

DOCUMENTAZIONI DI SERVIZIO SOCIALE

n. 30

**GLI ANZIANI: PREVENZIONE  
DELLA CRONICITÀ  
E INTERVENTI PER I NON AUTOSUFFICIENTI**

AA. VV.

# I N D I C E

PRESENTAZIONE . . . . .	Pag. 5
LE CAUSE CHE CONTRIBUISCONO A PRODURRE L'ANZIANO CRONICO	
ASPETTI PSICO-SOCIALI	
<b>Vodla Cremoncini e Patrizia Taccani Pagliari . . . . .</b>	» 11
ASPETTI MEDICI	
<b>Bruno Finzi . . . . .</b>	» 23
ORIENTAMENTI LEGISLATIVI RELATIVI ALLA PREVENZIONE DELLA CRONICITA'	
<b>Antonio Farrace . . . . .</b>	» 37
IL PIANO SANITARIO NAZIONALE. IL PROBLEMA DEGLI ANZIANI: PROSPETTIVE SECONDO LE INDICAZIONI DEL PIANO	
<b>Fortunato Marino . . . . .</b>	» 57
LINEE DI TENDENZA DEGLI INTERVENTI CHE RIDUCONO LA CRONICITA': PROBLEMI E PROSPETTIVE	
<b>Francesco Santanera - Lorenza Anfossi - Mariena Galetti Scassellati</b>	
DOCUMENTI DEI GRUPPI:	
I - CURA E RIABILITAZIONE, RAPPORTI FRA TERRITORIO, OSPEDALE, CASE DI RIPOSO . . . . .	» 95
II - PREVENZIONE DELLA EMARGINAZIONE E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO . . . . .	» 107
- elaborati del gruppo 2 . . . . .	» 107
- elaborati del gruppo 2 bis . . . . .	» 112
III - ASPETTI ISTITUZIONALI: COMPETENZE AMMINISTRATIVE DELLA SANITA' E DELL'ASSISTENZA . . . . .	» 116
IV - IPOTESI DI PROFILO PROFESSIONALE DI UN OPERATORE DI DISTRETTO: L'ASSISTENTE DOMICILIARE . . . . .	» 122

## PRESENTAZIONE

La Fondazione « E. Zancan » negli ultimi tre anni ha organizzato quattro seminari sui problemi degli anziani, in una prospettiva critica nei confronti dell'attuale cultura dell'anziano, della sua emarginazione dall'attività produttiva e dai ruoli sociali, dell'isolamento in cui è segregato quando perde la sua autosufficienza e diventa una persona spesso ammalata e in modo cronico.

1. L'immagine che la nostra cultura ha dell'anziano è di una persona che necessita di aiuto, di essere mantenuta in vita e, all'interno di un tessuto sociale, di essere stimolata all'attività e alla creatività; ha bisogno di interventi simili e analoghi per tutte le zone e per tutti gli anziani.

E' l'immagine di un uomo diminuito — il «vecchietto», la « nonnina » — svuotato di valore: è un vecchio bisognoso, inattivo, non capace di creare, ai cui bisogni si deve provvedere con l'assistenza, con i servizi di cui è oggetto più o meno passivo o attivato artificialmente con la « partecipazione » o con forme di pseudo-cultura e di pseudo-volontariato.

La vecchiaia viene definita e percepita come inevitabile perdita di capacità e quindi di valore; mentre la giovinezza, la forza, l'efficienza vengono percepiti come valori in sé.

Perciò si vuole proteggere il bambino dal vecchio, allontanando materialmente le loro esperienze, centrando sul bambino tutto l'interesse e relegando il vecchio alla marginalità.

La cultura della vecchiaia perciò la presenta come estranea, svaloriata, inutile, inopportuna.

I vecchi a poco a poco si trasformano in « poveri vecchi » di cui, al massimo, qualcuno si occuperà giusto per « assisterli ». Soprattutto in uno dei seminari è stata approfondita questa cultura e le motivazioni e le modalità per promuovere una cultura alternativa dell'anziano, in cui l'elemento fondante non è l'anziano, ma l'uomo, che conserva interamente il suo valore essenziale in tutte le fasi e in tutti i momenti della sua vita, che sono sì diversi, ma egualmente significativi, tanto quello della nascita quanto quello della morte.

Questi contenuti, approfonditi attraverso ricerche preparatorie e riflessioni dei partecipanti ai seminari sono stati presentati nella Documentazione n. 27 della collana Documentazioni di ser-

vizio sociale: « Anziani: cambiamento culturale della loro immagine », 1981 (v., in particolare, la relazione di P. Taccani).

2. Il secondo tema affrontato nei seminari della Fondazione è la emarginazione dell'anziano dell'attività produttiva quando ha invece ancora le capacità e le energie per esercitare un ruolo attivo nella società.

Quando affrontiamo il fenomeno della terza età, generalmente accettiamo senza reazioni e diamo per scontato che il cittadino lavoratore dipendente, giunto al pensionamento, venga estromesso dall'attività produttiva e perda di valore sociale: da quel momento non conta più.

Ma questa accezione dell'anziano e questa sua collocazione strutturale sono accettabili? Al di là delle diverse concezioni ideologiche, sono coerenti con i principi fondamentali della nostra Costituzione?

Noi ci siamo trovati di fronte a questo problema quando pensavamo di affrontare in un seminario il tema del volontariato degli anziani. A parte il valore che per se stesso può avere il volontariato, ci siamo accorti che c'era sotto un problema molto più profondo e che affrontarlo soltanto dall'angolazione del volontariato poteva significare coprirlo, camuffarlo e mistificarlo.

Il problema potrebbe essere presentato in questo modo: in un sistema economico sociale che pone come obiettivo e valore supremo il profitto, si instaura un meccanismo di questo genere a circuito chiuso: produzione → consumo → produzione. I due perni fondamentali del sistema sono la produzione e il consumo per il profitto.

L'anziano, prima che cessi di essere pienamente funzionale alla produzione, viene espulso con il pensionamento e perde il suo valore sociale.

Quando, perdendo poi gradatamente l'autosufficienza, diventa per i parenti e per la collettività una remora e un disturbo per un sistema di vita basato sul consumismo, viene emarginato e affidato ai servizi assistenziali in attesa di passare a quelli funerari.

Questo sistema economico-sociale influenza e determina la cultura che forma e trasmette dell'anziano una immagine senza valore, anzi una immagine ingrata, spiacevole, di peso, di disturbo, non certo desiderabile.

Il sistema economico poi e quello culturale influenzano e de-

terminano le leggi e le istituzioni che codificano e perpetuano il sistema e la cultura.

Trovandoci di fronte a questa ipotesi, abbiamo sentito la necessità di verificarne il fondamento, con l'aiuto di esperti, anche per definire la linea da scegliere di fronte al fenomeno stesso. Se questo meccanismo è reale, si tratta di una situazione fatale, inevitabile, o è possibile modificarla? E nel caso, con quali forze e con quali strategie?

Di qui il titolo del seminario, svolto nel 1980: « Terza età: emarginazione, riparazione, promozione sociale? ». Nella prima soluzione — « emarginazione » — si accettano il fenomeno e i suoi meccanismi così come sono; nella seconda — « riparazione » — si apportano alcuni aggiustamenti — ad esempio il volontariato degli anziani — ma senza toccare la logica del fenomeno; nella terza — « promozione sociale » — si propone un cambiamento radicale nel quale non sia l'uomo funzionale al sistema, ma viceversa.

Su questo tema però non siamo riusciti ad andare molto a fondo, anche per una insufficiente collaborazione degli esperti sindacali ai lavori del seminario.

Si è intravisto però anche all'interno del sindacato, sia in Italia sia in altre nazioni, la ricerca di forme organizzative del lavoro più flessibili che consentano spazi, impiego e utilizzazione delle risorse anche dell'età anziana.

3. Sempre in senso critico è stato affrontato in un seminario del 1981 il tema dei servizi per i non autosufficienti.

Dall'analisi degli esperti e dalla ricerca sulle esperienze dei partecipanti sono emerse alcune realtà e alcune indicazioni abbastanza rilevanti per l'impostazione delle politiche sociali e dei servizi sociali relativi agli anziani non autosufficienti.

- a) La netta sperequazione di opportunità fra anziani ricchi e anziani poveri.

« Va osservato — e questo aspetto è di fondamentale importanza — che gli anziani che hanno un ruolo sociale attivo, e pertanto piena libertà di scelta, non scelgono mai — finché sono autosufficienti — di vivere in case per vecchi, di andare in vacanza con i vecchi, di essere ospedalizzati con i vecchi, di passare il tempo libero con i vecchi, di frequentare le Università della terza età. Inoltre è noto che nessun ricco va a finire i suoi giorni negli squallidi cronichi dell'assistenza pubblica e privata.

Gli interventi chiamati assistenziali, in realtà di emarginazione,

prevedono per gli anziani, non liberi di scegliere, servizi e strutture che sono giusto l'opposto di servizi e strutture scelti dagli anziani liberi.

In sostanza, sempre con una grossolana schematizzazione, si può affermare che ci sono due gruppi di anziani:

- quelli che, cavandosela (bene o male) da soli o con l'aiuto dei propri familiari o in qualche caso con l'appoggio di amici e conoscenti, bene o male restano inseriti nella società;
- quelli che, privi o privati di un ruolo sociale attivo e spesso di sufficienti mezzi economici, vengono dalla società emarginati o anche segregati » (v. relazione F. Santanera, pagg. 73-82).

b) Quasi nessuno spazio è destinato né sul piano sociale, né su quello istituzionale, alla prevenzione.

