ont certifié l'état de besoin, vu les conditions

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Bulletin Officiel de la Région autonome Vallée d'Aoste

N. 21
11 - 5 - 1993

alle condizioni psico-fisiche ed alla situazione familiare e socio-ambientale.

2. Lo stato di bisogno è determinato dalla sussistenza di almeno uno dei seguenti elementi:

- a) insufficienza del reddito familiare del richiedente in rapporto alle esigenze minime vitali di tutti i componenti del nucleo, allorché non vi siano altre persone tenute a provvedere, o che di fatto provvedano, alla integrazione di tale reddito;
- b) incapacità totale o parziale del richiedente a provvedere autonomamente a se stesso ed il cui nucleo familiare non sia in grado di assicurarli l'assistenza necessaria;
- c) sottoposizione del richiedente a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che impongano o rendano necessari interventi assistenziali o socio-riabilitativi.

Articolo 4
(Procedura)

1. Per poter usufruire delle provvidenze di cui all'art. 1 i soggetti interessati presentano domanda al Servizio affari generali, assistenza e servizi sociali dell'Assessorato regionale della sanità ed assistenza sociale.

2. La domanda deve essere corredata da documentazione attestante lo stato di famiglia, i redditi del nucleo familiare nonché lo stato di bisogno di cui all'art. 3.

3. Le provvidenze economiche relative alle domande istruite sono concesse con deliberazione della Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data della richiesta, in misura pari al costo del servizio, detratto il reddito personale del richiedente e la quota-parte a carico dei soggetti tenuti all'obbligo della prestazione degli alimenti, ai sensi degli art. 433 e seguenti del codice civile.

Articolo 5
(Abrogazione di norme)

1. È abrogata la legge regionale 18 marzo 1987, n. 19 (Finanziamento delle spese per l'assistenza a favore di soggetti handicappati fisici, psichici e sensoriali).

Articolo 6
(Disposizioni finanziarie)

1. Alla copertura degli oneri previsti dall'art. 1, determinati in complessive lire 3.500.000.000 per l'anno 1993, si provvede utilizzando le disponibilità iscritte ai seguenti capitoli del bilancio di previsione della Regione per tale esercizio finanziario e ai corrispondenti capitoli dei futuri bilanci:

- a) cap. 61040 che assume la seguente nuova denominazione «Spese per interventi assistenziali a favore di persone anziane e handicappate, alcoolodipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS»;

psychiques et physiques ainsi que la situation familiale et sociale.

2. L'état de besoin est déterminé par les situations suivantes:

- a) revenus du foyer du demandeur insuffisants pour les besoins essentiels de tous les membres de la famille, au cas où aucune autre personne ne serait tenue ou ne serait, en fait, en train d'intégrer lesdits revenus;
- b) état de dépendance totale ou partielle du demandeur impossibilité de la famille de lui offrir l'assistance nécessaire;
- c) mesures de l'autorité judiciaire imposant ou rendant nécessaire des initiatives d'assistance ou de réhabilitation sociale à l'intention du demandeur.

Article 4
(Procédures)

1. Les personnes souhaitant bénéficier des aides visées à l'art. 1^{er} de la présente loi doivent déposer leur demande au service des affaires générales, de l'assistance et des services sociaux de l'assessorat régional de la santé et de l'aide sociale.

2. La demande doit être assortie de la fiche familiale d'état civil, de la déclaration des revenus des membres du foyer ainsi que des documents attestant l'état de besoin visé à l'art. 3 de la présente loi.

3. Les aides économiques sont octroyées, par délibération du gouvernement régional établie dans les soixante jours qui suivent la date de la demande, jusqu'à concurrence du coût de la prestation, après déduction du revenu personnel du demandeur et de la quote-part à la charge des personnes tenues au paiement de la pension alimentaire, aux termes des articles 433 et suivants du code civil.

Article 5
(Abrogation de dispositions)

1. La loi régionale n° 19 du 18 mars 1987, portant financement des dépenses d'assistance en faveur de personnes handicapées du point de vue physique, psychique et sensoriel, est abrogée.

Article 6
(Dispositions financières)

1. Les dépenses visées à l'art. 1^{er} de la présente loi, estimées à L. 3 500 000 000 pour 1993, seront couvertes par le prélèvement des crédits inscrits aux chapitres indiqués ci-après du budget 1993 de la région et aux chapitres correspondants des budgets futurs:

- a) chap. 61040 dont la dénomination est modifiée comme suit: «Dépenses destinées à des mesures d'assistance au profit des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades de SIDA»;

b) cap. 61060 che assume la seguente nuova denominazione «Contributi per interventi assistenziali a favore di persone anziane e handicappate, alcoolodipendenti, tossicodipendenti, infetti da HIV e affetti da AIDS».

2. A decorrere dal 1994, gli oneri suddetti saranno determinati ai sensi dell'art. 15 della legge regionale 27 dicembre 1989, n. 90 (Norme in materia di bilancio e di contabilità generale della Regione autonoma Valle d'Aosta).

Articolo 7

(Assistenza economica a favore di assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica)

1. Per l'applicazione dell'art. 39, commi 3 e 4 della legge regionale 6 marzo 1987, n. 15 (Normativa e criteri generali per l'assegnazione, la determinazione dei canoni e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica) è autorizzata la spesa annua di lire 50 milioni che graverà sull'istituendo capitolo 61200 del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1993 e sui corrispondenti capitoli dei futuri bilanci.

2. I provvedimenti di cui al comma 1. sono estesi, per quanto compatibile, agli inquilini dell'edilizia privata con le stesse modalità e gli stessi criteri di valutazione.

3. Alla copertura dell'onere di cui ai commi 1 e 2 si provvede mediante pari riduzione dello stanziamento iscritto al cap. 60800 del bilancio di previsione per il 1993.

3. A decorrere dal 1994 gli oneri suddetti saranno determinati ai sensi dell'art. 15 della l.r. 90/1989.

Articolo 8

(Variazioni di bilancio)

1. Al bilancio di previsione della Regione per il 1993 sono apportate le seguenti variazioni:

Parte spesa

a) in diminuzione:

cap. 60800 «Spese per interventi nel settore della sicurezza sociale» L. 50.000.000;

b) in aumento:

Programma regionale: 2.2.3.03

Codificazione: 01.01.1.6.1.2.08.07.08

cap. 61200 (di nuova istituzione)

«Interventi di assistenza economica a favore di assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Legge regionale 6 marzo 1987, n. 15, art. 39, comma 4.

Legge regionale 3 maggio 1993, n. 22.

L. 50.000.000.

La presente legge sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

b) chap. 61060 dont la dénomination est modifiée comme suit: «Subventions destinées à des mesures d'assistance au profit des personnes âgées et handicapées, des alcooliques, des toxicomanes, des séropositifs et des malades de SIDA».

2. A compter de 1994, les dépenses seront déterminées aux termes de l'art. 15 de la loi régionale n° 90 du 27 décembre 1989, portant dispositions en matière de budget et de comptabilité générale de la Région autonome de la Vallée d'Aoste.

Article 7

(Aides économiques en faveur des bénéficiaires de logements sociaux)

1. Aux fins de l'application des 3^e et 4^e alinéas de l'art. 39 de la loi régionale n° 15 du 6 mars 1987, portant dispositions et critères généraux en vue de l'attribution, de la détermination des baux et de la gestion des logements sociaux, il est autorisé la dépense annuelle de L. 50 millions qui grèvera le nouveau chapitre 61200 du budget 1993 de la région et les chapitres correspondants des budgets futurs

2. Les mesures visées au 1^{er} alinéa sont également appliquées, dans la mesure du possible, aux locataires de logements propriété de particuliers, suivant les mêmes modalités et critères d'appréciation.

3. Les dépenses visées au 1^{er} et 2^e alinéas seront couvertes par la réduction d'un montant correspondant des crédits inscrits au chapitre 60800 du budget 1993 de la région.

4. A compter de 1994, les dépenses susvisées seront déterminées au sens de l'art. 15 de la l.r. 90/1989.

Article 8

(Rectifications du budget)

1. Le budget 1993 de la Région subit les rectifications suivantes:

Partie dépenses

a) diminution:

chap. 60800 «Dépenses destinées aux actions dans le domaine de la sécurité sociale» L. 50 000 000

b) augmentation:

programme régional 2.2.3.03.

codification 01.01.1.6.1.2.08.07.08.

chap. 61200 (nouveau chapitre)

«Mesures économiques en faveur des bénéficiaires de logements sociaux.

Loi régionale n° 15 du 6 mars 1987, art. 39, 4^e alinéa.

Loi régionale n° 22 du 3 mai 1993»

L. 50 000 000

La présente loi sera publiée au Bulletin officiel de la Région.

Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta
Bulletin Officiel de la Région autonome Vallée d'Aoste

N. 21
 11 - 5 - 1993

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Aosta, 3 maggio 1993.

Il Presidente
 LANIVI

Legge regionale 3 maggio 1993 n. 23.

Modificazioni e integrazioni alla legge regionale 22 aprile 1986, n. 17, concernente: «Concessione di contributi per la manutenzione e la gestione delle piste per lo sci di fondo».

IL CONSIGLIO REGIONALE
 ha approvato
 IL PRESIDENTE
 DELLA GIUNTA REGIONALE
 promulga

la seguente legge:

Articolo 1

1. L'articolo 2 della legge regionale 22 aprile 1986, n. 17, concernente: «Concessione di contributi per la manutenzione e la gestione delle piste per lo sci di fondo», è sostituito dal seguente:

«Articolo 2

1. I contributi di cui all'articolo 1 possono essere concessi ad aziende o enti che assolvono alla funzione di gestore delle piste, ai sensi della legge regionale 13 marzo 1992, n. 9, concernente «Norme in materia di esercizio ad uso pubblico di piste di sci».

2. I contributi vengono concessi separatamente per:

- a) l'acquisto di mezzi battipista;
- b) il sostenimento di tutte le restanti spese di gestione o manutenzione delle piste».

Articolo 2

1. L'articolo 3 della l.r. 17/1986 è sostituito dal seguente:

«Articolo 3

1. Le domande per l'ottenimento dei contributi di cui all'articolo 2 devono essere presentate all'Assessorato del turismo, sport e beni culturali entro il 30 settembre di ogni anno e devono essere corredate di un elenco delle piste di sci di fondo gestite dal richiedente e di cui quest'ultimo preveda, in presenza di sufficienti condizioni d'innevamento e fatte salve le esigenze di sicurezza, il funzionamento per almeno settantacinque giorni durante la successiva stagione invernale.

2. Per le piste di cui venga denunciato o accertato un

Quiconque est tenu de l'observer et de la faire observer comme loi de la Région autonome de la Vallée d'Aoste.

Fait à Aoste, le 3 mai 1993

Le Président
 Dario LANIVI

Loi régionale n° 23 du 3 mai 1993,

modifiant et complétant la loi régionale n° 17 du 22 avril 1986 relative à l'octroi de subventions destinées à l'entretien et à la gestion des pistes de ski de fond.

LE CONSEIL REGIONAL
 a approuvé;
 LE PRESIDENT
 DU GOUVERNEMENT REGIONAL
 promulgue

la loi dont la teneur suit:

Article 1°

1. L'article 2 de la loi régionale n° 17 du 22 avril 1986, portant octroi de subventions destinées à l'entretien et à la gestion des pistes de ski de fond, est remplacé comme suit:

«Article 2

1. Les subventions visées à l'article 1° peuvent être accordées aux entreprises ou établissements qui assurent la gestion des pistes, aux termes de la loi régionale n° 9 du 13 mars 1992, portant dispositions en matière d'exploitation des pistes de ski affectées à usage public.

2. Les subventions sont accordées séparément pour:

- a) l'achat d'engins de damage;
- b) la prise en charge de tous les frais résiduels de gestion et d'entretien des pistes».

Article 2

1. L'article 3 de la l.r. 17/86 est remplacé comme suit:

«Article 3

1. Les demandes de subventions visés à l'article 2 doivent être adressées à l'assessorat du tourisme, des sports et des biens culturels avant le 30 septembre de chaque année et être assorties d'une liste des pistes de ski de fond gérées par le postulant et dont celui-ci prévoit - si l'enneigement est suffisant et sans préjudice du respect des normes de sécurité - le fonctionnement pendant soixante-quinze jours au moins au cours de la saison d'hiver qui suit.

2. Quant aux pistes pour lesquelles le fonctionnement

ESTRATTO

Oggetto n. 4074 /IX

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
Consiglio regionale**Verbale della seduta del 18 dicembre 1992 (antimeridiana).**

L'anno millenovecentonovantadue, addì diciotto del mese di dicembre, alle ore nove e minuti trentasei, in Aosta, nella sala delle adunanze consiliari, convocato in adunanza ordinaria, si è riunito il Consiglio della Regione Autonoma della Valle d'Aosta, con la partecipazione dei Consiglieri:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1) AGNESOD Gino Giovanni | 17) MARCOZ Ettore |
| 2) ALOISI Domenico | 18) MARTIN Maurizio |
| 3) BAJOCCHO Igino | 19) MONAMI Cristina |
| 4) BENEFORTI Valerio | 20) MOSTACCHI Benito |
| 5) BICH Edoardo | 21) PASCALE Liborio |
| 6) BONDAZ Giovanni | 22) PERRIN Giuseppe Cesare |
| 7) CHENUIL Giorgio | 23) RICCARAND Elio |
| 8) CHIOFALO Antonino | 24) RICCO Raffaele |
| 9) COUT Enzo | 25) ROLLANDIN Augusto |
| 10) FAVAL Renato | 26) RUSCI Pier Carlo |
| 11) LANIECE Angelo | 27) STEVENIN Francesco |
| 12) LANIVI Ilario | 28) TRIONE Silvio |
| 13) LAVOYER Claudio | 29) VALLET Franco |
| 14) LIMONET Renato | 30) VIERIN Dino |
| 15) LOUVIN Roberto | 31) VOYAT Ugo |
| 16) MAFRICA Demetrio | |

Partecipa alla seduta l'Assessore all'Ambiente, Territorio e Trasporti Roberto NICCO.

Scusano l'assenza i Consiglieri Roberto GREMMO e Bruno MILANESIO.

Sono assenti i Consiglieri Mario ANDRIONE e Amato MAQUIGNAZ.

Presiedono il Presidente Edoardo BICH ed il Vicepresidente Francesco STEVENIN.

Esercita le funzioni di Segretario il Consigliere Gino AGNESOD.

Assiste e funge da Segretario il Sig. Luigi PASQUINO, dirigente del Servizio Affari Generali della Presidenza del Consiglio.

Il Presidente BICH, constatata la validità dell'adunanza, dichiara aperta la seduta per la trattazione degli oggetti iscritti all'ordine del giorno, come da lettere in data 7 dicembre 1992, prot. n. 3885 e in data 14 dicembre 1992, prot. n. 3940.

Il Consiglio procede ai seguenti atti:

OGGETTO N. 4074/IX - ISTITUZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE CHE LAVORA NEI SERVIZI PER ANZIANI ED INABILI DELLA VALLE D'AOSTA.

Il Presidente BICH dichiara aperta la discussione sulla proposta indicata in oggetto e iscritta al punto 39 dell'ordine del giorno dell'adunanza del 9 dicembre 1992.

Illustra l'Assessore alla Sanità ed Assistenza Sociale

COUT.

Interviene il Consigliere BENEFORTI.