Da notare che per gli anziani vi sono scarse provvidenze dirette a favorire la loro permanenza nel vivo del tessuto sociale. Spesso i livelli delle pensioni sono da fame.

Alloggi per anziani nelle normali case di abitazione sono costruiti in quantità ridicola e spesso di qualità scadente (ad esempio per la presenza di barriere architettoniche); nessun aiuto economico viene dato alle famiglie che accolgono anziani cronici; non esiste una assistenza domiciliare specifica per i cronici spedalizzati a domicilio.

E' sintomatico che, quando si organizzano manifestazioni, dibattiti, seminari sugli anziani, essi sono sempre e solo rivolti ai settori dell'assistenza, della sanità, delle pensioni: l'anziano è un povero e un malato.

Mai si sentono coinvolti sui problemi degli anziani gli organi di governo nazionale, regionale e locale preposti al lavoro, alla casa, alla cultura, all'economia, al tempo libero.

Va anche sottolineato che l'immagine dell'anziano delineata dai settori dell'assistenza e della sanità e dai mass-media è mai quella di vecchi vispi e attivi, ma di persone incapaci e passive. Il risultato è che non ci si preoccupa di che cosa fare perché gli anziani possano essere messi in condizione di decidere quel che a loro pare e piace: l'accento è sempre posto su come assistere meglio e come curare meglio i vecchi.

Di conseguenza, quando i servizi vengono impostati sempre secondo l'attuale modello culturale, si verifica da parte dell'anziano una tendenza a rafforzare in sé e negli altri la sua immagine negativa.

Ecco allora che si verifica la tendenza dell'anziano a porsi come soggetto passivo, bisognoso di cure, sempre meno capace di autonomia, isolato dagli altri e — nello stesso tempo — la tendenza si manifesta nella società con l'emarginazione dell'anziano di cui i servizi nelle loro varie forme (servizi aperti, case di riposo con criteri di razionalità e di rispondenza ai bisogni più evidenti) sono una delle espressioni.

- c) La perdita del diritto dell'anziano povero ad essere curato come ammalato quando diventa cronico; allora diventa non più ammalato, ma assistito: una Regione italiana ha inventato anche i « lungoassistiti ».

Come è noto, ovunque è violato il diritto dei cronici « poveri » al ricovero ospedaliero senza limiti di durata.

Non siamo certo favorevoli alla spedalizzazione degli anziani quando questo intervento non è necessario. Nei casi però in cui le cure non siano praticabili a domicilio o in ambulatorio, gli anziani, compresi i cronici, hanno diritto al ricovero ospedaliero.

Gli anziani cronici sono dimessi, spesso di forza e con ricatti vari dagli ospedali ed i parenti sono costretti a ricercare un posto presso gli istituti di assistenza, fra l'altro non abilitati a svolgere attività sanitarie, e a pagare di tasca propria rette spesso molto elevate.

- d) Quando non è realmente più possibile mantenere l'anziano nel suo normale ambiente di vita perché non è più autosufficiente, non può essere assistito a casa sua, non ha più un supporto della famiglia, sono stati prospettati servizi comunitari residenziali che dovrebbero conservare il più possibile l'anziano all'interno della sua comunità e facilitare i rapporti residui che può conservare.

La presente Documentazione contiene gli apporti più significativi, che talvolta esprimono tesi diverse, elaborati nel seminario del 1981 intorno a questa tematica; in questa presentazione ci è sembrato utile mettere in risalto, a volte riportandoli integralmente, a volte no, alcuni punti che riteniamo più incisivi contenuti nelle relazioni.

**LE CAUSE CHE CONTRIBUISCONO  
A PRODURRE L'ANZIANO CRONICO  
ASPETTI PSICO-SOCIALI**

**Vodia CREMONCINI**

**e Patrizia TACCANI PAGLIARI**

## PREMESSA

Obiettivo di questa prima relazione non è quello di fornire un'unica ottica, od un'ottica prevalente, con cui leggere il problema della « cronicità » nella vecchiaia (ma non solo), bensì di offrire spunti di riflessione su un complesso di « cause », di tipo culturale e di tipo strutturale, che contribuiscono all'affermarsi e all'aggravarsi di questo fenomeno.

Quindi i risultati di tale riflessione (pur partita da un livello teorico) potrebbero diventare alcuni fra gli strumenti attraverso cui capire anche la propria realtà quotidiana lavorativa e non, e fare da sfondo ad alcune strategie operative per attuare sia prevenzione sia interventi sulla cronicità stessa.

Utile ci sembra, prima di passare al primo punto che intendiamo svolgere, quello che indaga più specificatamente sul « tipo » di cultura a cui siamo socializzati, il premettere alcune considerazioni sul rapporto tra struttura economica e struttura culturale. In modo assai radicale Erich Fromm afferma che « la struttura socioeconomica di una società plasma il carattere sociale dei suoi membri in modo tale che essi *desiderano* fare ciò che *devono* fare »<sup>1</sup>. Tale posizione è d'altra parte sostenuta da sempre più numerose ricerche di carattere antropologico e psicosociale, che rilevano la profonda interrelazione tra la « cultura » intesa a grandi linee come interpretazione collettiva, ma anche individuale della realtà, e la struttura sociale complessiva, cioè il suo sistema economico, la posizione geografica, la situazione ecologica, ecc.

Ciò che ci preme sottolineare è la natura « circolare » del nesso che unisce tali ambiti, per cui modificazioni nell'uno provocano modificazioni nell'altro, e così via, in un intrecciarsi complesso, ma coerente di risultati. Non si tratta cioè di un processo che vada per vie parallele, ma di un unico percorso in cui ogni fenomeno non appare mai isolato, né destinato a restare senza ripercussioni, cioè senza risposta.

In questo senso ci sembra utile ricordare lo sforzo fatto dagli autori del testo « I limiti dello sviluppo »<sup>2</sup> in cui viene chiarita la necessità di « *visioni e approcci radicalmente nuovi* » per poter affrontare un mutamento della società intera, dal punto di vista economico, politico e sociale.

---

<sup>1</sup> FROMM E., *Avere o essere?*, Arnoldo Mondadori editore, Milano, 1980, pag. 176.

<sup>2</sup> MIT, *I limiti dello sviluppo*, Edizioni scientifiche e tecniche Mondadori, Milano, 1974.

Un esempio molto vicino all'esperienza di tutti può forse cercare di chiarire ulteriormente questo concetto di « circolarità ».

Il fenomeno della creazione e dell'espansione delle istituzioni chiuse, da una parte rispondeva e risponde, ad una richiesta della struttura socio-economica (eliminare i non-produttivi), d'altro canto influisce sul formarsi di una « cultura » emarginante che aumenta la richiesta di interventi sempre più specializzati, sempre più chiusi.

Fatta questa premessa passiamo ai tre punti su cui intendiamo svolgere il tema.

#### CULTURA DELL'ESSERE E CULTURA DELL'AVERE

La socializzazione, sin dalla primissima infanzia, oggi si ha nei confronti dei valori culturali dell'« avere » rispetto a quelli dell'« essere ».

Sempre di più l'identità propria, e degli altri, appare in forza di ciò che si ha. Perde importanza l'uso che se ne fa, che se ne potrebbe fare, l'utilità per sé e ancor più per gli altri.

Scrivendo Erich Fromm su questo tema: « Secondo questa modalità esistenziale, null'altro conta se non la mia acquisizione di proprietà e il mio illimitato diritto di conservare quanto ho acquisito. La modalità dell'avere ne esclude altre: essa non richiede sforzi da parte mia per conservare quanto già ho o farne un uso produttivo »<sup>3</sup>.

A nostro parere questo concetto si estende ben oltre le « cose ». La modalità dell'avere entra nella sfera delle capacità personali, che vengono quindi « misurate », « pesate », « valutate » come se fossero oggetti.

« Avere » intelligenza, forza, bellezza, memoria, rendimento, avere tutta una serie di capacità: la preoccupazione dei luoghi primari della socializzazione del bambino è quella di individuare il peso di questi « valori », di metterli a confronto con quelli degli altri, di farne delle graduatorie, inevitabilmente di mettere a margine coloro che risultano meno provvisti di queste « cose ».

Il massimo della cultura dell'avere viene raggiunto, in questo campo, dall'ideologia della ereditarietà allo stato puro: si nasce con il proprio « corredo », « bagaglio » di attributi, di cose, ed alla società non resta che prenderne atto.

Così come si dirà, per la vecchiaia, che « si perdono » tutte

---

<sup>3</sup> FROMM E., *op. cit.*, pag. 106.

queste capacità, attributi (ancora una volta divenuti oggetti) e si fa di tutto per sottolineare la naturalità di questo processo.

Sul cosiddetto « decadimento psichico e mutamento di personalità, nonché perdita di capacità di apprendimento » nella vecchiaia, personalmente concordiamo con la tesi che afferma che « il comportamento dell'uomo che invecchia non può essere ricondotto ad una serie di funzioni elementari, ma deve essere esaminato nel suo complesso, in relazione all'ambiente in cui l'uomo vive e alle prestazioni che questo ambiente richiede »<sup>4</sup>.

Così pure si può sostenere ragionevolmente che « la variabile età appare soltanto come uno dei tanti fattori che concorrono a determinare il rendimento intellettuale nella senescenza ».

Infatti si hanno quotidianamente davanti agli occhi le differenze abissali create dalle condizioni di vita, a tutte le età, ad iniziare dalla formazione biologica sino al suo termine.

Se la modalità esistenziale dell'*avere* è quella sommariamente descritta, quale la modalità dell'*essere*?

Da un lato viene spontaneo dire che essa è tutto ciò che non contraddistingue la prima, ma ciò che la caratterizza, detto con le parole di Fromm, è « il bisogno insopprimibile di superare il proprio isolamento mediante l'unione con gli altri ».

La cultura dell'*essere* si basa quindi su valori costruttivi, comunitari, di reale socialità, di lungimiranza, di rispetto per le generazioni presenti e future; essa va oltre il presente e non è più feroceamente determinata dalla dimensione temporale che scandisce ogni atto all'interno della società industrializzata.

Questa cultura quindi, per dirla con uno dei più grandi studiosi dell'uomo e della natura, Gregory Bateson, ci porta ad una modificazione profonda delle « idee che dominano oggi la nostra civiltà e che risalgono nella loro forma più virulenta alla rivoluzione industriale... »

- a) noi *contro* l'ambiente
- b) noi *contro* altri uomini
- c) è il singolo (o la singola compagnia, o la singola nazione) che conta
- d) *possiamo* avere un controllo unilaterale sull'ambiente e dobbiamo sforzarci di raggiungerlo
- e) viviamo all'interno di una "frontiera" che si espande all'infinito

---

<sup>4</sup> CESA - BIANCHI M. (a cura di), *Psicologia della senescenza*, Franco Angeli editore, Milano, 1978.

- f) il determinismo economico è cosa ovvia e sensata  
 g) la tecnica ci permetterà di attuarlo ».

Bateson ci ricorda molto saggiamente che « la nostra non è l'unica maniera di essere uomini: è concepibile che la si possa cambiare »<sup>5</sup>.

Questo mutamento di tipo culturale non potrà non avere profonde ripercussioni anche sul modo di affrontare la « cronicità ».

In una società la cui cultura privilegi la dimensione dell'essere, e quindi l'attenzione alla qualità della vita, ai rapporti di solidarietà, allo sviluppo delle possibilità di ciascuno da qualunque livello partano, uno degli obiettivi concreti e primari sarà la messa in atto di strategie per la prevenzione.

Non solo, ma il mutamento culturale si rifletterà necessariamente lungo tutto l'arco dell'esistenza dell'individuo, e toccherà quindi anche la vecchiaia.

Essa non potrà più essere sinonimo di inutilità (perdita di ciò che si aveva), di inefficienza (perdita di capacità produttive), di malattia (attesa più o meno lunga della morte), di marginalità (perdita di un qualunque significato sociale).

A questo punto sorge legittimo il quesito: che cosa fare? Nell'ultimo capitolo del suo libro già più volte citato, Erich Fromm elenca una serie di condizioni (alcune delle quali molto simili a quelle definite da Gregory Bateson) che dovrebbero costituire gli obiettivi di una società che vuole rinnovarsi.

Ci sembra particolarmente lucida la sintesi che segue: « L'obiettivo non è quello di esercitare il controllo sulla natura, bensì sulla tecnica e le forze e le istituzioni sociali irrazionali che minacciano l'esistenza della società occidentale, se non dell'intera specie umana »<sup>6</sup>.

#### CULTURA E SCIENZA MEDICA

Quanto detto da Erich Fromm se vale per tutti i settori della scienza e della tecnica, vale in particolare, sul problema della cronicità, per il settore della medicina.

Sempre più spesso, parlando della scienza medica e di strutture sanitarie, crediamo si possa parlare di quelle « istituzioni irrazionali » che Fromm segnala tra i bersagli da colpire attraverso una cultura « nuova ».

<sup>5</sup> BATESON G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.

<sup>6</sup> FROMM E., *op. cit.*, pag. 277.

« La società — scrive Ivan Illich — ha trasferito ai medici il diritto esclusivo di stabilire che cosa è malattia, chi è o può diventare malato e che cosa occorre fargli »<sup>7</sup>.

Questo, se è vero per tutti, ci sembra particolarmente reale e quotidiano quando si parla di vecchi.

Una ricerca esplorativa, sia pure modesta, condotta lo scorso anno presso la Scuola per Operatori Sociali del Comune di Milano<sup>8</sup> portava fra le conclusioni quella di essersi trovati di fronte « non solo ad un problema di carenza di interventi, ma anche ad un disimpegno complessivo a livello di politica socio-sanitaria per il superamento dello stereotipo "vecchiaia-malattia" ». Emblematica fra tante altre era sembrata la testimonianza di un vecchio: « Il medico mi aveva detto, in modo maleducato, che per curare la mia malattia non ci vogliono né pastiglie né iniezioni ma 30 anni in meno. E io che ci posso fare? ».

Se questo è un interrogativo che, insieme ai vecchi, ciascun operatore, medico e non, si vuole porre, ci pare che elemento di riflessione per una risposta possano essere le seguenti considerazioni sulla « salute » fatte da Illich:

« "salute" dopo tutto è semplicemente una parola del linguaggio quotidiano la quale designa l'intensità con cui gli individui riescono a tenere testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali... Almeno in parte, la salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente, e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specialmente nei più deboli, la fiducia in se stessi, l'autonomia e la dignità<sup>9</sup>. Di conseguenza la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile. Il livello della salute non può che calare quando la sopravvivenza viene a dipendere oltre una certa misura dalla regolazione eteronoma (cioè diretta da altri) della omeostasi dell'organismo. Oltre una certa intensità critica la tutela istituzionale della salute — qualunque forma assuma, preventiva, curativa, o ambientale — equivale a una negazione sistematica della salute »<sup>10</sup>.

Le riflessioni di Illich sono via via ampliate e documentate nei diversi capitoli del testo che abbiamo più volte citato. Ma

<sup>7</sup> ILLICH I., *Nemesi medica - L'espropriazione della salute*, Mondadori Editore, Milano, 1977, pag. 12.

<sup>8</sup> DELL'ORTO F., TACCANI P., TAMBURINI A., *L'anziano ammalato a casa, in ospedale, in cronico: una ricerca esplorativa*, in « La Rivista di Servizio Sociale », n. 1, 1981, pp. 44-46.

<sup>9</sup> Viene spontaneo, a questo punto, ripensare alla cultura dell'essere contrapposta a quella dell'avere.

<sup>10</sup> ILLICH I., *op. cit.*, p. 13.

anche considerandole isolatamente, come qui non possiamo che fare, ci riportano nuovamente a porci il problema di questa nostra « cultura » così profondamente dominata dalla dimensione dell'aver, del successo tecnologico, dell'illimitata espansione scientifica, da permeare anche il sapere medico sino a renderlo una ulteriore conquista « dell'uomo contro l'uomo ».

La medicina, dunque, dovrebbe proprio rendersi consapevole dei limiti oltre ai quali non può andare; restituire alla collettività la responsabilità di gestire il benessere dei propri membri e la possibilità di aumentare i livelli di tolleranza del disagio e del dolore senza ricorrere alla struttura sanitaria, fonte non solo di dipendenza, ma spesso così come oggi è gestita, di ulteriori disagi sia fisici che psicologici.

Come è vero che « quando ogni sofferenza viene " ospitalizzata " le case divengono inospitali per le nascite, le malattie e le morti! »<sup>11</sup>.

Cultura dell'essere contrapposta a cultura dell'aver; riappropriazione della propria salute e della propria malattia in contrapposizione alla delega incondizionata al tecnico, responsabilità individuale e collettiva della creazione e del mantenimento del benessere e quindi anche potenziamento dei rapporti di solidarietà in contrapposizione all'illusorietà che ciò sia compito dei servizi sempre più espansi e sempre più specializzati.

Quale rapporto ha tutto ciò con la cronicità?

A nostro parere imboccare in modo concreto questa strada può significare diminuzione reale del rischio della cronicità, e quindi inizio della prevenzione.

E' probabile che questo processo, anche una volta innescato, chieda tempi lunghi; è anche vero che non basta agire sul piano culturale più ampio e sulla cultura medico-scientifica; occorre anche tenere presenti altre cause, quelle legate alla struttura socio-economica.

E quindi veniamo ad affrontare il terzo punto che non vediamo certo isolato rispetto agli altri già trattati.

#### TENDENZE DELLA STRUTTURA ECONOMICA

Alla luce di quanto si è messo in risalto nella premessa riguardo al nesso fra la struttura socio-economica e la « cultura », ci sembra utile non tanto esaminare le cause di tipo strutturale che incidono sulla cronicità, ma cogliere alcune tendenze che possono ampliare l'analisi e il confronto.

---

<sup>11</sup> ILLICH I., *op. cit.*, p. 49.

Pensiamo che possiamo essere d'accordo con Townsend<sup>12</sup> sul fatto che mentre nella nostra società si stanno adottando delle misure in cui si concretizzano le nostre preoccupazioni nei confronti delle quote più anziane della popolazione e dei « cronici », esistono delle tendenze di tipo economico, professionale e burocratico che oggi, più che mai, neutralizzano spietatamente tutti gli sforzi portati avanti per migliorare le condizioni e lo stato degli anziani stessi.