IL CONSIGLIO

- richiamata la Legge Regionale 5/5/83, n. 28 "Disciplina della formazione professionale in Valle d'Aosta" ed in particolare l'articolo 6) che stabilisce che "alla formazione professionale del personale del Servizio Socio-Sanitario regionale si provvede mediante apposita legge e secondo le indicazioni del piano socio-sanitario regionale";
- richiamata la Legge Regionale 19/2/87 n. 10 "Norme per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi sociali e assistenziali. Modificazioni della pianta organica e delle norme dello stato giuridico del personale regionale" e in particolare l'articolo 1) che stabilisce che "la Regione, in armonia con il proprio piano socio-sanitario triennale ed attenendosi alle disposizioni generali in materia, istituisce scuole e corsi per la formazione e la riqualificazione di operatori per i servizi sociali e assistenziali";
- richiamata la Legge Regionale 12/7/91 n. 24 "Rifinanziamento della legge regionale 19/2/87 n. 10, concernente norme per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi sociali e assistenziali";
- richiamata la Legge Regionale 17/2/1989, n. 13 "Riorganizzazione degli interventi regionali di promozione all'occupazione" ed in particolare l'articolo 12 che individua l'Agenzia del Lavoro della Valle d'Aosta come struttura operativa dell'Amministrazione regionale;

- richiamato il piano di politica del lavoro per il triennio 89/91 contenuto nella Legge Regionale n. 58 dell'8/8/89 in cui, al punto 2°) della parte terza, vengono descritti gli interventi dell'Agenzia del Lavoro in materia di formazione e qualificazione professionale;
 - considerata la necessità di istituire corsi di formazione per il personale che lavora nei servizi per anziani ed inabili della Regione Valle d'Aosta;
- ad unanimità di voti favorevoli (presenti e votanti: ventisei);

DELIBERA

- 1°) di approvare la realizzazione di iniziative formative per il personale che lavora nei servizi per anziani ed inabili della Regione Valle d'Aosta sulla base del progetto allegato alla presente deliberazione;
- 2°) di prevedere l'istituzione, con deliberazione della Giunta Regionale, di un gruppo di coordinamento tecnico per il monitoraggio di tutte le fasi del progetto composto da:
 - un referente dello staff per la formazione dell'Assessorato Sanità ed Assistenza Sociale
 - un progettista di formazione dell'Agenzia del Lavoro
 - un rappresentante del Centro Studi e Formazione Sociale "E. Zancan"
- 3°) di affidare la realizzazione delle iniziative:
 - a) aggiornamento rivolto agli Assistenti Sociali che lavorano nei distretti sul territorio per l'esercizio di funzioni di coordinamento tecnico-gestionale all'Assessorato Sanità ed Assistenza Sociale;
 - b) iniziativa formativa rivolta agli Infermieri Professionali operanti presso i Servizi per anziani ed inabili della Regione Valle d'Aosta finalizzata a fornire elementi per la gestione integrata dei Servizi all'Assessorato Sanità ed Assistenza Sociale;
 - c) offerta formativa, rivolta a tutti gli operatori (assistenti domiciliari e tutelari) che operano presso i Servizi domiciliari, le microcomunità, i Centri diurni e notturni del territorio regionale, 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 all'Agenzia del Lavoro;

- d) formazione mirata, supportata da assistenza tecnica sul campo, rivolta ad un gruppo sperimentale, formato da operatori di un'area campione, composto da: assistente sociale con ruolo di coordinamento dei Servizi per anziani ed inabili, assistenti domiciliari e tutelari, infermieri professionali, medico di base, che sperimenterà problematiche relative alla presa in carico di servizio ed in prospettiva potrà sviluppare forme di presa in carico integrate e forme di presa in carico comunitarie, al Centro Studi e Formazione, Sociale "E. Zancan";
- 1°) di affidare la gestione amministrativa degli interventi sopramenzionati all'Assessorato della Sanità ed Assistenza Sociale;
- 3°) di prevedere l'istituzione, con deliberazione della Giunta Regionale, di un Comitato di verifica del progetto con il compito di verificare l'andamento dello stesso e di facilitare la sua realizzazione; tale gruppo dovrà riunirsi ogni 6 mesi ed essere costituito da rappresentanti di tutti i soggetti coinvolti nell'iniziativa;
- 5°) di stabilire che le iniziative suddette verranno realizzate nel quinquennio '92 - '93 - '94 - '95 - '96;
- 7°) di approvare la spesa totale presunta di L. 570.000.000 relativa al costo di tutte le iniziative previste dal progetto;
- 3°) di stabilire che la stessa graverà:
- quanto a L. 15.000.000 (quindicimilioni) sul Capitolo 62040 del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1992 "Spese per la formazione, riqualificazione e aggiornamento degli operatori dei servizi socio-assistenziali" che presenta la necessaria disponibilità;
 - quanto a L. 60.000.000 (sessantamilioni) sul Capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1993 corrispondente al Capitolo 62040 "Spese per la formazione, riqualificazione e aggiornamento degli operatori dei servizi socio-assistenziali" del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1992;
 - quanto a L. 260.000.000 (duecentosessantamilioni) sul Capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1994 corrispondente al Capitolo 62040 "Spese per la formazione, riqualificazione e aggiornamento degli operatori dei servizi socio-assistenziali" del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1992;
 - quanto a L. 125.000.000 (centoventicinquemilioni) sul Capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1995 corrispondente al Capitolo 62040 "Spese per la formazione,

riqualificazione e aggiornamento degli operatori dei servizi socio-assistenziali" del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1992;

- quanto a L. 110.000.000 (centodiecimilioni) sul Capitolo del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1996 corrispondente al Capitolo 62040 "Spese per la formazione, riqualificazione e aggiornamento degli operatori dei servizi socio-assistenziali" del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1992;

- 9°) di approvare e impegnare la somma di L. 15.000.000 (quindicimilioni) imputando la stessa al Capitolo 62040 del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1992 "Spese per la formazione, riqualificazione e aggiornamento degli operatori socio-assistenziali" che presenta la necessaria disponibilità;
- 10°) di stabilire che al pagamento delle spese si provveda mediante presentazione di note o fatture vistate dal referente dello staff per la formazione dell'Assessorato Sanità ed Assistenza Sociale di cui al punto 2°);
- 11°) di rinviare a successivi provvedimenti deliberativi l'approvazione e l'impegno delle spese relative agli anni '93 - '94 - '95 - '96;
- 12°) di demandare alla Giunta regionale l'adozione dei singoli specifici provvedimenti attuativi per la realizzazione e svolgimento del corso.

In originali firmati:

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
(Edoardo Bich)

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
DEL CONSIGLIO
(Gino Giovanni Agnesod)

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

=====
Referto di pubblicazione

Il sottoscritto Segretario certifica che un estratto della presente deliberazione è stato pubblicato all'Albo dell'Amministrazione regionale dal giorno 22 dicembre 1992

Aosta, li 22 dicembre 1992

IL SEGRETARIO
(Luigi Pasquino)

=====
Per copia conforme, ad uso amministrativo,
dell'originale dell'estratto di deliberazione

Aosta, li 22 dicembre 1992

IL SEGRETARIO

=====
Commissione di Coordinamento

N. 12445

Aosta, - 7 GEN 1993

VISIO

IL PRESIDENTE
F.to: CARMELO DIMARCO

REGIONE VENETO

Regione del Veneto
giunta regionale

Venezia 10 OTT. 1995

Protocollo N° 10284/206.31 Allegati N°

Oggetto Invio relazione sulla condizione dell'anziano
Periodo 1993 - 1995.

Alla Presidenza
del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per gli Affari Sociali
Ufficio Tematiche Familiari e
Sociali - Servizio Anziani
Via Barberini, 47
00185 ROMA

In ottemperanza a quanto richiesto con la nota di
codesta Presidenza del 13/9/1995 di pari oggetto, si
trasmette il documento contenente i dati ed informazioni
sulla condizione dell'anziano nella Regione Veneto, utili
per la predisposizione della prevista relazione biennale al
Parlamento di cui al D.P.C.M. 26.01.1995, lett.D).

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
dott. Massimo Vallescura



RELAZIONE DELLA REGIONE VENETO
SULLA CONDIZIONE ANZIANA. PERIODO 1993-1995

La popolazione regionale stimata al 31 dicembre 1995 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 17.392 per cento dell'intera popolazione.

Dai dati indicati si evince che la Regione Veneto è interessata ad 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 corso del biennio 1993-1995 la Regione ha avviato 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, ULSS, comuni, IPAB, 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 quanto 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;

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 dall'Unità operativa distrettuale (Unità valutative geriatriche), il cui compito è di valutare il fabbisogno assistenziale con metodologia multidimensionale.

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 (DGR n. 2034 del 10 maggio 1994) avente per oggetto « Standard regionali sui servizi per gli anziani e le persone non autosufficienti - Standard regionali per le RSA », con il quale la Regione Veneto ha anticipato i contenuti del Progetto obiettivo anziani del Piano regionale socio sanitario 1995-1997.

La prossima approvazione di tale Piano completerà il quadro degli strumenti normativi che consentiranno di sintonizzare la programmazione socio sanitaria delle ULSS con la programmazione socio-assistenziale territoriale.

Consapevole che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è di enorme rilevanza sociale, la Regione Veneto sostiene e partecipa finanziariamente alla realizzazione dei seguenti servizi.

Riconoscimento delle attività di rilievo sanitario prestate nelle strutture socio-assistenziali a favore dei non autosufficienti (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985):

anziani ospiti in strutture: 18.200 non autosufficienti - 10.000 autosufficienti (l'aumento medio di non autosufficienti è di circa 1000 unità all'anno);

anziani seguito a domicilio utenza media annuale 17.000 anziani;

anziani serviti dal Servizio Telesoccorso-Telecontrollo: utenza attuale 19.500 anziani;

provvidenze economiche a cittadini non autosufficienti assistiti in famiglia: utenza media 5.700.

A fronte di tali dati la programmazione regionale sui servizi a favore degli anziani non autosufficienti prevede:

definizione per ULSS del fabbisogno dei posti letto in strutture residenziali (RSA e Case di Riposo);

incentivazione di servizi semi residenziali (Centri diurni per non autosufficienti);

incentivazione dell'Assistenza domiciliare integrata.

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 TRENTO

DIPARTIMENTO	SANITÀ E ATTIVITÀ SOCIALI
SERVIZIO	ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALI

Spett.le
 Presidenza del Consiglio
 dei Ministri
 Dipartimento Affari Sociali
 Ufficio Tematiche Familiari e
 Sociali - Servizio Anziani

TRENTO.

00100 - R O M A

PROT. N. 14300 ^{18 OTT 1995}
 /C52-GH/mz

OGGETTO: Assistenza agli anziani in provincia di Trento.
 Vs. rif. DAS/7246/1/DAS/RPA dd. 13.06.95.

Facendo seguito alla precedente nota dd. 04.10.95 prot. 13587, in allegato alla presente si trasmette la relazione attinente gli interventi in favore della popolazione anziana nel periodo ottobre 1993 - settembre 1995.

A disposizione per ulteriori chiarimenti, si inviano distinti saluti.



L'ASSESSORE
 dott. Pino Morandini -

P. Morandini

25 OTT. 1995

RELAZIONE ATTINENTE GLI INTERVENTI IN FAVORE
DELLA POPOLAZIONE ANZIANA NEL PERIODO
OTTOBRE 1993 SETTEMBRE 1995

Dati anagrafici.

Alla fine del 1994 la popolazione complessiva residente nella Provincia di Trento è risultata pari a 459.612 unità.

Le persone appartenenti alle classi di età di 65 anni e oltre risultano 78.525 pari al 17.08 per cento 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 legge provinciale 12 luglio 1991, n. 14 e viene esercitata dai due comuni di Trento e di 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.

I finanziamenti assegnati agli Enti gestori per l'esercizio di tale attività sono stati i seguenti:

- L. 7.250.000.000.- per il 4° trimestre 1993
- L. 36.372.691.486.- per l'anno 1994
- L. 20.490.509.250.- per il periodo gennaio-settembre 1995 (acconto).

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	OTTOBRE-DICEMBRE 93	ANNO 1994	GENNAIO-SETT. 95
opere	23.703.059.199.=	58.929.440.167.=	3.163.914.631.=
attrezzature	1.419.999.297.=	5.778.200.274.=	7.669.140.801.=

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 1993 al 1995 è il seguente:

1993 - L. 43.602.900.000.-

1994 - L. 47.688.409.000.-

1995 - L. 50.238.478.000.-

Infine, vanno segnalati, quali risorse in favore degli anziani, i finanziamenti che la legge provinciale 18 giugno 1990, n. 16, offre per l'adeguamento degli alloggi alle esigenze che l'età comporta.

Gli interventi di ristrutturazione, risanamento, manutenzione straordinaria eccetera sono stati:

nel 2° semestre 1993=n. 202;

nel 1° semestre 1994=n. 276;

nel 2° semestre 1994=n. 313.

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 per-

sonale annuo non superiore al limite fissato per ciascuna delle sopradette categorie.

Nel corso del periodo che va dall'ottobre 1993 al settembre 1995 i soggetti nei confronti dei quali è stato erogato l'assegno sono stati n. 9.802 di cui 2.123 sono deceduti.

L'importo dell'assegno è pari a lire 293.005 fino al novembre 1993 e lire 297.985 per il mese di dicembre. Per l'anno 1994 l'assegno è pari a lire 311.095 mentre per l'anno 1995 è di lire 322.605.

A questo intervento si aggiunge l'assegno integrativo provinciale di cui alla legge provinciale 16 agosto 1983, n. 28 riconosciuto in favore di mutilati ed invalidi civili, beneficiari della pensione di invalidità ovvero di indennità d'accompagnamento, residenti in provincia di Trento, ed a soggetti sordomuti beneficiari delle prestazioni di cui alla legge n. 381 del 1970 e successive modificazioni ed integrazioni, sempre residenti in provincia di Trento.

Nel corso del periodo che va dall'ottobre 1993 al settembre 1995, i soggetti nei confronti dei quali è stato erogato detto assegno sono stati 5.539 di cui 2.654 sono deceduti. L'importo dell'assegno è pari a lire 79.135 per ottobre e novembre 1993, lire 80.480 per dicembre 1993, lire 84.020 per il 1994 e di lire 87.130 per l'anno 1995.

Interventi finanziari per cure ortodontiche ed applicazioni di protesi dentarie.

La legge provinciale 31 agosto 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 dell'ultimo biennio è stata la seguente:

fine 1993 = lire 331.517.000;

anno 1994 = lire 2.811.717.426;

anno 1995 fino al 30 settembre = lire 2.111.974.000 (acconto).

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Ala Presidenza
del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per gli
Affari Sociali
Ufficio Tematiche Familiari
e Sociali - Servizio Anziani

Prot Nr 242 / 085/OU/1d/

nr 2 / Vs nl.

Bozen / Bolzano 08.11.95

00144 R O M A

Oggetto: Relazione al Parlamento sulla condizione dell'anziano - biennio 1994-95 Raccolta dati ed informazioni

In riscontro alla Vostra n. DAS/11466/1/DAS/RPA si invia la documentazione richiesta sulla situazione dell'assistenza agli anziani nella Provincia Autonoma di Bolzano.

I dati si riferiscono sostanzialmente sull'aspetto sociale, trascurando tutta la parte sanitaria.

Distinti saluti

IL DIRETTORE D'UFFICIO

- Alberto Schagerl



DIPARTIMENTO
PER GLI AFFARI SOCIALI
16 NOV. 1995
Protocollo N. 16938/DAS/RPA
ARRIVO

Allegato

17 NOV. 1995

Introduzione

Obiettivo di questa relazione è fornire il quadro più dettagliato e più esteso possibile della struttura e del funzionamento del sistema pubblico di servizi socio-assistenziali operanti in provincia di Bolzano.

Le fonti delle informazioni, che sono state utilizzate per questa ricostruzione, sono state i settori stessi in cui è articolata l'amministrazione della Provincia Autonoma di Bolzano in questo ambito. La natura dei dati, utilizzati per produrre le informazioni contenute in questo lavoro, è pertanto essenzialmente amministrativa; ciò significa che, nella quasi totalità delle situazioni, gli scopi per cui i dati sono stati raccolti, i criteri con cui sono stati prodotti sono tendenzialmente diversi rispetto a quelli che sarebbero stati ottimali per una ricostruzione come quella che si è tentata con questo lavoro. In pratica questo ha determinato in primo luogo problemi di selezione dei dati, ma anche (e forse soprattutto) di incompletezza delle informazioni, di eterogeneità dei dati, di difficoltà quindi di sintesi e di confronto degli stessi, anche all'interno degli stessi ambiti istituzionali. In questo senso questo lavoro ha anticipato e -in una certa misura- orientato l'attivazione delle prime sperimentazioni del sistema informativo all'interno di questo settore.

Ideamente, questa relazione rappresenta il momento di passaggio ed il prodotto intermedio fra la fase di sostanziale frammentazione dei flussi informativi fra i diversi comparti e quella -che si è avviata- di una loro integrazione in un sistema informativo in grado di monitorare in modo continuo e puntuale le principali caratteristiche del sistema socio-assistenziale della Provincia Autonoma di Bolzano.

L'obiettivo finale di questo processo è mettere a disposizione di amministratori ed operatori di questo settore le informazioni di esercizio e di governo necessarie ad incrementare l'efficienza del sistema e l'efficacia dei suoi interventi: la redazione di questa relazione rappresenta -come detto- una delle tappe intermedie di questo processo.

La presente relazione è stata articolata nelle seguenti parti: nel primo capitolo sono contenute informazioni di massa sulle caratteristiche del territorio su cui si estende la provincia di Bolzano, sull'andamento demografico e su alcune caratteristiche della popolazione residente (come la composizione dei nuclei familiari, la distribuzione per fasce d'età e per genere...), sull'assetto produttivo, sul mercato del lavoro e sugli altri elementi strutturali e congiunturali che possono in qualche misura risentire o condizionare le scelte di politica sociale. A partire dal secondo capitolo si affronterà la situazione dei diversi settori in cui è suddiviso il campo di intervento socio-assistenziale della Provincia Autonoma di Bolzano. Accanto all'assistenza di base sono stati individuati i settori dell'assistenza agli anziani

ai minori e alla famiglia
ai portatori di handicap
agli invalidi
agli immigrati.

Per ciascuno di questi ambiti di intervento verranno forniti i dati e le informazioni disponibili rispetto alle seguenti dimensioni:

le prestazioni
l'utenza
le strutture
il personale
i costi.

Nel capitolo conclusivo si tenterà di mettere a confronto alcune informazioni di particolare rilievo per ciascuno dei settori di intervento analizzati. Diverso è risultato il grado di affidabilità e completezza delle informazioni raccolte nei diversi comparti - come emergerà in modo abbastanza netto nelle varie parti della relazione-; questo dipende dall'eterogeneità degli orientamenti e dalla relativa diversità degli obiettivi d'intervento e delle modalità operative di ciascun comparto, che richiedono e producono flussi di dati molto diversi fra loro. Pertanto i raffronti, come quelli che verranno proposti nella parte conclusiva della relazione, richiedono estrema cautela sia nella scelta dei criteri di selezione dei dati, sia -soprattutto- nella valutazione delle differenze (ma anche delle somiglianze) che risultano.

Laddove è stato possibile, l'ambito territoriale ed istituzionale di riferimento è stato quello del comprensorio, che -nell'assetto politico ed organizzativo dell'amministrazione provinciale- rappresenta la dimensione strategica per le politiche sociali.