Considerando il particolare rilievo dato, in ugual misura dalle società capitalistiche e da quelle socialiste, alla produttività industriale e all'avanzamento tecnologico e scientifico, ci si spiega la creazione di una « povertà di massa » fra gli anziani. Il fenomeno non è né statico né omogeneo nei diversi ambiti territoriali: le situazioni infatti risultano discriminatorie a favore degli uomini rispetto alle donne, dei pensionati più giovani rispetto a quelli più vecchi, di coloro che hanno avuto un lavoro dipendente continuo nei confronti di coloro invece che ne hanno avuto uno discontinuo, degli stipendiati piuttosto che dei salariati, dei lavoratori qualificati piuttosto che di quelli non qualificati. Le disuguaglianze sociali degli anziani riflettono cioè le disuguaglianze della società. Con l'imposizione in più, tuttavia, di uno status agli anziani che si potrebbe definire di « sottoclasse ».

Ci sono due processi che possono spiegare la diffusione della povertà fra gli anziani.

- a) Prima di tutto c'è una povertà associata con la struttura di classe. In ogni società la gerarchia occupazionale assume una forma particolare e le entrate, le ricchezze, i benefici in genere sono associati a differenti livelli di tale gerarchia. Così gli standard di vita degli anziani sono in linea con i mezzi finanziari a cui hanno avuto accesso nel corso della loro carriera lavorativa.
- b) In secondo luogo c'è il problema della limitatezza degli schemi assistenziali idonei, oltre che la mancata protezione di alcune forme di pensionamento contro gli elevati tassi di inflazione. Tutti coloro che sono in pensione da alcuni anni sono particolarmente vulnerabili. Alcuni ex lavoratori dipendenti sia generici che specializzati sono addirittura ridotti in povertà. Mentre il possesso dei beni, la disponibilità di risparmi e certi schemi di pensionamento impediscono agli appartenenti ai ceti professionali elevati di cadere in povertà. Cionono-

---

<sup>12</sup> TOWNSEND P., *Condizione degli anziani nella società industriale*, in « La condizione anziana oggi », Franco Angeli, Milano, 1979.

stante molti anziani, anche se appartenenti a diversi ceti sociali, finiscono — con il tempo — con il discendere a standard di vita tra loro abbastanza uniformi, salvo una minoranza di anziani ricchi che continuano nel tempo a godere di livelli di vita veramente elevati.

Un'altra serie di cause strutturali sono legate a:

- squilibri territoriali
- pianificazione urbanistica
- divergenze tra bisogni sociali indotti dall'urbanesimo e l'orientamento della produzione edilizia
- funzione assunta dal ciclo edilizio all'interno del ciclo economico
- dinamiche urbane regolate dalla rendita che polarizza e seleziona l'uso del suolo modificando profondamente la morfologia urbana
- canoni d'affitto
- ruolo che i servizi assumono nell'organizzazione sociale interagendo anche per la loro forma, qualità, quantità e localizzazione con il sistema economico e con l'assetto del territorio.

In questa realtà non è solo grave la situazione degli anziani, soprattutto cronici, che sono più sottoposti degli altri agli effetti di tali meccanismi, ma il rilievo stesso che assume il fenomeno dell'invecchiamento deriva — più che dai caratteri definibili in relazione alla nuova dimensione sociale rappresentata dal grande numero di anziani — dalle manifestazioni territoriali disomogenee dei processi demografici e delle strozzature del sistema produttivo.

Gli effetti prodotti dall'urbanesimo sostanziato dalle forme squilibrate di sviluppo hanno inciso in modo decisivo sugli assetti sia territoriali che demografici; così come l'invecchiamento della popolazione si proietta sulla realtà territoriale rispetto alla quale costituisce un elemento di ulteriori tensioni e si prospetta come uno dei nodi fondamentali del modello di sviluppo<sup>13</sup>.

A partire da questa realtà sembra necessario, anziché percorrere l'ipotesi di interventi specifici e settoriali, ricomporre gli aspetti emergenti della « questione anziani » e della « cronicità » all'interno dei più vasti processi di trasformazione della struttura sociale, come momenti significativi che richiamano l'urgenza di un ribaltamento dei modelli di programmazione e dei presupposti politico-culturali che ne sono alla base.

---

<sup>13</sup> GATTESCHI G., *Servizi socio-sanitari e difesa degli anziani*, La Nuova Italia scientifica, Roma, 1980.

## BIBLIOGRAFIA

- BATESON G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.
- CESA-BIANCHI M., (a cura di), *Psicologia della senescenza*, Franco Angeli, editore, Milano, 1978.
- DELL'ORTO F., TACCANI P., TAMBURINI A., *L'anziano ammalato a casa, in ospedale, in cronicario: una ricerca esplorativa*, in «La Rivista di Servizio Sociale» n. 1, 1981.
- FROMM E., *Avere o essere?*, Arnoldo Mondadori editore, Milano, 1980.
- GATTESCHI D., (a cura di), *Servizi socio-sanitari e difesa degli anziani*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1980.
- GUIDICINI D., (a cura di), *La condizione anziana oggi*, Franco Angeli ed., Milano, 1979.
- ILLICH I., *Nemesi medica - L'espropriazione della salute*, Arnoldo Mondadori ed., Milano, 1977.
- LEHR U., *Psicologia degli anziani*, SEI edizioni, Torino, 1979.

**LE CAUSE CHE CONTRIBUISCONO  
A PRODURRE L'ANZIANO CRONICO  
ASPETTI MEDICI**

**Bruno FINZI**

Prima di affrontare il tema che mi è stato affidato ritengo necessario dare alcune definizioni.

La parola *cronico* che ha assunto negli ultimi tempi un significato quasi di incurabile e una accezione non priva di alcuni significati addirittura offensivi o dispregiativi, ha in medicina un significato ben preciso: si intende per malattia cronica una malattia ad insorgenza subdola e a decorso protratto in cui tutti i sintomi sono attenuati, la guarigione lunga e difficile e talora impossibile. Esempio tipico è il diabete.

Ciò in contrapposizione alla malattia acuta in cui l'insorgenza è improvvisa, i sintomi sono molto evidenti, il decorso breve seguito dalla guarigione o dalla morte.

Qui l'esempio tipico può essere la polmonite. Tra l'una e l'altra forma si pongono malattie che vengono dette subacute.

Da oltre dieci anni si è voluta sostituire la parola *cronico*, che aveva assunto significato dispregiativo, con il termine *lungodegente*. Questo termine è stato adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e suona in inglese « Long term sick ».

Vengono distinti « Long term sick potentially remediable » e « Long term sick irremediable ». In italiano *lungodegenti recuperabili* e non recuperabili.

Ma veniamo alla definizione quale si trova nel rapporto della commissione per lo studio dei problemi geriatrici nominata dal Ministero della Sanità nel 1968.

Sono *lungodegenti* (geriatrici) quei pazienti che, dopo il trattamento iniziale, necessitano ancora di cure ospedaliere poiché il loro recupero funzionale è soltanto parziale ed incostante. Sono quindi malati in cui non esistono più quesiti diagnostici ma molti e di grande impegno sono invece i problemi terapeutici.

I reparti sono quindi reparti di terapia intensiva tali da condurre a quel fine ultimo di reinserire il malato nella famiglia e nella vita che solo se venga a mancare in un ragionevole periodo di tempo può giustificare di considerarli *lungodegenti non recuperabili*.

Sono questi (i *lungodegenti non recuperabili*) quelli che necessitano di cure e di assistenza e per i quali è stata tentata senza successo ogni possibilità di riportarli ad autosufficienza funzionale anche se di minimo grado.

Non si può fissare e non è valido il criterio cronologico (un paziente è non recuperabile dopo un mese o quaranta giorni, ecc.) è valida invece la nostra coscienza di avere fatto tutto il possibile in campo terapeutico e riabilitativo e l'aver constatato che, nonostante questo, non vi sono modificazioni nello stato del paziente.

E' chiaro quindi che questa definizione corrisponde a quelli che un tempo si chiamavano cronici e questo termine è ancora usato nella citata relazione della commissione per lo studio dei problemi geriatrici istituita dal Ministero della Sanità nel 1968. Si è voluto evidentemente evitare il termine di « cronico » perché è parso brutto e collegato a ricordi di vecchi e tristi e brutti ospizi e cronici.

Questa di cambiare i nomi è infatti una preoccupazione molto viva e sentita tra noi. A questo proposito è molto dimostrativa una circolare del Ministero degli Interni pure del 1968 su « l'ammodernamento della denominazione » degli istituti che abbiano intitolazioni antiche e superate come mendicicomicio, ospizio o simili. « Bisogna pervenire » dice questa circolare (vedi Gaetano Scardocchia sul "Giorno" del 25 gennaio 1974) « ad una indicazione che non sia mortificante per la sensibilità degli assistiti e meglio si addica ai moderni principi dell'assistenza sociale, quale quella di "Casa di riposo" seguita eventualmente da altri nomi come per esempio quello del santo protettore o, se richiesto espressamente negli atti di fondazione, dal nome del fondatore e delle persone che questo abbia designato per onorarne la memoria ».

Niente più quindi « ospizi dei poveri schifosi » o simili, ma il cambiamento di nome corrisponderà sempre a un cambiamento di sostanza e di struttura?

Per tornare alla parola cronici questa è scomparsa dalla legge 132, sostituita dal termine lungodegenti; è rimasta però negli articoli 29 e 62 (volutamente o per dimenticanza?).

La regione Veneto a sua volta ha dato una sua definizione di cronico. E' un malato cronico quello che « non può più guarire, ha sempre bisogno di cure, ha perso l'autosufficienza ».