Un'ultima avvertenza ci sembra necessaria per la lettura della relazione: i commenti ai dati contenuti nelle tabelle e riassunti nei grafici servono a descrivere situazioni e a metterle in luce alcuni aspetti, rispetto ai quali -più che proporre interpretazioni- è possibile solo suggerire approfondimenti per una migliore descrizione dei fenomeni e per una loro effettiva valutazione. Come abbiamo detto, i dati raccolti sono solo una parte (selezionata ad hoc) di quelli disponibili presso i singoli servizi o presso l'amministrazione provinciale; il quadro fornito da questa relazione può essere quindi sicuramente integrato ed arricchito per ciascuno specifico settore con altri dati e con altre informazioni reperibili in modo relativamente semplice. Ricordiamo anche che tutta l'attività di produzione, raccolta e sistematizzazione dei dati sta subendo un forte impulso dalla sperimentazione del sistema informativo socio-assistenziale, che costituirà la futura fonte delle informazioni di esercizio e di governo.

Capitolo Primo

La situazione socio-economica in provincia di Bolzano: i principali indicatori

I comprensori costituiscono l'unità territoriale di analisi cui faremo riferimento nella maggior parte dei casi. La tabella 1 contiene i dati relativi alla popolazione residente nei comprensori ed alle caratteristiche del territorio cui corrispondono

Tab 1 superficie, popolazione e caratteristiche del territorio dei comprensori

Comprensori	Superficie Km ²	popolaz. residente	abitanti per km ²	Altitudine (m)	
				Max	Min
Val Venosta	1.441,68	32.896	23	556	3.905
Burgraviato	1.100,73	86.022	78	246	2.439
Bolzano	52,34	97.616	1.865	232	1.616
Oltradige B. Atesina	423,60	58.828	139	207	2.439
Salto Sciliar	1.036,63	41.946	40	243	3.179
Valle Isarco	623,78	42.146	68	450	3.132
Alta Valle Is	650,01	17.384	27	723	3.509
Val Pusteria	2.071,66	69.867	34	722	3.498
Totale	7.400,43	446.705	60	207	3.905

Gli unici dati disaggregati relativi alla popolazione che riteniamo utile riportare in questa relazione sono quelli della tabella 2, che hanno costituito i denominatori per il calcolo di alcuni indici che compariranno nelle parti successive.

Tab 2 popolazione per sesso e per classi d'età

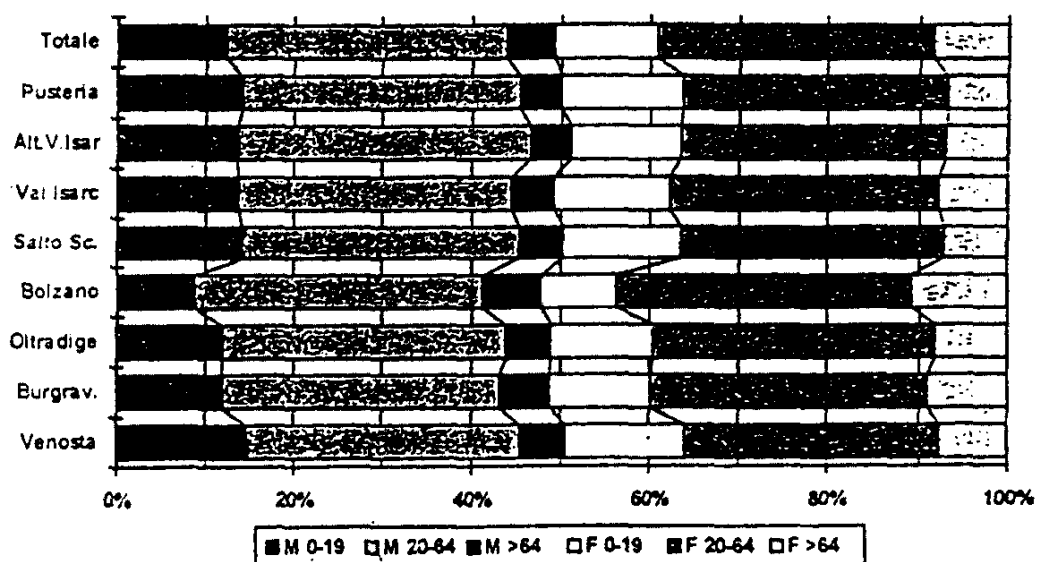
	Venosta	Burgrav	Oltradige	Bolzano	Salto Sc	Val Isarc	Alt V Isar	Pusteria	Totale
MASCHI									
0 - 19	4.812	10.202	7.007	8.615	5.895	5.770	2.352	9.844	54.497
20 - 64	10.153	26.922	18.812	31.582	13.127	12.977	5.742	21.902	141.217
> 64	1.682	4.813	2.953	6.490	2.052	1.981	799	3.206	23.976
FEMM									
0 - 19	4.426	9.764	6.799	8.146	5.584	5.528	2.147	9.602	51.996
20 - 64	9.284	26.507	18.422	32.172	12.272	12.606	5.130	20.630	137.023
> 64	2.539	7.814	4.835	10.611	3.016	3.284	1.214	4.683	37.996
M + F									

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

0 - 19	9.238	19.966	13.806	16.761	11.479	11.298	4.499	19.446	106.493
20 - 64	19.437	53.429	37.234	63.754	25.399	25.583	10.872	42.532	278.240
> 64	4.221	12.627	7.788	17.101	5.068	5.265	2.013	7.889	61.972
Totale	32.896	86.022	58.828	97.616	41.946	42.146	17.384	69.867	446.705

Nella figura 1 sono riportati i pesi percentuali di ciascuna categoria di residenti sul totale della popolazione dei comprensori.

fig 1 popolazione residente per comprensorio per sesso e fascia d'età



Le differenze fra comprensori, che ci sembrano da segnalare perchè rilevanti ai fini dell'oggetto della nostra relazione, sono poche e comunque nella norma: l'incidenza di giovani, tanto maschi che femmine, è marcatamente più bassa nel comprensorio di Bolzano e sembra 'compensata' da una quota maggiore di donne anziane (non di maschi anziani, che invece sono sotto la percentuale provinciale: 5.37 vs 6.65%).

Per tutti gli altri dati di questa natura, che non sono stati direttamente utilizzati per la stesura di questa relazione, rinviamo all'Annuario Statistico della Provincia di Bolzano predisposto dall'Astat.

INSERIRE IN QUESTA PAGINA LA CARTINA CORRISPONDENTE AL
GRAFICO 1 C
DELL'ANNUARIO STATISTICO ASTAT 1993

Capitolo Secondo

L'assistenza di base

1. Le prestazioni

La distinzione che va tenuta presente nel settore dell'assistenza di base è fra:

- a) servizio di assistenza economica
- b) servizio sociale di base
- c) servizio di aiuto domiciliare.

Per quanto riguarda il servizio di assistenza economica, nella tabella 1 è riportato il numero di assistiti distinti per tipo di prestazione ricevuta e raggruppati per comprensorio di residenza

Tab 1 n. o assistiti per prestazione per comprensorio

Comunità Comprensoriale	maximo vitale	prestaz. specifiche	compenso affidam.	rette istituto minor.	Taschen-geld	aiuto coabitanti via fam.	prestazioni affidam.	Totale assaiu deaurato
Val Venosta	256	192	32	16	231	0	0	719
Alta Val Venosta	99	59	20	4	231	0	0	385
Media Val Venosta	157	133	12	12	0	0	0	334
Burgraviato	1.084	571	165	156	27	8	0	1.641
Naturno circondario	92	66	14	11	1	0	0	150
Merano circondario	672	384	70	114	25	0	0	993
Lana circondario	210	94	52	24	1	4	0	336
Val Passiria	110	27	29	7	0	4	0	162
Bolzano	1.282	461	133	69	55	6	2	1.991
Oltradige Bassa Atesina	338	134	66	38	27	23	0	593
Oltradige	89	44	42	8	2	0	0	163
Laives-Bronzolo-Vadena	115	46	12	17	11	0	0	177
Bassa Atesina	134	44	12	13	14	23	0	253
Salto Sciliar	271	135	40	8	7	3	1	371
Val Gardena	90	28	1	4	0	0	0	95
Val d' Ega-Sciliar	124	70	17	2	2	3	1	172
Salto-Val Sarentino-Renon	57	37	22	2	5	0	0	104
Valle Isarco	612	527	73	34	6	10	0	977
Bressanone circondario	475	376	51	21	4	0	0	737
Chiusa circondario	137	151	22	13	2	10	0	240
Alta Valle Isarco	189	201	27	3	88	11	0	352
Val Pusteria	626	566	50	25	11	16	3	1.110
Tures-Aurina	123	132	17	0	3	3	1	230
Brunico circondario	313	268	26	20	5	4	1	540
Alta Pusteria	121	69	5	0	3	3	1	183
Val Badia	69	97	2	5	0	6	0	157
Totale	4.658	2.787	586	349	452	77	6	7.754

Se si calcola il peso che ciascuna categoria di utenti (distinti in base alle prestazioni ricevute) ha sul totale degli assistiti -come abbiamo fatto nella tabella 2, emerge una relativa variabilità fra le diverse comunità comprensoriali per quanto riguarda gli strumenti utilizzati nel campo dell'assistenza economica.

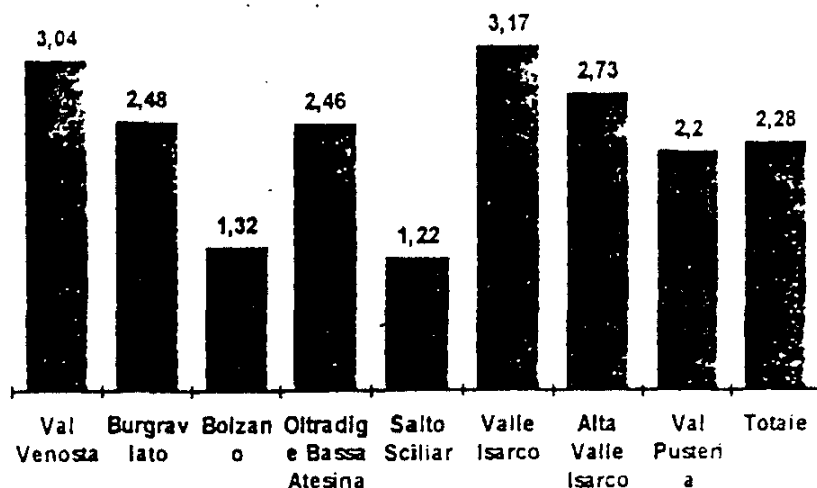
Praticamente in tutte le realtà locali l'ordine di rilevanza delle diverse misure di intervento è lo stesso. Questo farebbe ipotizzare che -al di là delle possibili differenze nella natura dei bisogni, delle situazioni in cui intervenire- siano ridotti i margini di discrezionalità di chi è chiamato a scegliere fra le diverse modalità d'intervento.

Tab 2 Incidenza assistiti per tipo di prestazione sul totale assistiti

Comunità Comprensoriale	importo viale	prestaz. specifiche	compenso affidam.	rete assistito milion	Tasche- geld	aiuto comunità viale	prestazioni affidam.
Val Venosta	35,6	26,7	4,4	2,2	32,1	0,0	0,0
Burgraviato	66,1	34,8	10,1	9,5	1,6	0,5	0,0
Bolzano	64,4	23,1	6,7	3,5	2,8	0,3	0,1
Oltredige Bassa Atesina	57,0	22,6	11,1	6,4	4,5	3,9	0,0
Salto Sciliar	73,0	36,4	10,8	2,2	1,9	0,8	0,2
Valle Isarco	62,6	53,9	7,5	3,5	0,6	1,0	0,0
Alta Valle Isarco	53,7	57,1	7,7	0,8	25,0	3,1	0,0
Val Pusteria	56,4	51,0	4,5	2,2	1,0	1,4	0,3
Totale	60,1	35,9	7,6	4,5	5,8	1,0	0,1

Abbiamo poi calcolato l'incidenza di questo tipo di utenza sul totale della popolazione residente (età superiore ai 19 anni), ne emerge una distribuzione abbastanza differenziata, come si può vedere dalla figura 1.

Fig. 1 % assistiti



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Le informazioni di cui disponiamo per il servizio sociale di base riguardano solamente gli affidamenti e gli inserimenti in comunità, alloggio, convitto, che sono riportate nella tabella 3. Non è semplice individuare un termine di riferimento per i valori assoluti riportati nella tabella e forse non è nemmeno opportuno farlo; ci sembra comunque da segnalare l'elevato numero di inserimenti in comunità registrati nel Burgraviato.

Tab 3 n.o assistiti per prestazioni per comprensorio

Comunità comprensor.	Prestazioni	
	affidamento	Inserimento in comunità alloggio/convitto
Val Venosta	27	15
Burgraviato	176	154
Bolzano	189	69
Oltradige Bassa Atesina	65	45
Salto Sciliar	72	6
Valle Isarco	74	34
Wipptal	30	3
Pustena	46	22
Totale	679	348

Per quanto riguarda invece l'attività del servizio di aiuto domiciliare nella tabella 4 è riportato il numero di utenti che hanno ricevuto i diversi tipi di prestazione erogati da questo servizio.

Tab 4 n.o assistiti per prestazioni per comprensorio

Comunità comprensoriale	Aiuto domiciliar	aiuto alle famiglie	pedicure a domicilio	centro diurno	ginnastica anziani	servizio pasti
Val Venosta	155	9	101	128	0	0
Alta Val Venosta	82	9	82	105	0	0
Media Val Venosta	73	0	19	23	0	0
Burgraviato	299	14	49	601	197	314
Naturno circondario	44	2	14	0	0	7
Merano circondario	111	0	0	457	150	252
Lana circondario	77	9	11	144	47	46
Val Passiria	67	3	24	0	0	9
Bolzano	291	0	91	1.225	187	279
Oltradige Bassa Atesina	301	7	187	448	112	104
Oltradige	121	5	59	213	0	45
Laives-Bronzolo-Vadena	58	0	6	235	82	10
Bassa Atesina	122	2	122	300	30	49
Salto Sciliar	144	16	117	61	0	4
Val Gardena	19	0	9	0	0	0
Val d' Ega-Sciliar	80	3	80	10	0	4

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Salto-Val Sarentino-Renon	45	13	28	51	0	0
Valle Isarco	122	13	47	781	0	29
Bressanone circondario	68	8	39	553	0	29
Chiusa circondario	54	5	8	228	0	0
Alta Valle Isarco	70	2	19	92	0	54
Val Pusteria	371	27	82	304	0	83
Tures-Aurina	39	6	4	31	0	35
Brunico circondario	158	12	18	163	0	48
Alta Pusteria	134	7	45	91	0	0
Val Badia	40	2	15	19	0	0
Totale	1.753	88	693	3.640	496	867

Nella tabella 5 abbiamo riferito il numero di utenti che usufruiscono delle diverse prestazioni al numero di persone residenti nei diversi comprensori di età superiore ai 64 anni.

Tab. 5. Incidenza percentuale assistiti sulla popolazione residente (>64 anni)

Comunità comprensoriale	aiuto domiciliari	aiuto alle famiglie	pedicure a domicilio	centro diurno	ginnastica anziani	servizio pasti
Val Venosta	3.67	0.21	2.39	3.03	0.00	0.00
Burgaviato	2.36	0.11	0.38	4.75	1.56	2.49
Bolzano	1.70	0.00	0.53	7.16	1.09	1.63
Oltradige Bassa Atesina	3.86	0.09	2.40	5.75	1.44	1.33
Salto Sciliar	2.84	0.31	2.31	1.20	0.00	0.08
Valle Isarco	2.31	0.25	0.89	14.83	0.00	0.55
Alta Valle Isarco	3.48	0.10	0.94	4.57	0.00	2.68
Val Pusteria	4.70	0.34	1.04	3.85	0.00	1.05
Totale	2.83	0.14	1.12	5.87	0.80	1.40

Anche in questo caso le differenze fra i diversi comprensori sono abbastanza consistenti; può essere interessante osservare come non ci sia nessun comprensorio che superi i valori medi provinciali per tutti i tipi di prestazione, se si tiene conto dell'incidenza sulla popolazione generale, per cui gli eventuali "sottodimensionamenti" rispetto ad un tipo di intervento vengono in un certo senso compensati dalla maggior diffusione di altri tipi di prestazione fra la popolazione residente nei diversi comprensori.

In realtà quello che non è possibile fare in base ai dati disponibili è il calcolo del numero di interventi o di prestazioni effettivamente erogate, in modo da valutare l'effettivo volume di attività svolta dei diversi servizi. Quindi, più che di prestazioni conviene forse parlare di utenza, come faremo con i prossimi dati.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Sono scarsi gli approfondimenti che possiamo fare sulle caratteristiche dell'utenza che viene seguita nell'ambito dell'assistenza di base.

Una prima distinzione è quella relativa al genere. Nella tabella 6 sono distinti fra maschi e femmine gli utenti del servizio di assistenza economica di base e del servizio di aiuto domiciliare.

Segnaliamo che questi valori non corrispondono a quelli riportati nella tabella 3, per quanto riguarda il servizio di aiuto domiciliare, perchè in un caso (tabella 3) il dato si riferisce a tutti gli utenti seguiti nel corso dell'anno, nell'altro (tabella 6) a quelli "in carico" al 31.12.1993.

Tab 6 Utenti per genere (valori assoluti e % su popolazione residente)

Comprensorio	assistenza economica di base (nr. totale assistiti durante l'anno e % su popolazione >19 anni)				servizio di aiuto domiciliare (nr. assistiti al 31.12.93 e % su popolazione >64 anni)			
	m		f		m		f	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Val Venosta	297	2.51	422	3.57	26	1.55	81	3.19
Burgraviato	776	2.44	865	2.52	88	1.83	227	2.90
Bolzano	963	2.53	1028	2.82	78	1.20	184	1.73
Bassa Atesina	257	1.18	336	1.44	56	1.90	125	2.59
Salto Sciliar	168	1.11	203	1.33	25	1.22	60	1.99
Valle Isarco	452	3.02	525	3.30	30	1.51	71	2.16
Alta Valle Isarco	157	2.40	195	3.07	29	3.63	27	2.22
Val Pusteria	493	1.96	617	2.44	61	1.90	162	3.46
Totale	3.563	2.16	4.191	2.39	393	1.64	937	2.47

A proposito dei dati contenuti nella tabella 6 vorremmo solo segnalare come l'assistenza economica di base risulti relativamente meno diffusa rispetto alla media provinciale nei comprensori della Bassa Atesina e di Salto Sciliar, per il servizio di aiuto domiciliare troviamo di nuovo il comprensorio di Salto Sciliar e quello di Bolzano con un numero di utenti che incide sulla popolazione residente di riferimento in modo relativamente più basso rispetto alla media provinciale.

Per gli stessi tipi di servizio è possibile anche distinguere -come si può vedere nella tabella 7- fra utenti singoli e nuclei familiari che vengono seguiti.

Tab 7 Utenti singoli e nuclei familiari assistiti

Comprensorio	assistenza economica di base		servizio di aiuto domiciliare ¹	
	famiglie	persone singole totale depurato	assistenza familiare	persone singole ²

¹ senza pedicure

² persone che possono vivere anche in nuclei familiari con più persone

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Val Venosta	276	719	9	155
Burgraviato	938	1.641	16	394
Bolzano	1.195	1.991	0	291
Oltradige Bassa Atesina	330	593	7	301
Santo Scliar	204	371	16	146
Valle Isarco	483	977	16	157
Alta Valle Isarco	182	352	2	70
Val Pusteria	442	1.110	27	371
Totale	4.050	7.754	93	1885

3 Il personale

Nella tabella 8 abbiamo riportato il numero di operatori addetti ai diversi servizi, distinti sulla base della qualifica (quando possibile) e per distretto.

Non sempre è facile l'attribuzione dei singoli operatori ai singoli servizi, al di là dell'aspetto del part-time, che è stato risolto in questo, come negli altri casi, imputando questi operatori come quote di unità di personale. Va tenuto presente che quando di un part-time effettivo, si tratta di situazioni in cui lo stesso operatore svolge la sua attività in più di un distretto.

Un'ulteriore avvertenza riguarda la difficoltà a distinguere fra le diverse soluzioni organizzative che la distribuzione dei dati lascia intuire, soprattutto per quanto riguarda il personale amministrativo o le diverse forme di convenzione fra enti che possono riferirsi proprio all'impiego del personale.

Tab. 8 - personale per servizio per qualifica

Distretto	servizio assistenza economica	servizio sociale di base	servizio di aiuto domiciliare		tutti i servizi
	operatori	assistenti sociali	assistenti generali	operatori socio-assistenziali	personale amministrativo
Val Venosta	2	3	13	2	3
Alta Val Venosta	1	1	7,5 ³⁾	1	1,5
Media Val Venosta	1	2	5,5 ⁴⁾	1	1,5
Burgraviato	6,5	7	25,5	10	5,5
Merano circondario	1	0,5	2	2,5	0,33
Merano città	3	5	11,5	2	4
Merano circondario	0	0	2,5	4	0,33
Lana circondario	1,5	1,5	6,5	0,5	0,5
Val Pusteria	1	0	3	1	0,33
Bolzano	5	12	27	4	7
Oltradige Bassa Atesina	3	6	21,5	12,5	3
Oltradige	1	2	8,5 ⁵⁾	3	1
Lives-Vadena-Bronzolo	1	2	3	4	1

³⁾ numero comprensivo di 1 infermiera

⁴⁾ numero comprensivo 1,5 infermiere

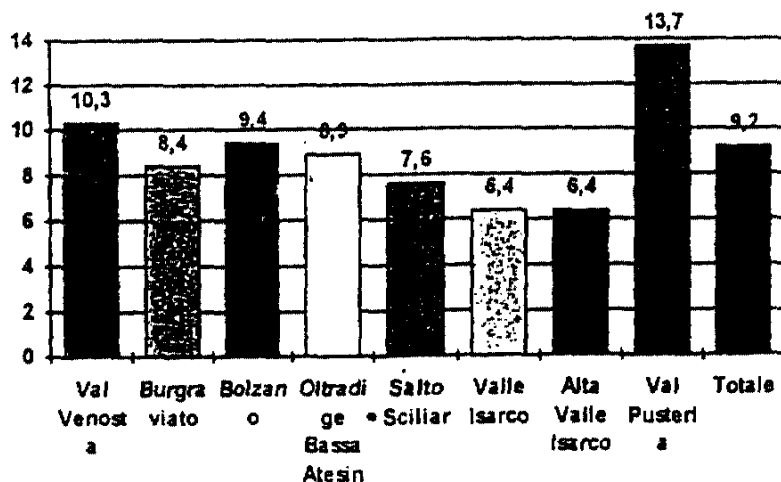
⁵⁾ tra cui 2 infermiere passate all'USL dal 1/10/93

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Bassa Atesina	1	2	10 ⁰	5,5	1
Salto Sciliar	3	3,5	11	8	0
Val Gardena	1	0,5	4	4	0
Val d' Ega-Sciliar	1	1,5	4	4	0
Salto-Val Sarnuno-Renon	1	1,5	3	0	0
Valle Isarco	3	4,5	14,5	4,5	6
Bressanone circondario	2	2,5	9	4	3,5
Chiusa circondario	1	2	5,5	0,5	2,5
Alta Valle Isarco	1	2	9	2	1,5
Pusteria	4	5	20,5	6,5	4
Tures-Aurina	1	1	3	1	0,5
Brunico circondario	1	2	10,5	2,5	1
Alta Pusteria	1	1	5	1	0,5
Val Badia	1	1	2	2	2
Totale	27,5	43	142	49,5	30

L'unico confronto fra operatori ed utenza, che ci sembra corretto proporre, è quello relativo al servizio di aiuto domiciliare per il quale abbiamo stimato quanti utenti mediamente vengono assistiti da ciascun operatori, utilizzando per l'utenza il dato relativo agli assistiti nel corso del 1993 (tabella 3) e per gli operatori la somma di assistenti geriatrici e operatori socio-assistenziali impiegati nei diversi distretti (tabella 8). Il grafico che segue dà l'immagine della diversa distribuzione del carico di utenti nei diversi comprensori.

Fig. 2 utenti per operatore



⁶ tra cui 4 infermiere passate all' USL dal 1/10/93

Le differenze che emergono nel carico di lavoro fra i diversi comprensori sono abbastanza consistenti. Ricordiamo che sono molti i fattori che possono concorrere a determinare queste differenze: sicuramente diverse possono essere le caratteristiche degli utenti ed il tipo di prestazioni che vengono loro erogate, così come può variare la divisione dei compiti fra le diverse figure professionali all'interno dello stesso servizio e -a loro volta- fra i diversi servizi; la stessa distribuzione sul territorio degli utenti e le caratteristiche della viabilità e della morfologia del territorio possono incidere sui tempi di lavoro e di conseguenza sul numero di utenti in carico per ciascun operatore.

4 I costi

Particolarmente complesso risulta il compito di attribuire le varie voci di spesa e le varie fonti di finanziamento ai servizi così come li abbiamo considerati in questa relazione. I criteri di costruzione dei bilanci e di individuazione dei centri di spesa sono relativamente differenti da quelli utilizzati per la raccolta dei dati sull'utenza o sull'attività svolta dai servizi. Premesso quindi che sono molti i limiti di analisi e confronto dei dati relativi alla spesa in questo settore, cominciamo con i dati relativi alle spese correnti.

Tab 9 spese correnti per servizio per comprensorio (in migliaia di lire)

Comprensorio	Amministrazione Generale		Assistenza economica di base (escluso le prestaz.)		Assistenza di aiuto domiciliare		Servizio handicap		Servizio sociale di base	
	personale	altro	personale	altro	personale	altro	personale	altro	personale	altro
Val Venosta	236 010	182 000	191 374	134 594	390 378	173 446	68 644	1 382 704		
Emergento	127 406	227 099	397 976	87 312	345 325	1 321 169	669 004	859 724		
Bozano	424 906	301 767	401 735	60 933	1 505 327	562 482	765 900	994 070	60 834	21 176
Bassa Atesina	165 362	208 505	200 843	64 746	1 327 944	398 279	347 041	446 142		
Salto Sottar	142 840	155 532	102 008	31 669	225 382	140 786	444 583	1 058 944		1 135
Valle Isarco	398 906	117 183	228 603	30 026	819 513	228 018	752 936	855 254	3 466	8 412
Alta Valle Isarco	148 200	140 100	95 175	10 942	409 112	125 343	306 754	239 519	50 035 ²⁾	3 740 ³⁾
Val Pusteria	149 904	124 510	345 320	83 178	1 455 265	216 899	488 580	899 371		3 930
Totale	1.793 534	1.456.696	1.965.034	503 420	6 885 544	3.166 422	3 843 442	6 935 731		

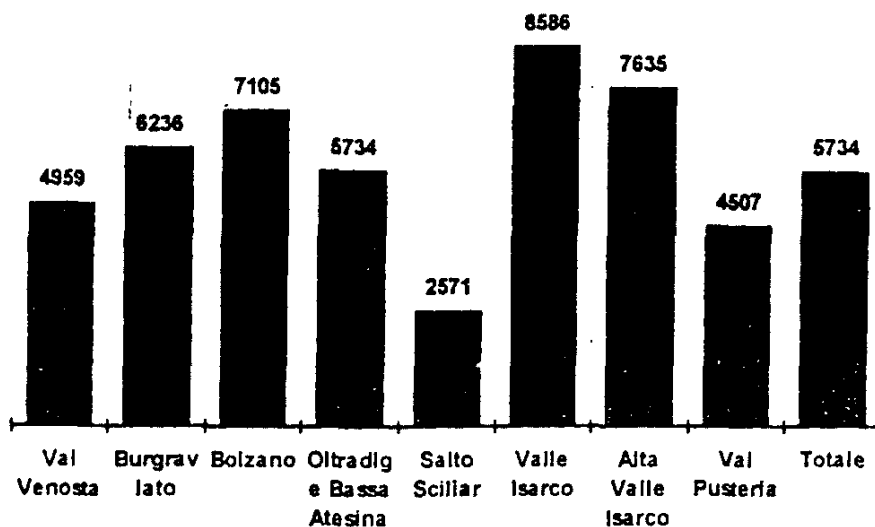
Nella tabella 9 sono riportate le spese correnti che confluiscono nelle voci dei bilanci delle comunità comprensoriali. Che ci sia necessità di un'estrema cautela nel valutare la consistenza delle singole voci di spesa e nel confrontare i dati fra i vari comprensori lo si può capire osservando -nella figura 3- come risulterebbe estremamente differenziato il costo medio unitario per il servizio di aiuto domiciliare stimato sulla base del numero di utenti assistiti (tabella 3):

¹⁾ comprensivo SAD - Comune di merano

²⁾ comprensivo della quota per il servizio educativo

³⁾

Fig. 3 costo medio per utente



In realtà, valgono le stesse considerazioni che abbiamo fatto a proposito del numero medio di assistiti per operatore a cui vanno aggiunte quelle relative alle differenze che probabilmente ci sono nell'imputazione delle spese alle diverse voci di bilancio, come abbiamo già avuto modo di dire e come si può intuire osservando la diversa proporzione nei vari comprensori in cui si dividono le spese per il personale e le altre spese nel determinare l'ammontare delle spese correnti.

Se si passa ai dati disaggregati relativi alle spese sostenute nell'ambito dell'assistenza economica di base, le differenze fra i diversi comprensori emergono nuovamente in modo abbastanza evidente. Nella tabella 10 abbiamo riportato l'ammontare dei costi per tipo di prestazione economica in termini assoluti ed abbiamo anche calcolato la quota di costo medio unitario dividendo il totale dei costi per il numero di utenti che hanno fruito delle singole prestazioni (tabella 1). Per questi ultimi, si tratta di valori puramente indicativi dell'ordine di grandezza della spesa e che non sempre hanno un effettivo significato né economico, né gestionale; mancando di altri indicatori più precisi, ci sembra comunque che un confronto come quello proposto nella figura 4 possa aiutare ad individuare gli aspetti su cui approfondire l'analisi.

Tab 10a Costi per tipo di prestazione economica (totali e unitari per utente)

Comunità comprensoriale	Minimo vitale	prest. specifiche e affidamento	compensi affidamento	Taschenge Id	rette istit. minori	aiuto contin. vita fam.	Totale
Val Venosta	338 217	128 948	92 018	146 982	60 419	0	766 584
	1.321	672	2.875	636	3 776	0	1 066
Burgraviato	1 744 746	265 180	617 450	29 786	1 847 775	3 965	4 508 902

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

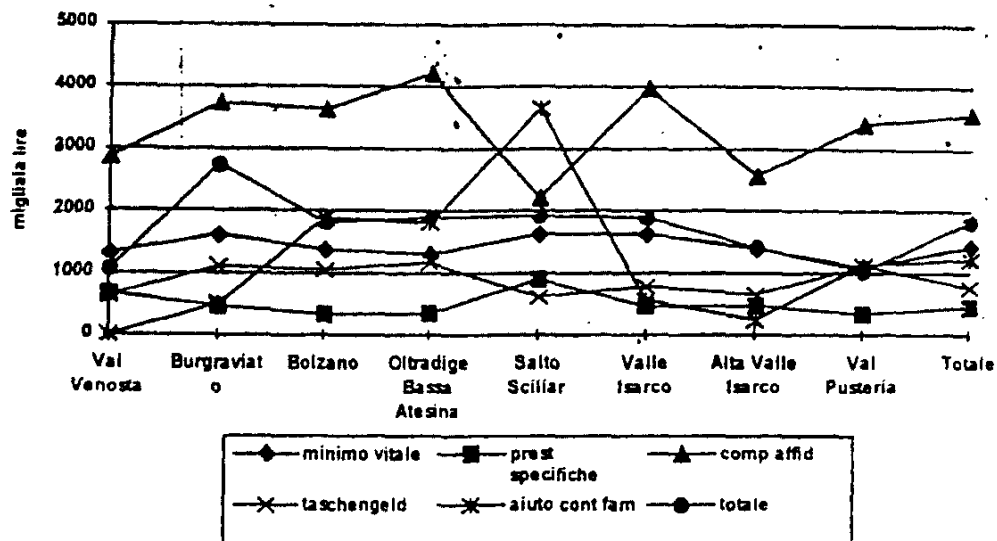
	1.609	464	3.742	1.103	11.845	496	2.748
Bolzano	1.756.338	154.239	482.544	58.059	1.143.627	11.306	3.606.113
	1.370	335	3.628	1.056	16.574	1.884	1.811
Oltredige Bassa Atesina	440.133	46.194	278.927	31.680	281.271	41.552	1.119.757
	1.302	345	4.226	1.173	7.402	1.807	1.888
Salto Sciliar	439.097	121.600	88.589	4.312	49.370	10.968	713.936
	1.620	901	2.215	616	6.171	3.656	1.924
Valle Isarco	988.732	238.541	289.695	4.704	318.995	5.558	1.846.225
	1.616	453	3.968	784	9.382	556	1.890
Alta Valle Isarco	263.907	93.644	69.464	57.484	7.207	2.621	494.327
	1.396	466	2.573	653	2.403	238	1.404
Pusteria	688.832	188.662	170.250	12.324	74.413	18.105	1.152.586
	1.100	333	3.405	1.120	2.977	1.132	1.038
Totale	6.660.002	1.237.008	2.088.937	345.331	3.783.077	94.075	14.208.430
	1.430	444	3.565	764	10.840	1.222	1.832

Nella figura 4 abbiamo cercato di consentire un più immediato confronto fra i valori medi di spesa per utente per tipo di spesa nell'ambito dell'attività di assistenza economica erogata nei singoli comprensori (valori riportati nella tabella 10), esclusa la spesa per le rette per gli istituti per minor.

Sembra di capire che ciascun comprensorio ha un suo specifico mix di spesa nei diversi servizi e campi di attività in cui è articolato questo settore. Tre risultano essere i comprensori dove il livello medio di spesa -se utilizziamo la quota per utente- si colloca al di sotto della media provinciale praticamente in tutti i campi considerati. Val Venosta, Alta Valle Isarco (entrambi con l'eccezione delle prestazioni specifiche), Pusteria (con l'eccezione del Taschengeld). Sembra anche che a collocare la spesa di alcuni comprensori in modo relativamente marcato al di sopra dei valori medi provinciali sia il Taschengeld, mentre per le rette pagate per gli istituti per minor l'ampiezza del range di spesa richiede un approfondimento dei criteri di imputazione dei costi, che evidentemente consentono della collocazione territoriale degli istituti stessi.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Fig. 4 spesa media utente per tipo prestazione



Se riprendiamo i dati riportati nella tabella 10a e ad essi aggiungiamo, per quanto riguarda l'assistenza economica di base, il costo delle prestazioni, possiamo proporre il confronto fra i diversi comprensori della spesa media dei servizi nell'ambito di questo settore riferita al numero dei residenti (tabella 10b).