Da quanto sopra deriva che i cronici, intesi come malati di una malattia cronica non sono sempre lungodegenti; qualche volta non sono degenti affatto.

Se riprendiamo l'esempio del diabetico, è evidente che questo è un malato cronico che può benissimo rimanere in famiglia ed essere trattato ambulatoriamente, sempre che non sopravvengano complicazioni che ne richiedano il ricovero.

In tal caso però sarà un malato acuto.

Se fino a pochi anni fa la geriatria rimaneva legata, come del resto la medicina in generale, al fine tradizionale del ricovero e della cura, a dire il vero più del ricovero (e quale ricovero!), attualmente anche in seguito all'affermazione dell'O.M.S. e delle varie costituzioni e leggi sanitarie, « del diritto di mantenere e conseguire la salute, intesa come benessere fisico, psichico e so-

ciale » (Stigliano) si tende a sottolineare *l'importanza della prevenzione*.

A dire il vero, se se ne parla molto, lo si fa spesso in modo distorto; infatti i politici si sono impadroniti dell'argomento e lo sbandierano, contrapponendo la prevenzione alla medicina tradizionale come se, specialmente nel caso della geriatria, non fosse assai difficile distinguere quelle che sono due fasi di un unico processo: il mantenimento appunto o il ristabilimento della salute. Certo per conseguire questi scopi la geriatria non deve essere una semplice medicina per gli anziani, intesi solo come persone che hanno superato i 65 anni, ma deve essere intesa come una disciplina rivolta al trattamento globale della persona anziana per sua natura soggetta spesso a polipatologia e al pericolo dell'invalidità.

Più che disquisire teoricamente di prevenzione, primaria, secondaria e terziaria, concetti che male si applicano all'anziano, per il quale, nella realtà, l'intervento, come dicono da tempo gli autori inglesi, deve essere appunto globale e cioè preventivo-curativo-riabilitativo, credo sia più utile, da geriatra pratico quale io sono, affrontare direttamente i quadri morbosi più frequenti in geriatria e cercare di stabilire se e quanto di preventivo possa essere fatto.

Ribadisco però quanto appena affermato con un episodio tipico: se la terapia dell'ipertensione e delle alterazioni vascolari cerebrali può essere considerata prevenzione dell'ictus, è evidente che la cura e la riabilitazione precoce possono essere considerate prevenzione della cronicità, finalità che, come da più anni vado ripetendo, mi pare uno dei fini principali della geriatria.

Prenderò quindi in considerazione brevemente quelle che, secondo un rapporto dell'O.M.S. del 1974, citato da Vetere, sono *le malattie più diffuse nell'età avanzata* e cioè: « malattie cardio-vascolari, malattie dell'apparato locomotore, turbe mentali, sordità, cecità e cause accidentali che provocano invalidità ». A queste la mia esperienza mi suggerisce di aggiungere, almeno per quanto riguarda Venezia, la cirrosi epatica, le forme croniche dell'apparato respiratorio e le infezioni croniche delle vie urinarie.

*I fattori di rischio nelle malattie cerebro-vascolari e coronariche* sono fra i più studiati. Anche in ricerche in partenza non geriatriche come quella ben nota di Framingham, molta parte della popolazione ad un certo punto ha superato i 65 anni. Più della metà dei decessi sono di origine vascolare. A Baltimora 21 per cento di persone sopra i 65 anni muoiono di accidenti cerebro-vascolari.

I fattori di rischio individuati sono: l'ipertensione, le turbe da lipidi, il fumo di tabacco, lo stress. La prevenzione dovrebbe quindi tenere conto di questi diversi punti. Si è sostenuto fino a poco

tempo fa che l'attività fisica fosse un fattore importante di prevenzione: questo pare attualmente essere messo in dubbio.

Una dieta bene equilibrata con diminuito apporto lipidico e glucidico e aumento di quello proteico è senza dubbio importante; l'alcool e il caffè dopo i 65 anni sembrano avere un'importanza minore.

L'aumento dei *tumori maligni* con l'età viene attribuito in parte alla diminuzione di difese immunitarie e all'accumulo di errori di informazione, ma è indubitabile che fattori ambientali e accumulo di sostanze cancerogene hanno un ruolo importantissimo: questo sposta il problema della prevenzione a monte nell'età lavorativa e ai problemi dell'inquinamento e di certe sofisticazioni alimentari.

Sta di fatto che — probabilmente a causa dell'accumularsi negli anni di questi fattori — « nei paesi dove funzionano registri di tumori, la prevalenza per 100.000 anziani fra i 65 e i 74 anni va da 700 a più di 1000 » (Vetere). La prevenzione per quel che riguarda l'ambiente e le sostanze alimentari, in particolare certi additivi e coloranti, è problema ampiamente discusso e si può sperare arrivi a qualche pratica soluzione.

Tra le *malattie dell'apparato locomotore* ricorderemo le fratture, l'artrosi e l'osteoporosi.

La frequenza di *fratture*, maggiore nelle donne che negli uomini è dovuta per il 90 per cento a cadute. I fattori in gioco sono: le barriere architettoniche (gradini inutili, pavimenti troppo lucidi, cattiva illuminazione, mancanza di corrimani, letti troppo alti, ecc.) per le quali nonostante la legge 118 del 1971 e il D.P.R. del 27 aprile 1978 che ne detta le norme di applicazione, ben poco viene fatto. E' recente il rilievo rivolto alle stazioni della nuova linea della metropolitana di Roma dove mancano completamente gli ascensori.

La prevalenza delle fratture nel sesso femminile può essere spiegata in parte perché le donne vivono più a lungo, in parte perché la fragilità delle loro ossa è molto maggiore: il fattore che causa questo fatto è l'osteoporosi, notoriamente forma diffusissima dopo la menopausa.

Secondo Hugonot e Dubos che hanno studiato questo fenomeno nei ricoveri in ospedale, l'età più colpita è situata fra 70 e 95 anni e « l'accelerazione della curva fra 70 e 75 anni è particolarmente netta ». Se la terapia dell'osteoporosi ha segnato indubbiamente negli ultimi anni un grande progresso con l'uso della calcitonina, degli estrogeni e degli anabolizzanti, questo può essere un altro esempio in cui la cura di una malattia può rappresentare la prevenzione di un'altra.

Ma nel campo dei traumi un posto a parte molto pesante è rappresentato dagli incidenti stradali: come dice giustamente Vetere « il fatto che muoiano per incidenti stradali 41 persone fra i 64 e i 75 anni e 50 al di sopra dei 75 e che nella maggioranza si tratti di pedoni è piuttosto grave, e sta *ad abundantiam* a testimoniare la mancanza di educazione stradale da parte degli automobilisti. Infatti negli Stati Uniti, dove « è abitudine istintiva di lasciar passare il pedone » (ma vi sono anche molti volontari che accompagnano gli anziani nell'attraversamento) i quozienti sono attorno ai 22 e 30.

Naturalmente su questi incidenti giocano notevolmente anche i deficit sensoriali e le capacità reattive: sui problemi dell'udito e della vista torneremo tra poco. E' evidente però che una buona educazione sia degli automobilisti che dei pedoni va considerata fattore di prevenzione importantissimo e, come tale, incrementata il più possibile. In molti paesi civili vi sono anche volontari che aiutano gli anziani pedoni ad attraversare la strada.

Voglio ancora ricordare qui come molte cadute riconoscano una causa jatrogena, eccesso di sedativi, di certi ipotensivi, di diuretici che impoveriscono di potassio, ecc.

Sull'*artrosi* e le *malattie così dette reumatiche* che sopra i 60 anni colpiscono una gran parte della popolazione (82 per cento secondo Ciocci!) non si sa quanto fattori climatici, ambientali, lavorativi abbiano influenza. Ho recentemente sottolineato in altra sede la grande facilità di errori diagnostici che si compiono in questo campo, scambiando per « artrosi » dolori sintomatici di malattie diverse come colecistopatie, nefropatie, neoplasie polmonari, ecc. In questo caso, più che di prevenzione potremo parlare di *dépistage*, ma evidentemente questo non sarà meno importante.

Per quanto riguarda le *turbe mentali* ho altre volte attirato l'attenzione sul fatto che molto spesso vengono etichettate di « demenza senile » persone che in realtà presentano stati confusionali sintomatici e comunque potenzialmente curabili. Li riassumo ancora una volta in una tabella (da « Acta Gerontologica » vol. XXIX - fasc. 1° - 1979).

#### *Stati di confusione mentale sintomatici:*

Infezioni	Specialmente forme polmonari e delle vie urinarie (pieliti)
Ipossia cerebrale	Da scompenso di cuore, da grave anemia, da scompenso respiratorio

Ischemia cerebrale	Low perfusion syndrome, embolia, ictus senza compromissione della corteccia motoria, forma multi-infartuale
Ematoma sottodurale	
Meningite	
Morbo di Parkinson	
Tumore cerebrale primitivo o metastatico	
Epilessia	
Alterazioni metaboliche	Diabete, ipoglicemia, ipopotassiemia, disidratazione o intossicazione da acqua, mixedema
Deficienze alimentari	Pellagra, scorbuto, deficienze di vitamina B12
Cause jatrogene	Barbiturici e sedativi in genere, digitale, L-dopa, ipotensivi, ecc.
Altre cause tossiche esogene	Alcoolismo, ecc.
Cause ambientali e sociali	Morte del coniuge o altri lutti, disgrazie gravi, cambiamento improvviso di ambiente (ricovero)
Forme depressive pseudo - demenziali	
Idrocefalo a pressione normale.	

E' evidente come anche in questo caso la situazione diagnostico-curativa-preventiva-riabilitativa sia inscindibile, trattandosi di diagnosticare esattamente forme curabili, di curarle quando è il caso con cure mediche, quando occorra con interventi chirurgici, dopo i quali è spesso necessaria una riabilitazione. Il momento preventivo consiste nel non mandare il malato in strutture inadatte (psichiatriche, cronicario) e non lasciarlo cronicizzare.

Esistono naturalmente anche fattori ambientali e sociali, ma di questi si è trattato sulla relazione precedente. Io mi limiterò a ricordare come anche qui la sordità possa giocare come elemento di isolamento e di emarginazione e come spesso anche l'afasico sia erroneamente etichettato dai parenti e purtroppo qualche volta an-

che dai medici come un demente, mentre ciò che gli manca è soltanto la capacità di esprimersi e come molto spesso l'intervento riabilitativo sia in questi casi efficace e prevenga l'emarginazione, come è dimostrato anche dalla nostra ormai quasi ventennale esperienza.

Rimangono naturalmente le demenze senili vere, sulle quali purtroppo né la prevenzione, né la terapia sembrano avere efficacia.

E veniamo alla *sordità*: i dati che riferirò brevemente si riferiscono all'attività del centro per la prevenzione e cura della sordità, che ormai da dieci anni esiste nel nostro ospedale, diretto dal Prof. Paolo Cerciello. In una ricerca condotta su 13.000 pazienti esaminati ambulatoriamente negli anni 1974-79 e su 1.080 soggetti ricoverati nel nostro ospedale per affezioni di natura non otorinolaringoiatrica e attualmente in corso di stampa su « Medicina Geriatrica », si è messo in evidenza che « l'invecchiamento interessa tutte le strutture uditive ma in particolare, e con più responsabile attribuzione per la sordità di percezione, l'orecchio interno, le vie e i centri nervosi ». In particolare è colpito da tipici fatti degenerativi l'organo dei Corti, con caratteri analoghi a quelli del cristallino nella presbiopia senile: si ha così la presbiacusia.

Risulta però dai dati raccolti che, « prescindendo dalla stretta essenza del processo di senescenza, sono molto rilevanti i fattori predisponenti e, corresponsabili, in particolare degli stati dismetabolici ». Così molto spesso proprio a carico dell'udito compaiono i primi sintomi di stati dislipemici. Un ruolo di primo piano ha poi, attraverso le alterazioni dei piccoli vasi, il diabete. Un ruolo minore hanno l'iperuricemia, le turbe elettrolitiche. Alle turbe dell'udito si accompagnano sindromi vertiginose più o meno marcate.

Caratteristico della sordità presbiacusica è il fenomeno definito dagli americani « sindrome di Cocktail Party » che consiste nel disagio che prova un presbiacusico a colloquio diretto con una persona in un ambiente numeroso per il vociare di molte altre persone, tutto interno: si tratta di difetto di accomodazione uditiva. Nel 50 per cento dei casi studiati in questa ricerca era presente una alterazione metabolica; agendo su tali alterazioni, Cerciello afferma di avere ottenuto costantemente un miglioramento della funzione uditiva o per lo meno un'arresto del processo (questo nel 60-65 per cento dei casi).

Se ne conclude che, specie intervenendo nelle fasi più iniziali del danno acustico, specialmente nelle classi meno anziane, si ha una ripresa sufficiente per le comunicazioni sociali. Ne deriva l'utilità in questi casi di controlli periodici dell'udito, delle prove funzionali labirintiche e dei parametri omatologici. Ribadisco qui

l'importanza della sordità nel campo degli incidenti stradali e non solo per i pedoni che vengono investiti, ma anche per i guidatori; stupisce infatti che, mentre ci si preoccupa di controllare, più o meno accuratamente, la vista, il controllo dell'udito per rilasciare o confermare la patente di guida venga completamente ignorato.

A proposito della *vista* si possono ripetere molte cose dette per quanto riguarda l'udito: le alterazioni senili del cristallino, le alterazioni dei vasi del fondo dell'occhio sono spesso sostenute da fatti dismetabolici e principalmente dal diabete, ben note sono le retinopatie diabetiche, nefritiche e degli ipertesi. La prevenzione di queste forme coincide con la cura, il più possibile precoce ed efficace delle malattie di base.

E veniamo alla *cirrosi epatica*: l'Italia in questo campo presenta dati di morbilità e mortalità con quozienti che nell'età superiore ai 64 anni sono superiori anche a quelli francesi e 8-10 volte superiori a quelli finlandesi e danesi. La tendenza è di un aumento costante di questa causa di morte, vuoi per l'incremento dei consumi alcolici, vuoi per le lesioni di epatitici cronici, doloroso strascico delle epidemie epatiche e della straordinaria diffusione delle forme di origine parenterale (Vetere). La prevenzione si dovrebbe fare nell'età giovanile e adulta con campagne contro l'alcoolismo e soprattutto contro i superalcolici e l'identificazione precoce di portatori di antigeni Hgsb, migliore sterilizzazione degli strumenti, degli aghi e delle siringhe, smaltimento più razionale dei rifiuti. Eventuale vaccinazione (ancora in fase sperimentale) per individui ad alto rischio come i dializzati.

Anche il più esteso uso delle biopsie epatiche potrebbe mettere in evidenza epatopatie in fasi più precoci e più curabili.

Veniamo alle *forme dell'apparato respiratorio*: la polmonite e la broncopolmonite che qualche anno fa parevano vinte dall'uso degli antibiotici, sono attualmente in aumento negli anziani in tutto il mondo: si trovano ora pneumococchi resistenti a molti antibiotici e sono comparse forme da bacilli gram negativi e da virus che si diffondono spesso in modo epidemico fra i ricoverati in ospedale o istituzionalizzati. Anche se la comparsa di nuovi antibiotici sembra risolvere queste forme è certo che ritornare all'uso dei vaccini misti antipneumocattarrali come prevenzione è molto più razionale che la profilassi chemioterapica o antibiotica, tentata qualche anno fa che aveva come risultato di produrre ceppi di germi antibioticoresistenti. Anche i vaccini antiinfluenzali debbono sistematicamente essere impiegati negli anziani. Io ho fatto una esperienza di vaccinazione di tutti i 700 ospiti di una casa di riposo a Venezia, che di solito venivano colpiti da influenza in modo quasi totale, con risultati molto convincenti.

Nelle bronchiti croniche, nelle bronchiectasie, nell'enfisema, oltre alla prevenzione delle ricadute col vaccino, sono molto utili i trattamenti posturali e di ginnastica respiratoria. Questo tipo di trattamenti che nel nostro ospedale vengono sistematicamente operati anche prima degli interventi chirurgici, hanno enormemente ridotto le complicazioni polmonari postoperatorie.

Le infezioni croniche delle vie urinarie sono frequentissime nel maschio come complicazione di ipertrofie prostatiche spesso ignorate o sottovalutate, nella donna sotto forma di cistiti e cistopieliti spesso secondarie ad alterazioni della sfera ginecologica. Anche in questo campo l'uso indiscriminato di disinfettanti urinari e di antibiotici, spesso in dosi troppo basse o per periodi troppo brevi crea resistenze batteriche e nuovi ceppi di germi prima sconosciuti.

Un'accurata anamnesi chiarisce spesso le situazioni di ipertrofia prostatica iniziale e di vaginite o alterazione di posizione dell'utero che, corrette in tempo, rappresentano provvedimenti preventivi delle affezioni ascendenti delle vie urinarie.

A questo punto potrei anche considerare esauriti gli argomenti che mi ero proposto di svolgere. Ritengo tuttavia importante soffermarmi un momento a considerare il valore del *chek-up* come viene da molti attualmente concepito.

Mi sembra intanto giusto, e un illustre igienista come Paccagnella lo ha ripetutamente detto, di evitare « l'equivoco causato dall'uso improprio di terminologie riferite ai servizi per la prevenzione e a quelli per la diagnosi (e terapia) precoc. La prevenzione delle malattie non può che significare la tutela della salute ».

Questo porta con sé la conseguenza, molto ben sottolineata da Stigliano, allievo di Paccagnella, della suddivisione dei compiti: l'attività di medicina preventiva è compito delle strutture extraospedaliere che attualmente dovrebbero tutte essere coordinate dall'Unità Sanitaria Locale, mentre all'ospedale debbono rimanere affidati i compiti di diagnosi precoce.

I servizi di prevenzione extraospedalieri dovrebbero tutelare la salute delle popolazioni con programmi di « *dépistages* ».

Secondo Wilson e Junger il « *dépistage* » può essere di massa (quando comprende un'intera popolazione), o selettivo quando è indirizzato a gruppi di popolazione particolari, nel nostro caso, gli anziani. Un particolare metodo longitudinale, la sorveglianza, può essere condotto a intervalli su una popolazione. In ogni caso le indagini strumentali e di laboratorio da svolgere, secondo me, non devono essere standardizzate, ma orientate in una certa direzione da un'accurata anamnesi e da un accuratissimo esame obiettivo. Altrimenti non solo si va incontro a sprechi enormi, ma si corre

sempre il rischio della « sindrome di Ulisse » da me recentemente citata al nostro congresso dell'A.N.I.M.O.G. di Majori: si può qualche volta anche arrivare ad una conclusione ma dopo giri tortuosi ed esami non sempre ben tollerati dagli anziani; non solo, ma rimane sempre il pericolo di risultati dubbi che spaventano il paziente e i familiari e disorientano più che orientare il medico.