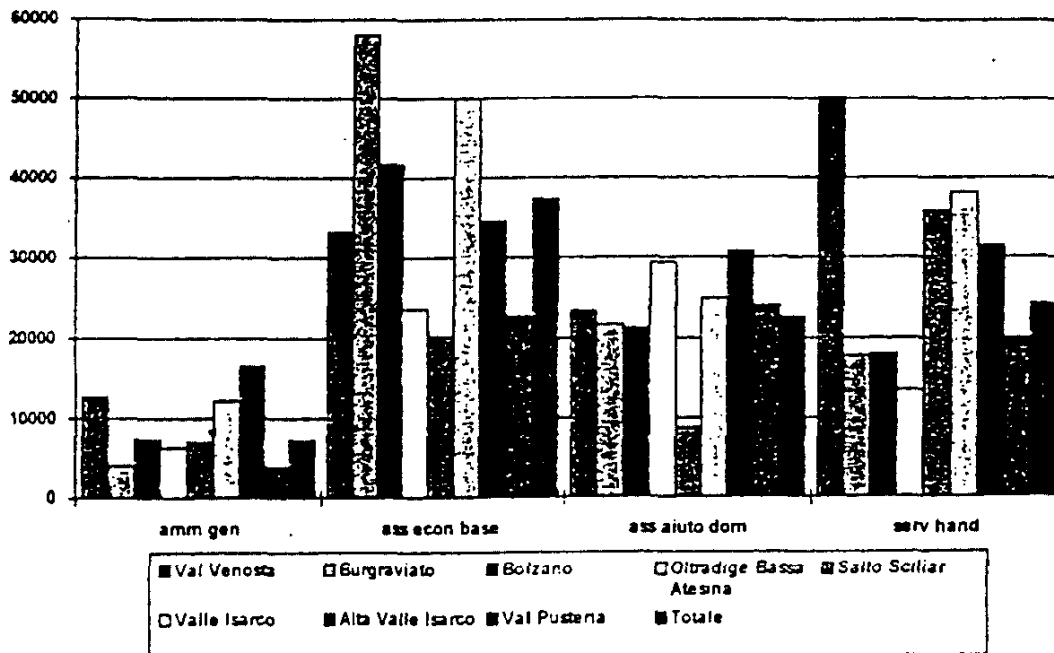
Tab 10b Spesa media dei servizi per abitante per comprensorio

	Amministr. Generale	Assist. econom. di base ¹⁰	Assist. di aiuto domiciliare	Servizio Handicap	Totale per abitante
Val Venosta	12.707	33.212	23.368	50.199	119.486
Burgraviato	4.121	58.057	21.676	17.771	101.626
Bolzano	7.444	41.681	21.183	18.029	88.338
Oltradige B. Atesina	6.355	23.549	29.343	13.483	72.731
Salto Sciliar	7.113	20.207	8.824	35.844	71.989
Valle Isarco	12.245	49.941	24.854	38.157	125.199
Alta Valle Is.	16.584	34.540	30.744	31.423	113.292
Val Pusteria	3.927	22.629	23.933	19.865	70.356
spesa media per servizio in A. A.	7.276	37.328	22.502	24.130	91.237

¹⁰ Include il costo delle prestazioni

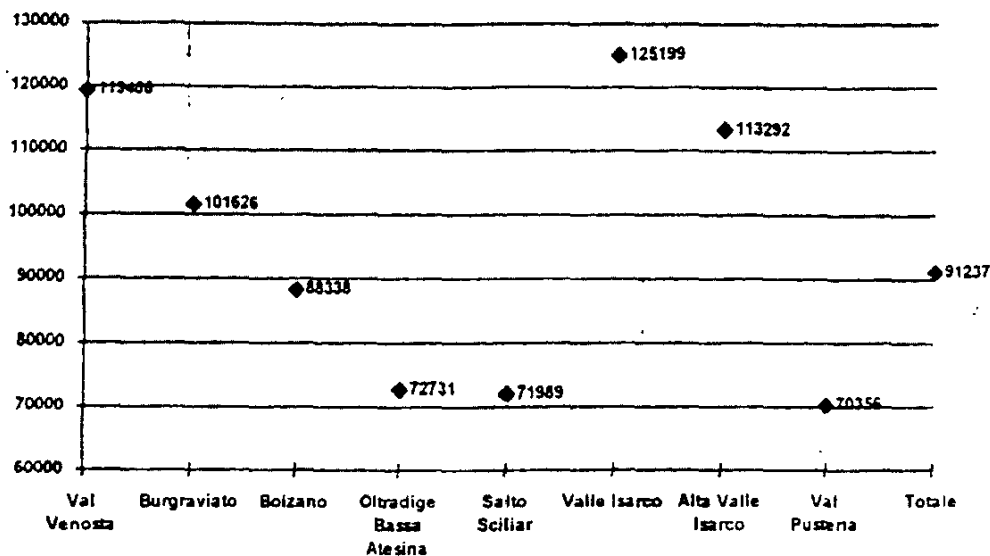
Nella figura 4b riproponiamo i valori parziali della tabella 10b, mentre nella figura 4c vengono confrontati i valori relativi alla spesa media per abitante per il totale dei costi di questo settore.

Fig. 4b spesa media per abitante



XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Fig. 4c spesa media totale



Per completare il quadro delle spese in questo settore, nella tabella 11 riportiamo le spese per investimenti rimesse dall'amministrazione provinciale; vista la natura di queste spese non ci sembra vadano riferite né ai dati sull'utenza, né a quelli sulla popolazione

Tab 11 Spese per investimenti (in migliaia di lire)

Comunità comprensoriale	Investimenti generali	Sede	Totale
Val Venosta	103 900	190 000	293 900
Burgraviato	88 860 ¹¹	2 725 000	2 813 860
Bolzano	148 631	474 388	623 019
Oltredige Bassa Atesina	109 635	145 000	254 635
Salto Sciliar	168 536	132 683	301 219
Valle Isarco	90 906	141 425	232 331
Alta Valle Isarco	18 000	979 820	997 820
Pusteria	42 209	1.397.900	1.440.109
Totale	770 676	6 186 216	6 956 893

Per quanto riguarda invece le diverse fonti di finanziamento del settore dell'assistenza di base disponiamo solo dei dati relativi alle diverse forme di partecipazione alla spesa per quanto riguarda il servizio di aiuto domiciliare, i centri diurni ed il servizio pasti, che sono riportati per ciascun comprensorio nella tabella 12. Tentando di confrontare la composizione del finanziamento di questo tipo di attività emergono

¹¹comprensivo SAD - Comune di Merano

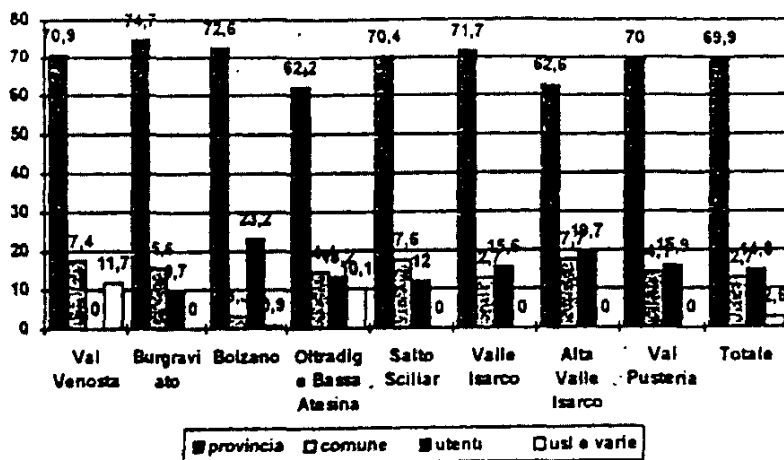
XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

delle differenze (come, ad esempio, la quota di contribuzione alla spesa da parte degli utenti del comprensorio di Bolzano), cui è difficile attribuire un significato; il sospetto - di nuovo - è che si tratti di differenze di imputazione delle diverse voci di bilancio, in questo caso delle entrate.

Tab 12 Aiuto domiciliare, centri diurni e servizio pasti: finanziamento per fonte per comprensorio (valori assoluti e % sul totale di comprensorio).

Comunità comprensoriale	Finanziamento provinciale	Finanziamento comunale	autofinanziamento utenti ¹²	Rimborsi USL e varie	Totale
Val Venosta	389 617	95 649		64 383	549 649
	70,9	17,4		11,7	
Burgraviato	1.457.649	304 315	190 021		1 951 985
	74,7	15,6	9,7		
Bolzano	1.588.400	73 065	506 718	19 582	2.187 765
	72,6	3,3	23,2	0,9	
Oltredige Bassa Atesina	1.192 168	275 906	253 633	194.152	1 915 859
	62,2	14,4	13,2	10,2	
Salto Sciliar	532 498	133 243	91 088		756 829
	70,4	17,6	12,0		
Valle Isarco	722 602	127 520	157 004		1.007 126
	71,7	12,7	15,6		
Alta Valle Isarco	332.025	94 027	104 833		530 885
	62,6	17,7	19,7		
Pustena	1 160.080	234 009	263 168		1.657 257
	70,0	14,1	15,9		
Totale	7 375 039	1 337 734	1 566 465	278 117	10 537 355
	69,9	12,7	14,8	2,6	

Fig. 5 Contributo percentuale al finanziamento



¹² per servizio assistenza a domicilio, centri diurni e servizio pasti

Capitolo Terzo**L'assistenza agli anziani**

Come si è potuto vedere, nel secondo capitolo abbiamo già fornito i dati disponibili sulle forme di assistenza e di aiuto domiciliare, che, presumibilmente, riguardano in larga misura anziani, soli o conviventi con altri, anziani o no. Quella che affronteremo in questo capitolo è quindi essenzialmente l'assistenza prestata agli anziani all'interno di strutture di ricovero, case di riposo e centri di degenza; qualche altra informazione verrà fornita a proposito dei club per anziani e dei centri diurni.

1. le strutture e gli utenti

Nella tabella 13 sono riportati il numero delle case di riposo e dei centri di degenza distribuite nei diversi comprensori ed il corrispondente numero di posti letto disponibili complessivamente.

Tab 14 Numero strutture e posti letto per comprensorio per 100 abitanti ultra 65enni

Comunità comprensoriale	nr. case di riposo	nr. posti letto case di riposo	per 100 abitanti >65enni ¹³	nr. centri di degenza	nr. posti letto centr. degenza	per 100 abitanti >65enni ¹⁴
Val Venosta	5	218	5,5	2	50	1,3
Burgraviato	16	549	4,4	2	58	0,5
Bolzano	6	423	2,5			-
Oltradige Bassa Atesina	9	394	5,0	1	26	0,3
Salto Sciliar	10	316	6,3	2	41	0,8
Valle Isarco	6	195	3,5	3	69	1,3
Alta Valle Isarco	2	93	4,7	1	30	1,5
Pusteria	6	244	3,3	2	37	0,5
Totale	60	2432	4,0	13	311	0,5

2. il personale

Nelle tabelle 15 e 16 riportiamo il numero di operatori impiegati in ciascun centro di degenza e casa di riposo, distinti in base alla qualifica professionale.

Tab 15 Posti letto e personale dei centri di degenza

Comunità comprensor.	Sede	posti letto	personale per qualifica				Totale
			Ass ger	Personale aus. per l'assistenza a diretta	infermiere	infermiere	
Val Venosta	Malles	15	2	2	1	3	8

¹³ Fonte Astat - Annuario statistico 1994¹⁴ Fonte Astat - Annuario statistico 1994

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Silandro	35	3	1	2	3	9
Burgraviato	Lana, St. Anna	40	9	6	6	8	29
	S. Leonardo Passiria	18	2	5	1	3	11
Bolzano							
Oltradige Bassa Atesina	S. Paolo Appiano	26	3	2	1,5	4	10,5
Salto Sciliar	Castelrotto	32	7,5	2	4	7	20,5
	Sarentino	9	2	2	1	2	7
Valle Isarco	Bressanone	44	13,5	6	5	4	18,5
	Bressanone	25	5	6	3	5	19
Wipptal	Vipiteno	30	1,5	3,5	2	8	15
Pusterna	S. Giovanni-Valle Aurina	17	1,5	0,5	2	2,5	6,5
	Val Badia	20	6	0	4	5	15
Totale		311	56	36	32,5	54,5	179

Tab 16 Posti letto e personale delle case di riposo

Comprendonio	Strutture	ospiti	operatori per qualifica				Totale
			Direzione amministrativa	ass. gen. infermieri	personale ausiliario per l'assistenza diretta	altri	
Val Venosta							
	Malles	27	1	3,5	3	4	11,5
	Sluderno	41	1	5,5	4	5	13,5
	Lasa	26	1	2	1	4	8
	Silandro	70	2,5	8,5	3,5	13,5	28
	Laces	49	2	3,5	5,5	11,5	22,5
Burgraviato							
	Nanumo	30	1,5	1,5	3	2	8
	Parcines	22	0,5	3,5		5	9
	Merano	24	1,5	0,5	2,5	3	7,5
	Merano	54	1	4,5	5	9,5 ¹⁵	20
	Merano	111	4	13	15	22 ¹⁶	54
	Merano	30	1	1	0	6	8
	Lagundo	24	1,5	1	2	3	7,5
	Tirolo	20	1	1	1	1,5	4,5
	Rifiano	19	1	2	0	3	6
	Lana/Foiana	42	2	1	3,5	6	12,5
	Lana	81	2	10	6	8	26
	Tesimo	40	1	2,5	8	4	15,5
	San Pancrazio	14	0	2	1	2	5
	Ultimo	20	1,5	2,5	2	3	9
	San Leonardo/Passiria	25	1	2	2	2,5	7,5
	San Martino/Passiria	17	1	0,5	3	2,5	7

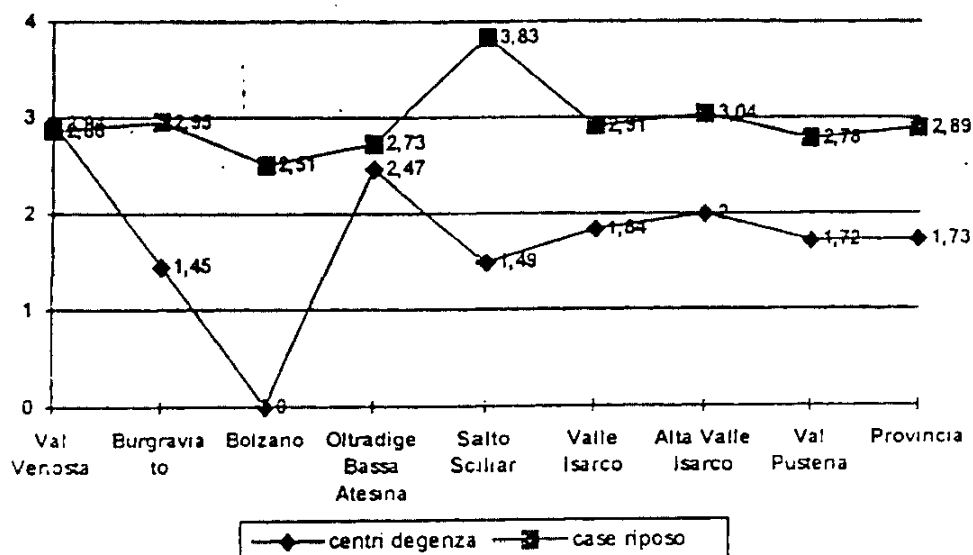
¹⁵ Lavanderia appaltata¹⁶ Parte del servizio cucina appaltato

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Bolzano							
	Bolzano	18	1	5,5	1	6	13,5
	Bolzano	20	1	2	2	3	8
	Bolzano	44	2	7,5	2	5	16,5
	Bolzano	57	2,5	10	0	10	22,5
	Bolzano	87	3	7	7	12	29
	Bolzano	166	5	34	19	35	93
Oltradige Bassa Atesina							
	Egna	78	3	9,5	7,5	9	29
	Termeno	57	2,5	5,5	5,5	12,5	26
	Salomo	32	0,5	1,5	4,5	7	13,5
	Appiano	37	1,5	1	1,5	5	9
	Appiano	64	2,5	10	5	9,5	27
	Caldaro	75	2,5	10,5	12	9,5	34,5
	Terfano	20	1,5	2	2	3	8,5
	Laives	28	1,5	4,5	2,5	3,5	12
Salto Sciliar							
	Ortisei	40	1	1,5	6	8	16,5
	Fiè	16	1	1	1	1	4
	Castelrotto	60	2	4	3,5	8,5	18
	Tieres	12	0,5	1	1	1	3,5
	Comedo	10	1	0	0	2	3
	Nova Levante	9	0	2	0	2	4
	Nova Ponente	28	1	3,5	0	3,5	8
	Renon/Longomoso	51	1,5	2	3	12	18,5
	Sarentino	46	2	3	4	6	15
	Meltina	11	1,5	1	0	1	3,5
Valle Isarco							
	Bressanone	78	3	12,5	9	11	35,5
	Bressanone	28	0,5	4	2	4,5	11
	Velturno	21	0	2,5	0,5	3	6
	Villandro	25	1	2,5	1,5	2	7
	Funes	25	1	1	3	3	8
	Laion	18	1	2	2	1	6
Alta Valle Isarco							
	Prati/Val di Vizze	59	1	5	5	7,5	18,5
	Vipiteno	37	2,5	5	4	4	15,5
Pusteria							
	Brunico	46	1	5	4	6	16
	Campo Tures	49	1	4,5	4	8	17,5
	San Giovanni/Valle Aurina	33	1	3,5	2	8	14,5
	San Martino in Badia	60	3	6,5	5	8	22,5
	Villabassa	51	2	6,5	6	6	20,5
	San Candido	18	0,5	1,5	2	1	5
	Totale Alto Adige	2400	89	263	211	367	930

Nella figura 6 abbiamo riassunto il confronto fra il numero medio di operatori calcolato per le case di riposo ed i centri di degenza raggruppati per comprensorio.

Fig. 6 operatori per posto letto



3. i costi

I dati di cui disponiamo relativamente alle spese per questo tipo di strutture sono di natura diversa e riferiti a unità di costo differenti. Per le case di riposo nella tabella 17 sono riportati i costi medi giornalieri riferiti alle classi di case di riposo distinte sulla base del numero di posti letto; i costi sono poi suddivisi percentualmente fra le diverse voci di spesa.