Va anche tenuto presente che molto spesso gli anziani sono molto restii a farsi visitare dal medico, anche se negli ultimi anni questo fenomeno si è andato attenuando e di più si potrà ottenere con una adatta educazione sanitaria.

Mi attendo a questo punto che mi venga chiesto, come assai spesso succede, che cosa si debba fare per *prevenire l'invecchiamento fisiologico* e se esistano farmaci che possano agire in questo senso.

A proposito di farmaci una giornata dedicata all'argomento al nostro XIX congresso (Parma ottobre 1972) è giunta ad una conclusione inequivocabile: non si conoscono farmaci che da soli o associati consentano di attuare una « farmacoterapia antivecchiaia »; come disse allora Patrono nella sintesi conclusiva « si deve dire autorevolmente ed ufficialmente *no* a tutti coloro che sostengono attivamente o credono passivamente si possa fermare la vecchiaia, o si possa addirittura ringiovanire con questo o quel farmaco parascientificamente studiato e presentato: farmaci che di veramente attivo hanno soltanto la capacità di provocare un cospicuo movimento di denaro! ».

Dobbiamo allora contare soprattutto sul modello di vita che andrebbe migliorato già nell'età lavorativa: va infatti ribadito come l'origine di molte malattie degli anziani si trovi a monte in ambienti di lavoro nocivi, in abitazioni inadatte e malsane, in una vita anche socioricreativa patogena (Vetere).

Il cambiamento del modo di vivere, la riduzione del fumo e dell'alcool, l'adozione di diete meglio equilibrate, l'esercizio fisico, il mantenersi inseriti in una vita attiva e creativa, evitare il più possibile gli stress, mantenere un normale comportamento sessuale il più a lungo possibile, sembrano a me elementi molto importanti, anche se nel marzo 1981 Fessard al simposio del C.I.G.S. di Firenze ha affermato che questi fatti non sono stati confermati dalle ricerche epidemiologiche.

Credo sia appunto compito di ricerche longitudinali ben condotte il dimostrare quali interventi sull'ambiente e sull'uomo possano portare ad una vecchiaia migliore.

Una cosa è certa, se non si è handicappati non si è nemmeno vecchi e una cosa molto importante è di avere voglia di vivere.

## BIBLIOGRAFIA

- BLOCKLEHURST J. C., HANLEY T., *Geriatrics*, Mazzon Italia s.p.a., Milano, 1976.
- CERCIELLO P., *La prevenzione neurosensoriale nell'anziano in riferimento alla funzione uditiva*, relazione al simposio su « La difesa psico-sensoriale e mentale dell'anziano » ANIMOG Venezia, 27 ottobre 1979, in corso di stampa su « Medicina Geriatrica ».
- FESSARD J., *Stress, comportement et prévention*, Colloque international C.I.G. S., Firenze, 29 marzo 1980, in corso di stampa.
- FINZI B., *Le sindromi cerebrali potenzialmente curabili*, relazione al simposio su « la demenza senile, pregiudizio, ignoranza o realtà », Acta Gerontologica XXIX, 1, 1979.
- FINZI B., *Errori diagnostici nelle artropatie dell'anziano*, in corso di stampa su « Medicina Geriatrica ».
- HUGONOT R., DUBOS G., *L'hospitalisme traumatique*, Médecine et Hygiène 37, 1334, 1934/37, 1979.
- O.M.S., *Planification et organisation des services de gériatrie*, Rapporti tecnici, 548, 1974.
- PATRONO V., Relazione alla tavola rotonda su « Il problema della farmacoterapia cosiddetta antivecchiaia ». Conclusioni Atti del XIX Congresso Nazionale della S.I.G.G., Parma, ottobre 1972. Supplemento XLVIII al Giornale di Gerontologia.
- PERUZZA M., *Prevenzione e Geriatria: nuove prospettive*, Medicina geriatrica XII, 2, 43/52, 1980.
- STIGLIANO M., *I settori operativi del moderno ospedale contributo alla ricerca di nuovi modelli organizzativi*, L'ospedale n. 6 163/173 giugno 1976.
- VETERE C., *Assistenza sanitaria alle persone anziane*, Difesa sociale LIX - I, gennaio - febbraio 1980, 29/48.

**ORIENTAMENTI LEGISLATIVI RELATIVI  
ALLA PREVENZIONE DELLA CRONICITA'**

**Antonio FARRACE**

1. Il dibattito culturale sviluppatosi in questi ultimi anni, anche in relazione alla riforma dei servizi sanitari e, soprattutto la consapevolezza di situazioni reali che toccano da vicino i singoli, le famiglie, la comunità, con esigenze e bisogni talvolta drammatici, esigono che oggi non si ignori quel gruppo sempre più numeroso di anziani che, in tutto o in parte, sono privi di autosufficienza fisica e psichica e abbisognano di specifici e particolari interventi di tipo sanitario e assistenziale. L'aumento del numero delle persone anziane non autosufficienti è correlato all'aumento vertiginoso della popolazione anziana in tutte le civiltà industrializzate.

La scienza medica e le migliori condizioni di vita hanno aumentato la durata media della vita umana, senza risolvere il problema della malattia dell'anziano e la situazione di quelli privi di autosufficienza che necessitano di cure continue e di forme di assistenza particolare.

La legislazione vigente non disciplina, come sarebbe necessario, la forma di intervento per questi anziani, né la legge ospedaliera, né la legge comunale e provinciale del 1934 che si riferisce al mantenimento degli « invalidi del lavoro ». Nel vuoto legislativo, in questi ultimi anni sono intervenuti i Comuni e non sempre, anzi di rado, e solo nei casi di mancanza di mezzi da parte degli interessati e degli « obbligati agli alimenti ».

Questa situazione ha finito per creare alcune condizioni ormai insostenibili sia sul piano della umanità e della civiltà, che finanziario.

I criteri ai quali ispirarsi per operare in favore dei cronici non sono a tutt'oggi chiaramente definiti. Di questi malati, con una espressione che ha poco di umano, non si sa cosa farne. Nessuno li vuole. Essi vengono palleggiati fra assistenza e sanità, e mantenere distinti i mezzi finanziari fra assistenza e sanità non facilita le soluzioni. Manca una direttiva centrale e un minimo di normativa. La legge sanitaria prevede che certi servizi siano gestiti dalle Unità Sanitarie Locali con una normativa talmente generica da lasciare agli enti locali tutte le responsabilità di interpretazione e di gestione degli eventuali servizi.

L'aver cercato di sostituire la parola cronici con quella di lungodegenti, come hanno fatto i legislatori con la legge 132/68 non modifica la sostanza del problema. D'altro canto, anche se si può concordare con chi ritiene che le malattie croniche, appunto perché tali non sono guaribili, si è convinti che, con un diverso sistema di prevenzione e di cura meno isolante e segregante, è possibile raggiungere migliori risultati: ridare cioè l'autosufficienza a soggetti che prima l'avevano perduta o mantenerla in altri che

potrebbero perderla, conseguendo al medesimo tempo anche un grande risparmio economico. Indubbiamente questo problema può essere più facilmente e completamente risolto nella misura in cui verrà attuata la riforma sanitaria e i decreti della 382 (in particolare il DPR 616 per il decentramento dei poteri dello Stato e delle Regioni agli enti locali in materia sociale, assistenziale e sanitaria).

Con l'approvazione della legge 833/78 di riforma sanitaria e con le esperienze regionali, si sono creati non pochi contrasti tra chi voleva portare avanti speditamente l'applicazione di entrambe le leggi in modo separato e chi invece riteneva necessario portare avanti assieme e costruire servizi polivalenti affinché trovassero la più idonea soluzione i problemi socio-sanitari. E' noto, infatti, che esistono servizi sociali come quelli domiciliari, di igiene mentale, di terapia motoria, di educazione fisica, riabilitativa che, per esigenze tecniche, economiche e funzionali, devono essere integrati con quelli sanitari. E' ovvio, infatti, che i servizi polivalenti, integrati a livello di base, sono da ritenersi utili e indispensabili per consentire un intervento che copra le esigenze globali dei cittadini. Il ritardo nella approvazione del Piano sanitario nazionale 1980-82 provoca peraltro gravi conseguenze per le Regioni, le quali non possono fare i loro rispettivi piani sanitari regionali o non li possono comunque attuare. Ciò si ripercuote, quindi, anche sugli anziani cronici perché rimane generalmente inapplicato il progetto obiettivo che li riguarda.

2. Quanto detto ha solo valore di premessa di carattere generale. In questa sede il discorso verte più specificamente sul tema della prevenzione e su quello che realisticamente si va facendo in questa direzione.