Come si può facilmente vedere le differenze rispetto al costo lordo giornaliero sono rilevanti e le dimensioni della casa di riposo (come numero di posti letto) costituiscono il fattore che sembra spiegare la maggior parte della varianza, anche se non esiste un rapporto lineare fra le due grandezze. Comprensibilmente legato alle dimensioni risulta anche l'incidenza del costo del personale, ma anche in questo caso in modo non sufficientemente lineare. Sarebbe importante ricavare da questi dati delle ipotesi circa la qualità dell'assistenza nelle diverse case di riposo, anche se il criterio del numero dei posti letto evidentemente non è sufficiente per classificare in modo omogeneo le diverse strutture.

Tab 17 Costi medi giornalieri e distribuzione percentuale per voce di spesa per classi di case di riposo

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Nr. posti letto	costo lordo giornaliero	personale	Alimentari	Energia	Ammortizzazione	Manut. Ass.	Riserva	Retta netta
più di 100	106.333	77%	8,5%	3,5%	1,7%	1,3%	2%	57.100
99 - 90	100.002	71,4	7	9	3	2,6	2	52.250
89 - 80	80.849	75,5	8	6	1,6	2,2	0,8	49.400
69 - 60	58.420	72,2	8,2	8	2,5	3	0,7	34.800
59 - 50	71.448	69,4	8,8	7,8	2,5	3,6	1,1	45.200
49 - 40	63.826	70,3	9,7	7,4	2,5	2,5	1,4	36.200
39 - 30	58.119	66,5	10,8	8,6	2,5	3,4	1	39.800
29 - 20	57.609	69,6	9,7	8	3	3	0,9	38.000
19 - 10	55.480	70	11,3	7,5	2,7	3,2	1	33.900
Meno di 10	63.810	82	5,7	7	0,6	0,3	0,5	30.000

Per i centri di degenza invece possiamo fornire per ciascuna struttura solo (tabella 18) i costi lordi per struttura e le quote di finanziamento a carico dell'ente e degli utenti. Anche in questo caso emergono delle differenze davvero consistenti, tanto per l'ammontare della retta giornaliera lorda (il range va da un minimo di 74.000 ad un massimo di 144.000), quanto per la suddivisione della copertura delle spese fra utenti ed ente (gli utenti contribuiscono per quote percentuali che vanno da un minimo di 48,3 ad un massimo di 70,3¹⁷).

Tab 18 costi lordi e percentuali di partecipazione alle spese utenti/USL

Comprendsono	Sede	costi lordi per struttura	retta a carico degli utenti	retta a carico dell' USL	Retta giornaliera lorda	Percentuale di partecipazione alla retta giornaliera	
						utenti	USL
Val Venosta	Malles	575.450.000	45.000	32.000	76.000	59,2	40,8
	Silandro	705.199.000	68.800	36.800	105.600	65,2	34,8
Burgaviano	Lana, St. Anna	2.155.881.000	68.000	59.500	127.500	53,3	46,7
	S. Leonardo Passiria	612.013.000	52.000	51.000	103.000	50,5	49,5
Bolzano	Bolzano						
Oltredige Bassa Ates	S. Paolo	595.023.000	47.000	47.000	94.000	50	50
	Appiano						
Salto Sciliar	Castelrotto	1.112.830.000	47.630	40.580	88.210	54	46
	Sarentino	463.704.000	60.000	56.000	116.000	48,3	51,7
Valle Isarco	Bressanone	2.721.840.000	72.000	72.000	144.000	50	50
	Bressanone St. Elisabeth	870.815.000	50.000	45.000	95.000	52,6	47,4
Wipital	Vipiteno	833.180.000	48.000	48.000	96.000	50	50
Pustena	S. Giovanni-Valle Aurina	458.566.000	52.000	22.000	74.000	70,3	29,7
	San Martino - Val Badia	708.700.000	60.000	35.000	95.000	63,2	36,8
Totale		11.812.201.000					

¹⁷ Nemmeno l'ammontare della quota in valori assoluti è meno variabile: in pratica, ad esempio, dove la retta giornaliera è più bassa in termini assoluti (74.000 lire) la quota per gli utenti è abbastanza comprensibilmente più alta in termini di quota percentuale di contribuzione (70,3%), ma in termini assoluti supera -anche se non di molto- la somma richiesta agli utenti di altre strutture con rette lorde più elevate.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

La ripartizione dei costi fra enti ed utenti per le case di riposo è invece riportata nella tabella 19; il termine di riferimento in questo caso è di nuovo il comprensorio in cui operano le diverse strutture.

Tab 19 consistenza e ripartizione finanziamento case di riposo per comprensorio

Comunità comprensoriale	Comuni/USL/ Provincia	%	Utenti	%	Totale
Val Venosta	4.905.133	63,9	2.765.197	36,1	7.670.330
Burgraviato	13.405.960	60,6	8.711.338	39,4	22.117.298
Bolzano	15.651.258	66,9	7.737.142	33,1	23.388.400
Oltradige Bassa Atesina	10.106.825	61,0	6.458.675	39,0	16.565.500
Salto Sciliar	4.948.560	61,6	3.086.312	38,4	8.034.872
Valle Isarco	5.633.269	60,8	3.634.634	39,2	9.267.903
Alta Valle Isarco	1.760.958	60,6	1.146.825	39,4	2.907.783
Pusteria	5.398.855	65,1	2.896.932	34,9	8.295.787
Totale	61.810.818	62,9	36.457.055	37,1	98.247.873

In questo caso le differenze a livello comprensoriale sembrano più contenute: il range della quota a carico degli utenti va da un minimo del 34,9 ad un massimo del 39,4%. Più interessante ci sembra però riportare i costi tanto delle case di riposo, quanto dei centri di degenza al numero di posti di letto, da un lato, ed alla popolazione residente dall'altro. Il risultato di questa parametrizzazione è riportato nella tabella 20.

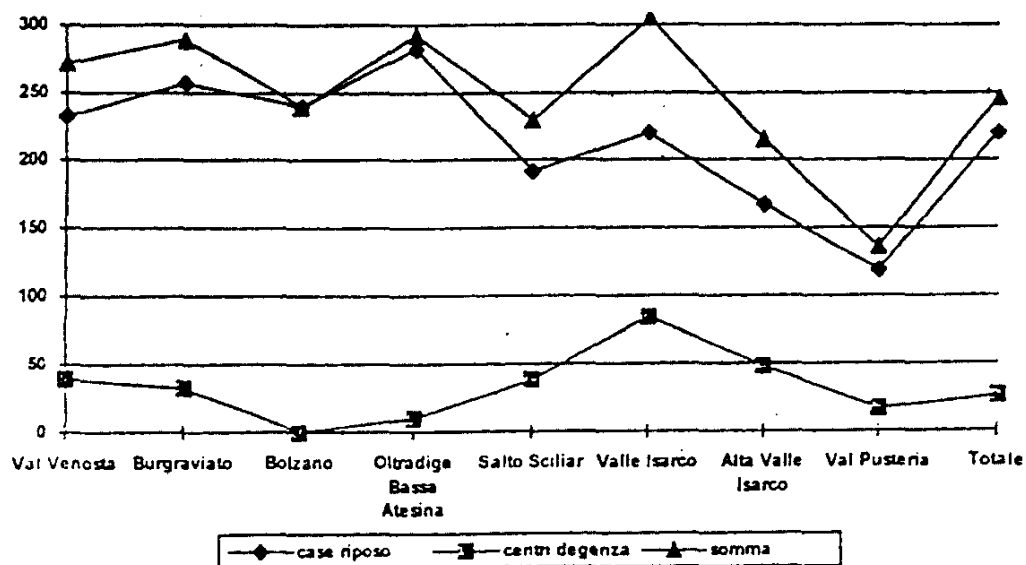
Tab 20 costi unitari per posto letto e popolazione residente

Comunità comprensoriale	n° abitanti	Costi Totali		case di riposo		Centri di degenza	
		case di riposo	centri di degenza	costo unitario per posto letto	costo unitario per popolazione	costo unitario per posto letto	costo unitario per popolazione
Val Venosta	32.896	7.670.330	1.280.649	35.185	233	25.613	39
Burgraviato	86.022	22.117.298	2.767.894	40.287	257	44.722	32
Bolzano	97.616	23.388.400		55.292	240		
Oltradige Bassa Atesina	58.828	16.565.500	595.023	42.044	282	22.885	10
Salto Sciliar	41.946	8.034.872	1.576.534	25.427	192	38.452	38
Valle Isarco	42.146	9.267.903	3.592.655	47.528	220	52.067	85
Alta Valle Isarco	17.384	2.907.783	833.180	31.266	167	27.773	48
Pusteria	69.867	8.295.787	1.167.266	33.999	119	31.548	17
Totale	446.705	98.247.873	11.813.201	40.397	220	37.985	26

Le figure 7 e 8 riprendono i valori unitari della tabella 20 per rendere più immediato il confronto fra i diversi comprensori, che -anche in questo caso- si collocano all'interno

di un range molto ampio di valori, tanto se il termine di riferimento è costituito dal numero di abitanti del comprensorio (tabella 7), quanto se la base per la determinazione del costo unitario è data dal numero di posti letto delle diverse strutture (tabella 8).

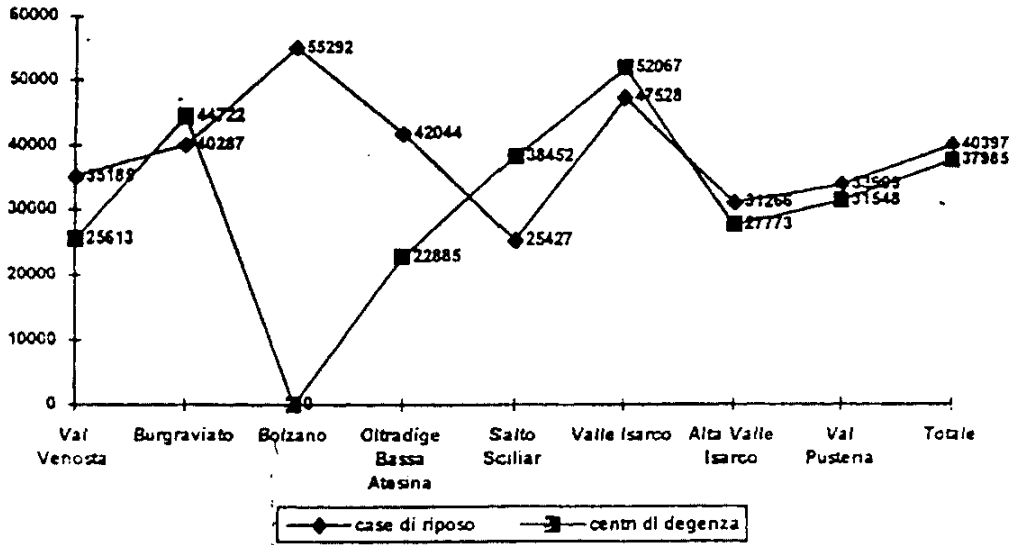
Fig. 7 Costi unitari per abitante



Quello che ci sembra da sottolineare è la ridotta differenza di costo unitario medio per posto letto nei centri di degenza da un lato e nelle case di riposo dall'altro all'interno dello stesso comprensorio nella maggioranza dei casi. Differenze consistenti fra questi due valori si rilevano di fatto solo nel caso del comprensorio dell'Oltredige-Bassa Atesina (più ridotto e di segno opposto in quello di Salto-Sciliar).

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Fig 8 costi unitari per posto letto



Negli altri casi (con l'ovvia esclusione di Bolzano) le distanze fra i due valori sono minime anche se -come abbiamo detto- i valori sono abbastanza diversi per ciascun comprensorio

Quello che differenzia molto i comprensori è la spesa unitaria per queste strutture riferita al numero di residenti; nella figura 7 abbiamo anche -in modo abbastanza arbitrario- sommato i due valori relativi alle case di riposo ed ai centri di degenza; in ogni caso lo scarto fra i diversi importi risulta decisamente marcato

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Capitolo Quarto

L'assistenza ai minori e alla famiglia

I dati di cui disponiamo per questo settore del sistema socio-assistenziale* sono relativi agli asili-nido, agli istituti educativi, assistenziali e comunità alloggio. Si tratta di strutture che non sono distribuite uniformemente sul territorio provinciale e per le quali non è facilmente identificabile un bacino d'utenza 'istituzionale' o 'naturale'; alcuni parametri di valutazione della copertura di questo tipo di servizi rispetto all'utenza potenziale sono quindi difficilmente calcolabili

1. Le strutture e gli utenti

Il numero di strutture e di assistiti è riportato per gli istituti educativi, assistenziali e le comunità alloggio nella tabella 21; quello per gli asili nido nella tabella 22.

Tab 21 numero strutture e numero assistiti per comprensorio

Comunità comprensor.	strutture	numero assistiti			posti disponibili
		residenziali	diurni	totali	
Burgratato	Serafisches Liebeswerk	28	19	47	48
	Istituto San Nicolo	18	34	52	55
	Comunità alloggio "Hans Lanz"		15	15	15
Bolzano	Comunità alloggio "La Strada - Der Weg"		28	28	20
	Landesjugendwohnheim		2	2	8
	Landeskleinkinderheim	22 ¹⁸	3	25 ¹⁹	36
Oltradige Bassa Atesina	Comunità Murialdo	8	8	16	18
Valle Isarco	Südtiroler Kinderdorf	22		22	60
Totale		98	109	207	260

Alcuni dei dati riportati nella tabella 21 lasciano un po' perplessi e meritano sicuramente qualche approfondimento; nell'insieme, significativo appare lo scarto fra posti disponibili e numero assistiti, anche se sarebbe necessario distinguere per i posti disponibili la suddivisione fra 'residenti' e 'diurni'.

Tab 22 numero strutture e numero assistiti per comprensorio

Comunità comprensoriale	n.o strutture	n.o assistiti
Merano	1	70
Bolzano	5	458

¹⁸ di cui 7 gestanti madri

¹⁹ di cui 7 gestanti madri

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Laives	1	46
Brixen	1	48
Totale	8	622

2. Il personale

Nella tabella 23 riportiamo il numero e la qualifica del personale impiegato negli istituti educativi

Tab 23 numero operatori per qualifica per istituto educativo

Comunità comprensor. struttura	assistiti al 31.12.93	n. o personale per qualifica						di cui part time	operatori per unità personale educativo ²⁰
		direttivo amministrativo	educatori	servizi generali	tirocinanti o obiettori	totale			
Burgraviato									
Serafisches Liebeswerk	47	4	12	11		27		3.9	
Istituto San Nicolo	52	1	10	6		17	2	5.2	
Comunità alloggio "Hans Lara"	15	1	3	1	2	7		3.0	
Bolzano									
Comunità alloggio "La Strada - Der Weg"	28	2	5	3	8	18	2	2.2	
Landesjugendwohnheim	2	1	4	1		6	1	0.5	
Landeskleinkinderheim	25 ²¹	1	4	2		7		6.2	
Oltredige Bassa Atesina									
Comunità Munalco	16	2	8	2	2	14		1.6	
Valle Isarco									
Südtiroler Kinderdorf	22	4	7	5	2	18		2.4	
Totale	207	16	53	31	14	114	5	3.1	

Nella tabella 24 riportiamo i dati relativi al personale occupato negli asili nido

Tab 24 Numero operatori per qualifica per comprensorio

Comune	n. o bambini	n. o personale			bambini per unità personale educativo	
		dirigente	personale educativo	altri servizi		Totale
Merano	70	1	6	5	12	11.7
Bolzano	458	4	37	30	71	12.4
Laives	46	1	6	3	10	7.7
Bressanone	48		4	2	6	12.0

²⁰ Il numero è dato dall'insieme di educatori ed eventuali tirocinanti o obiettori

²¹ tra cui 7 gestanti madri

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Totale	622	6	53	40	99	11,7
--------	-----	---	----	----	----	------

3. I costi

Siamo in grado di fornire i dati relativi ai costi totali di ciascuna struttura, per quanto riguarda gli istituti educativi, assistenziali e comunità alloggio (tabella 25) e di ciascun comune, per quanto riguarda gli asili nido (tabella 26).

Tab 25 costi totali per struttura e costi unitari per assistito

Comunità comprensor	strutture	assistiti al 31 12 95	spese	costo unitario per assistito
Burgraviato	Serafisches Liebeswerk	47	686 124	14 598
	Istituto San Nicolo	52	793 031	15 250
	Comunità alloggio "Hans Lanz"	15	363.583	24 239
Bolzano	Comunità alloggio "La Strada - Der Weg"	28	714 868	25 531
	Landesjugendwohnheim	2	326 459	163 229
	Landeskleinkinderheim	25	687 371	27 495
Oltradige Bassa Atesina	Comunità Murialdo	16	441 761	27 610
Valle Isarco	Südtiroler Kinderdorf	22	358 547	16 298
Totale		207	4 371 745	21 120

Il range dei costi unitari per ospite degli istituti educativi, assistenziali e comunità alloggio è molto ampio, anche se si esclude il caso nettamente fuori scala di una delle strutture di Bolzano (per la quale evidentemente vanno corretti i dati a nostra disposizione) e non sembra esserci un legame fra le dimensioni della struttura (desunte dalla numerosità degli assistiti) e il livello di costi.

Più omogenea appare la situazione dei costi unitari per i bambini inseriti negli asili nido (calcolati per le strutture di ciascuno dei comuni che ne risulta dotato), anche se pure in questo caso si rileva una situazione fuori scala.

Tab 26 costi totali per struttura e costi unitari per bambino

Comuni	n.o assistiti	spese sostenute	costo unitario per bambino
Merano	70	574 616	8 209
Bolzano	458	3 709 192	8 099
Laives	46	546 837	11 838
Bressanone	48	399 263	8 318
Totale	622	5 229 908	8 408

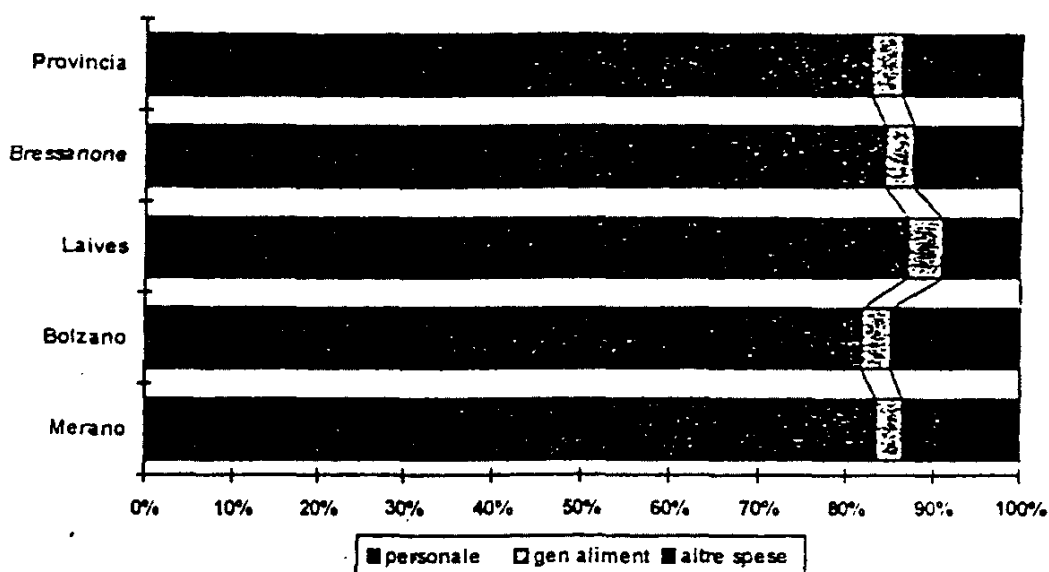
La suddivisione dei costi in base al tipo di spesa è possibile solo per gli asili nido: ovviamente -come si può ricavare dalla tabella 27- la voce più consistente è quella relativa al personale, che pesa in modo percentualmente abbastanza uniforme per

tutte le strutture (si veda anche la figura 9), con uno scarto nella stessa situazione in cui si era registrato il maggior costo unitario per bambino.

Tab 27 costi totali per tipo di spesa e percentuale di ripartizione

Comune	Totale spese sostenute					
	personale	%	gen. alimentan.	%	altre spese	%
Merano	480.714	83,6	16.465	2,9	77.439	13,5
Bolzano	3.036.169	81,8	125.478	3,4	547.543	14,8
Laives	476.155	87,1	20.951	3,8	49.730	9,1
Bressanone	336.800	84,4	12.795	3,2	49.669	12,4
Totale	4.329.838	82,8	175.649	3,4	724.381	13,8

Fig 9 Costi asili nido per tipo di spesa



Sempre per gli asili nido è possibile distinguere il contributo delle diverse fonti di finanziamento alla copertura dei costi: come si può vedere dalla tabella 28 le quote percentuali sono molto diverse nelle diverse situazioni per ciascun tipo di fonte di finanziamento.

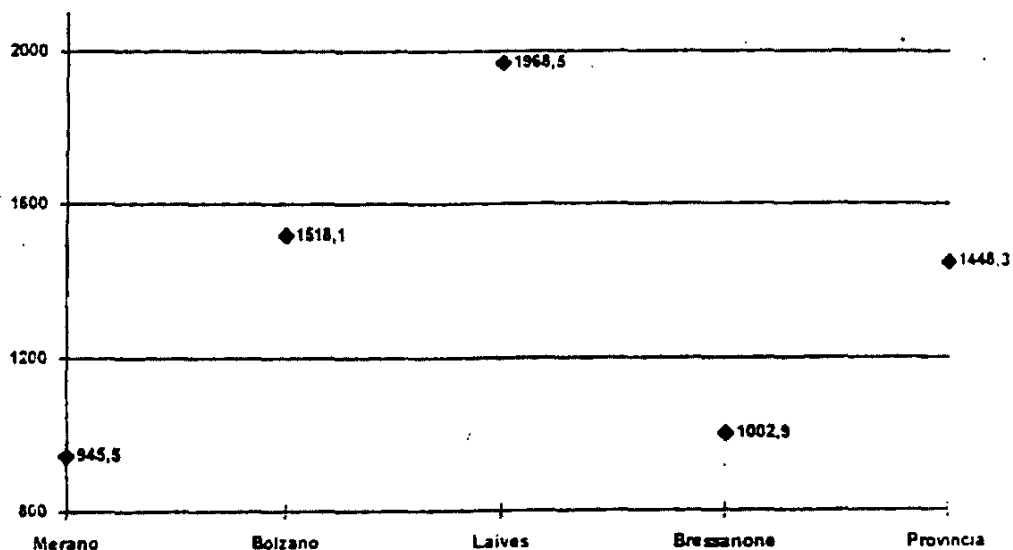
Tab 28 costi totali per fonti di finanziamento

Comune	spese totali	rente	%	contributo prov. le	%	spese a carico dei Comuni	%
Merano	574.617	66.815	11,6	507.802	88,4	-	-
Bolzano	3.709.191	695.311	18,7	1.884.423	50,8	1.129.457	30,5
Laives	546.837	90.550	16,6	297.146	54,3	159.141	29,1
Bressanone	399.262	48.142	12,0	294.585	73,8	56.535	14,2

Totale Provincia	5.229.907	900.818	17,2	2.983.956	57,0	1.345.133	25,8
------------------	-----------	---------	------	-----------	------	-----------	------

Le differenze nei costi unitari per bambino riportate nella tabella 26 risultano molto più ridotte delle differenze nelle rette annue individuali che abbiamo riportato nella figura 10.

Fig 10 asili nido retta annua media



Capitolo Quinto

L'assistenza ai portatori di handicap

1 gli utenti e le strutture

Nella tabella 29 sono elencati i tipi di struttura attivi nei diversi comprensori con il relativo numero di utenti; i tipi di struttura distinguono indirettamente il tipo di prestazione che viene erogata.

Tab 29 servizio handicap: utenti per struttura

Comunità comprensoriale	Laboratori protetto	strut. socio-assistenziale	corsi occupaz. e socializ.	Forme aperte di assist. nel settore lavorativo	convitto	comunità alloggio	forme abitative aperte	BTZ	Comunità alloggio malati psichici	Laboratori protetti malati psichici	Totale
Vai Venosta	48	10	6	7	0	0	0	3	0	0	74
Burgraviato	57	15	9	0	11	11	0	0	0	0	103
Bolzano	73	38	0	0	27	19	5	0	0	12	174
Oltradige Bassa Atesina	22	12	5	0	14	0	0	0	0	9	62
Salto Sciliar	68	13	13	0	8	7	0	5	0	0	114
Valle Isarco	64	15	5	0	20	7	0	12	11	0	134
Alta Valle Isarco	22	5	0	0	4	0	0	0	0	0	31
Pusterna	63	7	6	0	19	16	0	0	0	0	111
Provincia	417	115	44	7	103	60	5	20	11	21	803

Neila figura 11 abbiamo cercato di mettere in evidenza il peso delle diverse utenze per ciascun tipo di struttura. Va precisato che per questo tipo di servizi non è possibile stimare il numero complessivo effettivo di utenti: il totale riportato nella tabella 29 corrisponde alla somma di utenti di ciascun tipo di servizio, ma è certamente superiore (anche se probabilmente non di molto) al numero di soggetti, in quanto la stessa persona può usufruire di più servizi; parleremo quindi di utenze quando non sarà possibile risalire al numero di soggetti che sono utenti dei servizi.

Anticipiamo qui che i dati sugli utenti sono probabilmente incompleti; se si prendono infatti in considerazione quelli sul personale (tabella 30), si trovano operatori impiegati in servizi comprensoriali che risulterebbero non avere utenti (sulla base dei dati della tabella 29).

Nella figura 12 sono ripresi i valori (con alcune aggregazioni) relativi alle utenze per dare conto del peso nei singoli comprensori dei diversi tipi di servizio e prestazione. Anche in questo caso le differenze sono notevoli, non tanto in ordine alla consistenza delle utenze, quanto al mix di servizi e di prestazioni offerti nei diversi comprensori; per valutare meglio questi dati sarà necessario riferirli ai singoli soggetti ed alla loro

enienza per stimare l'eventuale mobilità fra i vari comprensori per questo tipo di
 iza.

Fig 11 utenti per struttura

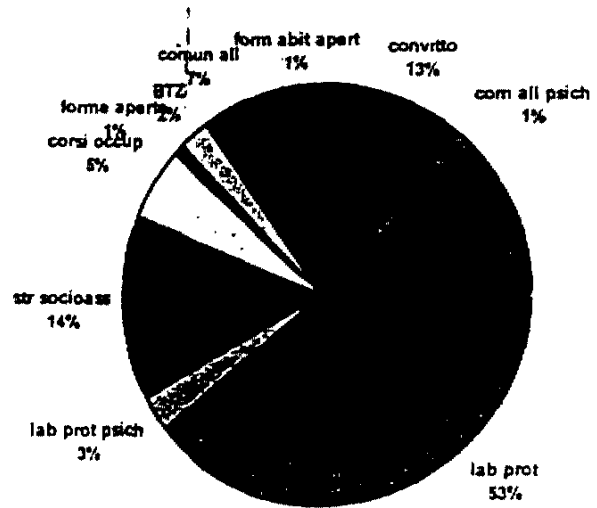
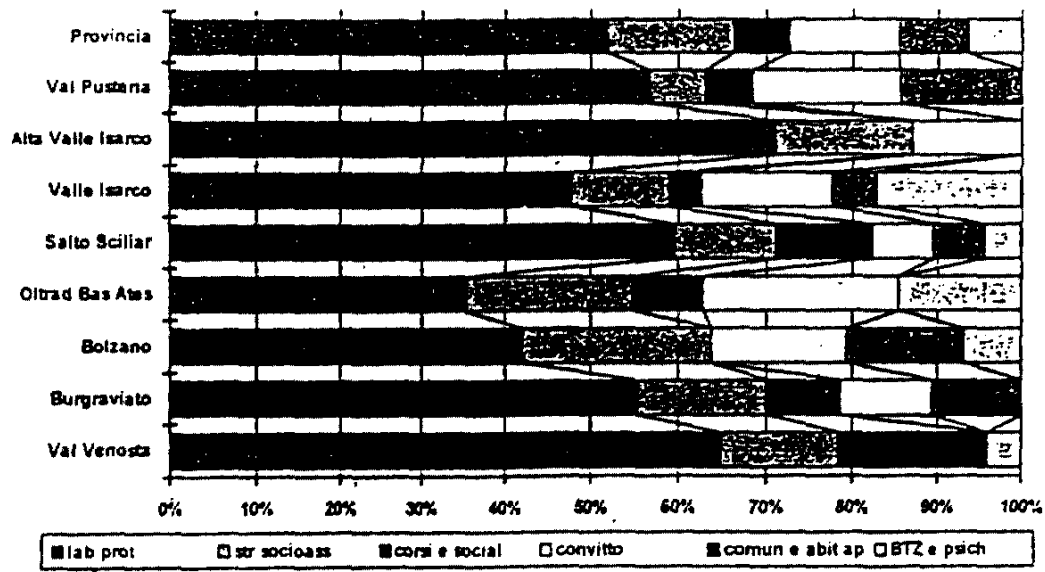


Fig 12 Percentuali utenti per tipo di struttura



2. il personale

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Nella tabella 30 è riportato il numero complessivo di operatori occupati nei diversi tipi di struttura e servizio nei singoli comprensori; nella figura 13 si mette invece a confronto il numero medio di utenze complessive per operatore con riferimento ai singoli comprensori.

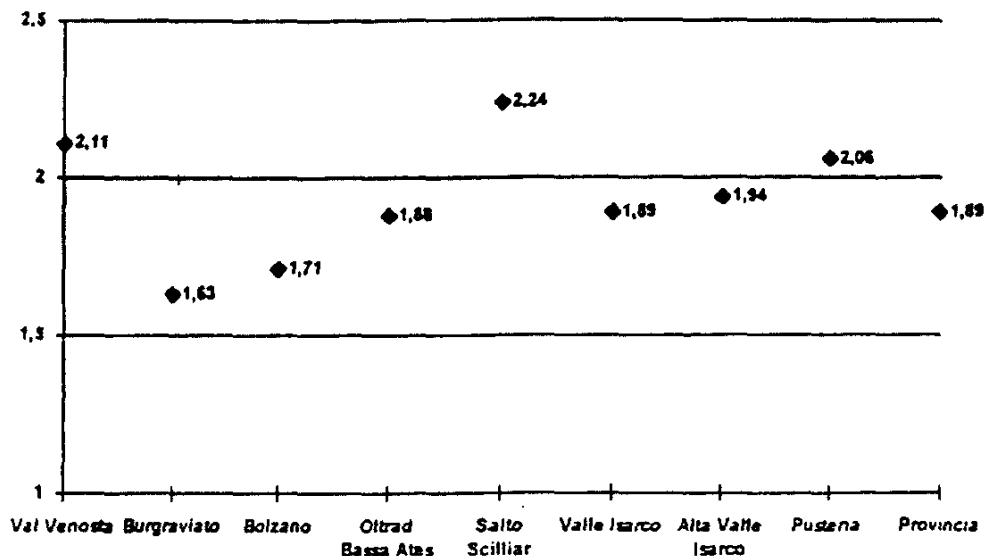
Tab 30 operatori per struttura per comprensorio

Comunità comprensoriale	Laboratori pronto	servizi socio-assistenziale	corsi occupazionali e socializzazione	Forme aperte di assist. nel settore lavorativo	convitto	comunità alloggio	forme abitative aperte	BTZ	Comunità alloggio maiezi psichici	Laboratori psichici	Totale
Val Venosta	15	0	4	0	14	0	0	2	0	0	35
Burgraviato	19	12	6	0	16	10	0	0	0	0	63
Bolzano	26	25	0	2	29	18	2	0	0	0	102
Oltradige Bassa Atesina	6	7	3	0	14	0	0	1	0	2	33
Salto Sciliar	23	4	7	1	6	4	2	4	0	0	51
Valle Isarco	23	10	3	1	21	6	0	4	3	0	71
Alta Valle Isarco	8	3	0	0	5	0	0	0	0	0	16
Pusterna	27	5	2	0	14	6	0	0	0	0	54
Provincia	147	66	25	4	119	44	4	11	3	2	425

Può essere interessante osservare come il numero medio di operatori occupati da ciascun comprensorio in questo settore risulti abbastanza omogeneo, anche se il carico di utenti sembra variare in misura più ampia in base al tipo di servizio o di prestazione, come si può vedere dalla figura 14 che fa riferimento al personale di questo settore per l'intera Provincia.

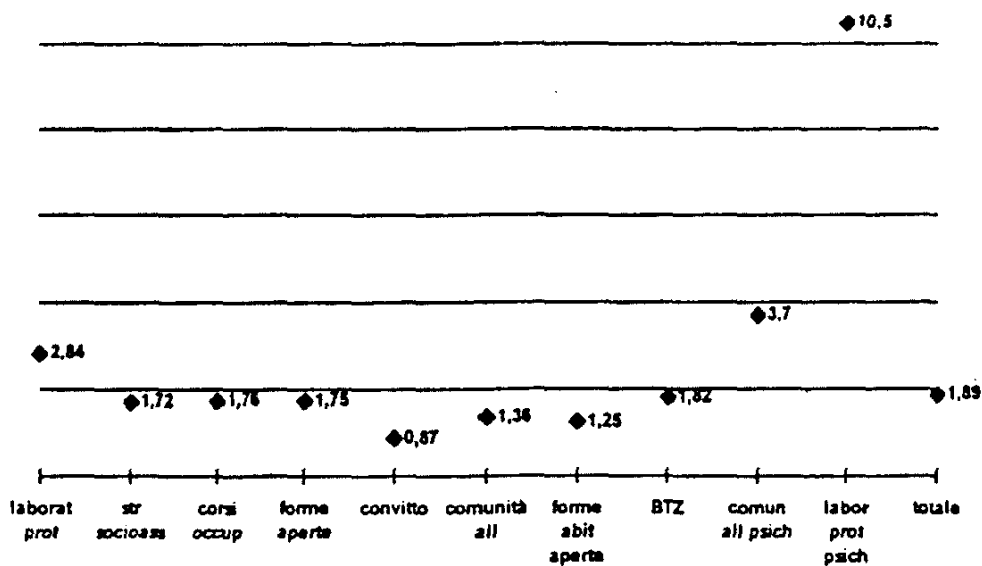
XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Fig 13 numero medio utenti per operatore per comprensorio



Nella tabella 31 i dati sul personale occupato sono riferiti alla qualifica professionale degli operatori addetti alle varie forme di assistenza.

Fig 14 numero medio utenti per operatore per struttura

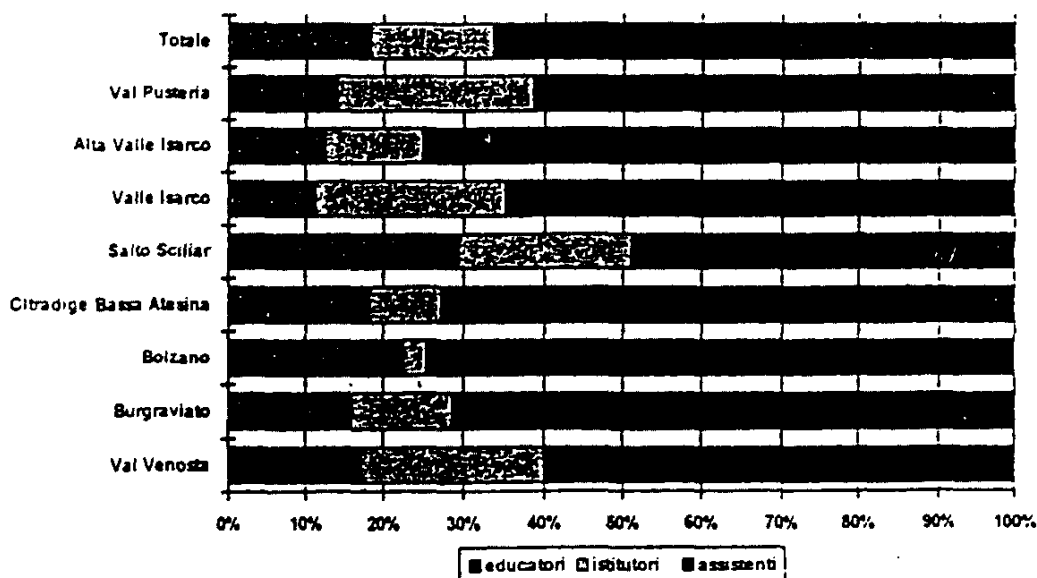


Tab 31 operatori per qualifica per comprensorio

Comunità comprensoriale	Educatori	Istitutori	Assistenti	Totale
Val Venosta	6	8	21	35
Burgraviato	10	8	45	63
Bolzano	23	3	76	102
Oltradige Bassa Atesina	6	3	24	33
Salto Sciliar	15	11	25	51
Valle Isarco	8	17	46	71
Alta Valle Isarco	2	2	12	16
Pusterna	8	14	35	54
Totale	78	66	284	425

Le differenze nella composizione del personale che opera nei servizi di questo settore nei singoli comprensori sono apparentemente più alte di quanto non giustifichi la diversa natura delle prestazioni erogate dai servizi; probabilmente si somma l'effetto dell'offerta dei mercati del lavoro locali con politiche del personale specifiche delle singole amministrazioni, oltre ovviamente alle caratteristiche delle prestazioni concretamente offerte.

Fig 15 Operatori per qualifica



3. i costi

L'unico dato che forniamo per questo settore è quello relativo alla stima delle spese di gestione dei singoli comprensori (tabella 32).

Tab 32 stima delle spese di gestione

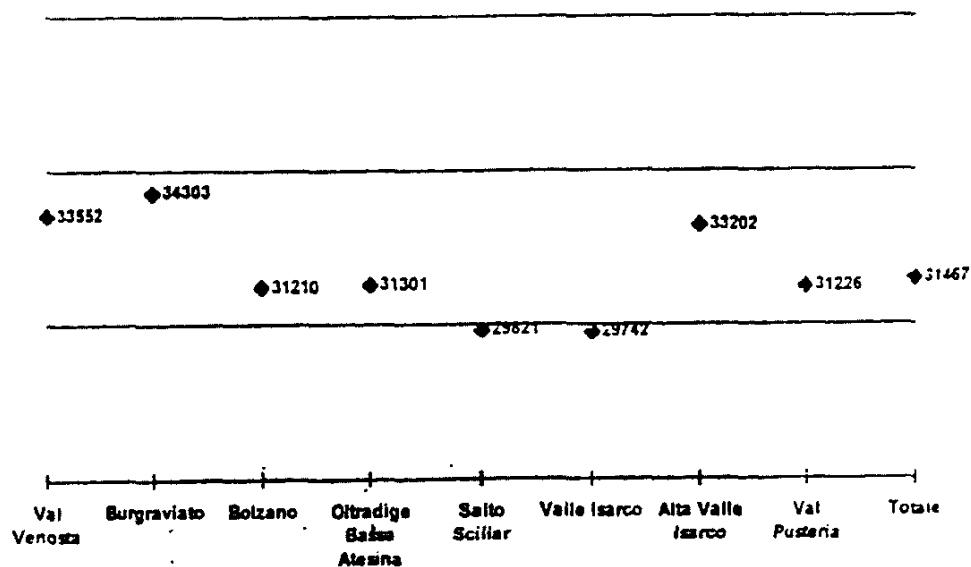
Comunità comprensoriale	spese di gestione	n.o assistiti	n.o personale	costo unitario per utente
-------------------------	-------------------	---------------	---------------	---------------------------

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Val Venosta	2.482.817	74	35	33.552
Burgraviato	3.533.170	103	63	34.303
Bolzano	5.430.571	174	102	31.210
Oltradige Bassa Atesina	1.940.664	62	33	31.301
Salto Sciliar	3.399.590	114	51	29.821
Valle Isarco	3.985.443	134	71	29.742
Wipptal	1.029.262	31	16	33.202
Pusteria	3.466.121	111	54	31.226
Totale	25.267.638	803	425	31.467

Nella figura 16 abbiamo riproposto i costi unitari per utenza che sono compresi in un range relativamente ampio: da un minimo di 29.742.000 ad un massimo di 34.303.000.

fig 16 costo medio per utenza



Capitolo Sesto

I consultori familiari

1 le strutture e gli utenti

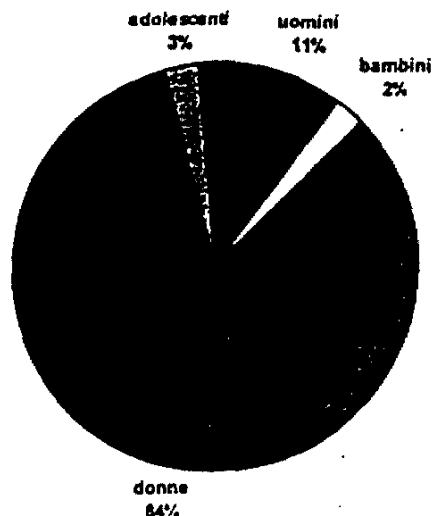
Dalla tabella 33 si può prima di tutto vedere la limitata diffusione sul territorio provinciale di questo tipo di strutture.

Tab 33 utenti per comprensorio, sesso e fascia d'età

Comunità Comprensoriale	donne	uomini	adolescenti	barbini	totale
Burgraviato					
Lilith	510	33	11	55	609
Bolzano					
A.I.E.D.	1155	22	47		1224
Consutorio Comunale	283	23	10		316
Mesocops	520	83	34		637
Ass.Alt. della Famiglia	1226	62	16	21	1325
Bolzano/Merano/Bressanone					
P.M. Kolbe	481	195	27	33	736
In tutti i comprensori					
Ehe- u. Erz Südtirol	636	243	20	35	934
Totale	4811	661	165	144	5781

Come si può vedere anche dalla figura 17, l'utenza è rappresentata soprattutto da donne

fig 17 utenza consultori familiari



Per l'utenza di sesso femminile è possibile fornire anche i dati relativi alla distribuzione per classi di età (tabella 34); purtroppo i criteri di aggregazione territoriale dei dati non consentono una stima nemmeno approssimativa del tasso di incidenza di questa utenza sulla popolazione generale; si può solo dire che le 4.574 utenti di età superiore ai 19 anni corrispondono al 3.34% delle 137.023 donne residenti in provincia di Bolzano incluse nella stessa fascia d'età.

Tab 34 utenza femminile per classi d'età

Comunità Comprensoriale	13 - 17	18 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	>49	totale
Burgraviato							
Libit	11	35	252	142	49	32	521
Bolzano							
A.I.E.D.	47	65	510	406	123	51	1202
Consultorio Comunale	10	17	85	57	56	68	293
Mesocops	28	31	188	130	100	69	546
Ass. Alt. della Famiglia	13	28	367	277	199	355	1239
Bolzano/Merano/Bressanone							
P.M. Kolbe	16	16	120	182	92	71	497
In tutti i comprensori							

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ehe- u. Erz. Südtirol	11	7	123	227	172	71	657
Totale	136	199	1645	1421	791	717	4955

2. le prestazioni

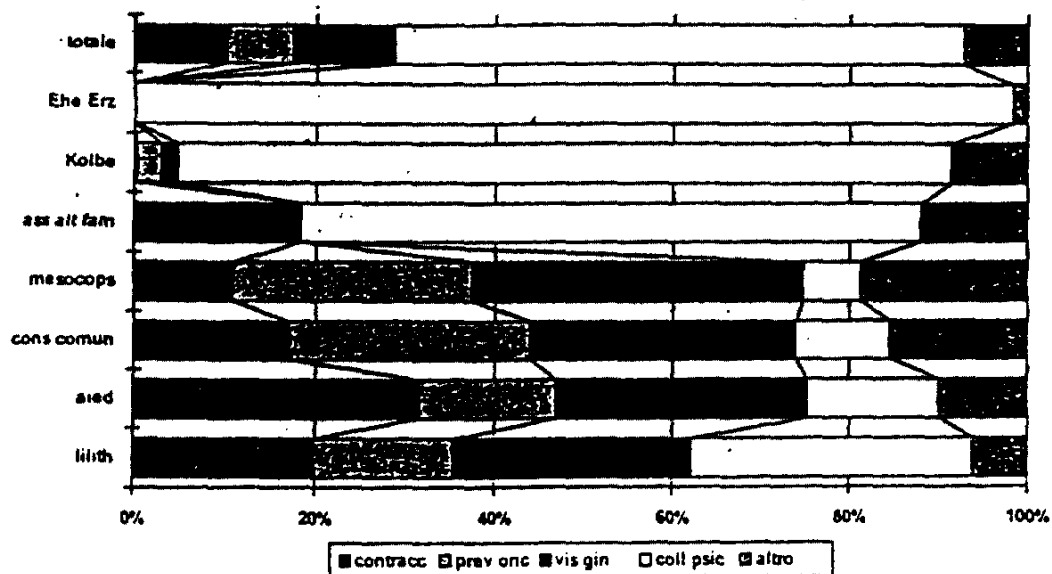
Nella tabella 35 è riportato il numero delle prestazioni fornite per tipo; ne risulta che mediamente ciascun utente ha usufruito di più di tre prestazioni, anche se ovviamente sarebbe necessario distinguere anche in questo caso l'utenza in base al sesso ed all'età per avere un'effettiva indicazione della numerosità di contatti che questo tipo di utenza ha con questo tipo di servizi.

Tab 35 numero e percentuale prestazioni per tipo

Comunità Comprensoriale	contracc.	prev.onco.	vis gin.	coll.psic	altro	totale
Burgraviato						
Lilth	314	247	422	503	96	1582
	19.8	15.6	26.7	31.8	6.1	100
Bolzano						
A I E D	1176	565	1052	550	370	3713
	31.7	15.2	28.3	14.8	10.0	100
Consulitorio Comunale	170	271	300	106	156	1003
	16.9	27.0	29.9	10.6	15.6	100
Mesocops	103	257	358	63	180	961
	10.7	26.7	37.3	6.6	18.7	100
Ass.Alt della Familia	132	0	0	504	87	723
	18.3			69.7	12.0	100
Bolzano/Merano/Bres sanone						
P.M. Kolbe	14	114	79	3722	366	4295
	0.3	2.7	1.8	86.7	8.5	100
In tutti i comprensori						
Ehe- u. Erz Südtirol	2	0	10	7007	112	7131
	0.0		0.1	98.3	1.6	100
Totale	1911	1454	2221	12455	1367	19408
	9.8	7.5	11.4	64.2	7.1	100

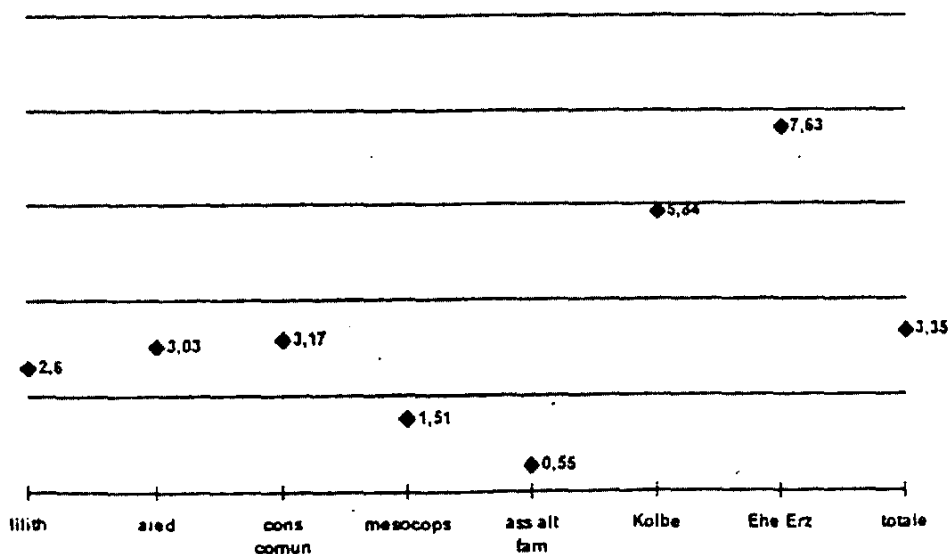
Quello che emerge comunque con grande chiarezza dalla tabella 35 e dalla figura 18 è che in realtà sotto la denominazione 'consulitorio familiare' sono raggruppati servizi che svolgono attività ampiamente diverse fra loro ed alcune delle quali (come i 'colloqui psicologici', la più consistente di tutte sul totale provinciale) sono probabilmente molto diversificate al loro interno sia per contenuto 'tecnico-professionale', che per finalità.

fig 18 percentuale prestazioni per tipo per struttura



Tornando al dato del numero medio di prestazioni per utente di ciascuna struttura, viene anche da sospettare che il criterio di classificazione e di registrazione delle prestazioni sia diverso da struttura a struttura, al di là del suo concreto contenuto (figura 19), quanto meno va chiarito il senso del dato relativo alla struttura che risulterebbe avere un numero di utenti superiore a quello delle prestazioni registrate

fig 19 numero medio prestazioni per utente



4. i costi

L'entità delle spese ed il contributo delle diverse fonti di finanziamento per la loro copertura sono indicati nella tabella 37, che riporta anche i costi unitari riferiti tanto all'utenza, quanto al numero di prestazioni.

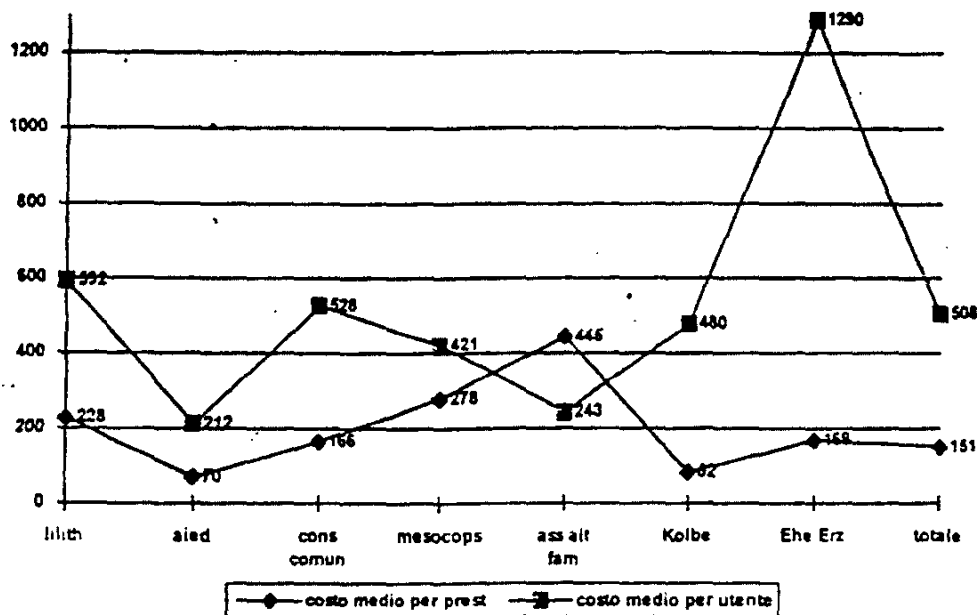
Tab 37 Costi per struttura, fonti di finanziamento, costi medi per utente e per prestazione

Comunità Comprensoriale/ENTE	costi	costo unit per prestaz	costo unit per utente	fonti di finanziamenti	
				Provincia	altri
Burgraviato					
Lilith	360.393	228	592	349.736	10.657
Bolzano					
A.I.E.D.	259.911	70	212	258.201	1.710
Consutorio Comunale	166.827	166	528	164.022	2.805
Mesocops	267.926	278	421	267.717	209
Ass. Alt. della Famiglia	321.496	445	243	318.918	2.578
Bolzano/Merano/Bres sanone					
P.M. Kolbe	353.359	82	480	337.400	15.959
In tutti i comprensori					
Ehc- u. Erz Sudtirol	1.205.090	169	1.290	1.094.458	110.632
Totale	2.935.002	151	508	2.790.452	144.550

La figura 20 illustra le differenze nei costi unitari per le singole strutture inserite nella tabella 37

XII LEGISLATURA -- DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI -- DOCUMENTI

Fig 20 costi medi per utente e per prestazione per struttura



Con i dati a nostra disposizione non sembra possibile superare la prima impressione di radicale eterogeneità delle strutture che operano in questo settore, ognuna con il proprio tipo di utenza, di operatori, di prestazioni, e quindi apparentemente anche di obiettivi istituzionali ed operativi e conseguentemente di costi, che evidentemente risentono del mix degli altri fattori.