Confermiamo innanzitutto che la prevenzione non è solo di natura medica ma anche sociale. Se gli interventi preventivi sono effettuati correttamente e tempestivamente, i casi di invalidità diminuiranno sensibilmente. E' necessario perciò mettere concretamente in atto una politica globale di prevenzione, anche perché il notevole aumento dei grandi vecchi, cioè degli appartenenti alla quarta età, porterà ad un parallelo incremento di cronici non autosufficienti, per cui il problema di oggi si porrà in termini più drammatici nei prossimi anni. La prevenzione deve mirare a frenare, per quanto possibile, la velocità dell'invecchiamento. Il regime alimentare e l'igiene di vita hanno, sotto questo aspetto, un ruolo importante. E' inoltre necessario correggere tempestivamente tutti i disturbi reversibili. Marcello Perez, il noto geriatra, sosteneva che i mezzi per raggiungere questi scopi sono:

- *prevenzione primaria*: educazione sanitaria - tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro - cura tempestiva di ogni forma morbosa somatica e psichica - revisione del sistema di pensionamento e diverso assetto sociale che permetta la utilizzazione degli anziani - evitare l'ospedalizzazione impropria - evitare l'allontanamento delle persone anziane dal proprio ambiente di vita, etc.;
- *prevenzione secondaria*: coadiuvare una positiva vita familiare e sociale dell'anziano malato - iniziative sociali territoriali che stimolino interessi socio-culturali, politici, hobbies, attività di volontariato, di cooperazione, attività didattiche, gestione di servizi, tutela di beni, etc. - terapia occupazionale, centri aperti, ospedali diurni, terapia riabilitativa, etc. - esami mirati - trattamenti tempestivi domiciliari;
- *prevenzione terziaria*: collegamento degli anziani degenti in ospedali o in altre istituzioni con l'ambiente sociale - sollecitare l'intervento dei familiari per stimolare l'attaccamento alla vita - effettuare con costanza le varie terapie e i trattamenti riattivanti anche quando i risultati siano minimi - limitare i ricoveri ospedalieri ai casi indispensabili - dopo la dimissione ospedaliera favorire il soggiorno in un centro di convalescenza dotato di servizi di recupero funzionale.

Anche il documento elaborato dalla Società italiana di geriatria pone un accento particolare sulla prevenzione della invalidità. In caso di malattie a carattere invalidante, queste devono essere curate in ospedali in cui vi sia temporanea terapia medica e riabilitativa. Gli interventi sociali a favore degli anziani debbono inserirsi naturalmente nel discorso generale del sistema dei servizi socio-assistenziali e devono comprendere anche presidi generali di prevenzione, validi per i soggetti di tutte le età. Per gli anziani, le provvidenze da mettere in atto devono tenere conto delle esigenze legate allo stato biologico e non all'età; per questo — dice il documento (Modello di interventi per l'assistenza all'anziano, proposto dalla Società italiana di gerontologia e geriatria) — dovrebbero essere previste per coloro che sono o rischiano di divenire non autosufficienti: esse devono essere adatte, pertanto, non solo agli attempati ma anche ai giovani non validi.

3. Non possiamo evidentemente commentare e verificare se e come queste indicazioni di massima vengano seguite dalla legislazione, dalla prassi, dai comportamenti dei singoli e delle famiglie. Pongo all'attenzione solo alcuni problemi riguardanti in *primo luogo il livello nazionale*.

- a) è stato giustamente osservato come un mezzo per favorire — sul piano preventivo — forme di cronicità, *il lavoro*. In merito va segnalato che esiste un dibattito piuttosto intenso intorno alla legge n. 482 del 2 aprile 1968 (Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private). Come è noto, la legge disciplina la assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra, degli invalidi per servizio, degli invalidi del lavoro, degli invalidi civili, dei ciechi, dei sordomuti e di altre categorie.

Al riguardo dobbiamo peraltro segnalare che il dato principale è costituito da una altissima percentuale di posti scoperti e dalla mancata richiesta di avviamento al lavoro da parte delle aziende.

Esistono attualmente le seguenti modalità per non assumere lavoratori handicappati: richiesta di esonero parziale o totale su cui deve decidere il Ministero del lavoro che, di fatto esime dall'obbligo di assunzione costituendo una « sospensiva » fino alla definizione della pratica; — risoluzione del rapporto di lavoro in via conciliare prima che il rapporto si instauri; — richiesta di sostituzione del soggetto avviato qualora il medesimo non sia ritenuto idoneo; — mancata convocazione (soluzione generalmente adottata per prendere tempo) fino alla formalizzazione delle ingiunzioni; — trattative conciliative con enti ed associazioni di handicappati.

L'applicazione della 482 sembra avere sostanzialmente dimostrato: — che il collocamento delle categorie protette viene attuato in misura di gran lunga superiore a quella prevista dalla legge soprattutto nel settore del pubblico impiego dove vige il clientelismo e la discrezionalità consentite dal diritto alla « assunzione nominativa »; — che i lavoratori oppongono forti resistenze alle assunzioni degli handicappati che viene valutata come mera obbligazione legale o come intervento assistenziale a favore di persone considerate improduttive; — che gli invalidi stessi, molti dei quali sono privi di qualsiasi qualifica, intendono talvolta il collocamento obbligatorio come un privilegio anziché come una facilitazione per compensare obiettive difficoltà nella ricerca e nel mantenimento del posto di lavoro; — che l'intendimento originario del legislatore di facilitare, dopo il giudizio dello stato fisico, una occupazione remunerativa ai portatori di handicaps, è stato stravolto e si è data sempre maggiore preminenza alle concrete possibilità occupazionali, con sempre minore concessione allo stato psico-fisico del lavoratore. Risulta inoltre che le categorie militari ed equiparate, che usufruiscono di una percen-

tuale del 65 per cento nell'ambito dell'aliquota dei posti riservati, sono in fase di estinzione numerica, costituendo circa 1/5 delle liste di disoccupazione. Al contrario, la « categoria residuale » degli invalidi civili ha presentato un incremento (circa il 120 per cento per i primi 4 anni di applicazione della legge) tale da far supporre che il riconoscimento di questo titolo di invalidità sia ritenuto il « meccanismo giuridico » per risolvere problemi di disoccupazione e di sottoccupazione di vasti strati di popolazione. Questa ipotesi è, d'altra parte, confermata dalle statistiche provinciali sulle assunzioni obbligatorie da cui risulta che nelle aree economicamente più depresse il numero degli iscritti nelle liste per il collocamento obbligatorio raggiunge le punte più alte.

- b) un altro criticabile orientamento è quello previsto dalla legge 11 febbraio 1980 che istituì — come è noto — l'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili. Come è risaputo, la indennità di accompagnamento si concede soltanto se essi risultano « totalmente inabili ». Ciò vuol dire che questa provvidenza non si volge a sostenere l'inserimento dell'invalido civile nel mondo del lavoro e della produzione; anzi, essa penalizza coloro che, nonostante la gravità delle minorazioni, ricercano, attraverso il lavoro, l'autonomia economica e la integrazione sociale. Una recente proposta di legge prevede — seguendo in ciò le istanze di numerosi settori dell'opinione pubblica — che la idoneità di accompagnamento sia concessa ai cittadini di qualsiasi età che, affetti da invalidità fisiche, psichiche e sensoriali, per cause diverse da quelle di guerra, di servizio o di infortunio sul lavoro: — abbisognano di un'assistenza continua per compiere gli atti quotidiani della vita; — si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore. Con ciò viene anche ad affermarsi la compatibilità della indennità di accompagnamento con lo svolgimento di una attività lavorativa del beneficiario;
- c) interessante è anche il dibattito che si va ulteriormente animando in Italia in tema di barriere architettoniche, argomento che, se può riguardare più specificamente gli handicappati ha un notevolissimo rilievo anche nel campo degli interventi agli anziani.

L'esigenza di rimuovere difficoltà e ostacoli architettonici che limitano o impediscono la vita di relazione delle persone handicappate è emerso in Italia sul finire degli anni '60 nella prospettiva di un adeguamento alle soluzioni adottate negli Stati Uniti ed in numerosi Paesi della Comunità europea. Il pro-

blema era di ottenere una serie di norme, tecniche e legislative, atte a migliorare e assicurare la piena utilizzazione degli edifici pubblici, dei trasporti, delle abitazioni, da parte degli handicappati, mediante la eliminazione di tutti quegli impedimenti che vengono sinteticamente indicati come « barriere architettoniche ».

A distanza di circa 7 anni dalla prima previsione legislativa è stato emanato, in data 27 aprile 1978, il Decreto della Presidenza della Repubblica n. 384 concernente il « Regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118, a favore dei mutilati e invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici ».

Il ritardo con il quale si è proceduto alla stesura del Regolamento, se da un lato ha prodotto per un lungo periodo il perpetuarsi di interventi frammentari in materia, dall'altra parte ha indubbiamente consentito ai Ministeri preposti alla sua realizzazione di recepire tutte quelle migliorie tecniche che si sono venute sviluppando negli ultimi anni. Ne è risultato che il complesso delle norme predisposte per la eliminazione delle barriere architettoniche si configura come uno strumento tecnico-operativo capace di fornire una vasta gamma di soluzioni di natura costruttiva e impiantistica.

Tuttavia, i problemi in questione non sono certamente di facile e immediata soluzione anche perché sussistono effettive difficoltà di ordine tecnico ed organizzativo nel realizzare, ovvero modificare « ad hoc », ogni mezzo pubblico in maniera tale da poter essere utilizzato da ogni persona.

Il campo cui si riferiscono le norme è dunque estremamente vasto e la loro applicazione corretta e rigorosa potrà comportare, non soltanto a livello progettuale, ma anche economico, una vera rivoluzione nel campo edilizio, dei trasporti e in altri settori della vita sociale. Nella considerazione dell'alto valore sociale di una normativa tendente al superamento delle barriere architettoniche che sono causa di possibili emarginazioni e infortuni, e della necessità che essa abbia reale applicazione, si impone la esigenza di una chiara manifestazione di volontà sociale; la terminologia più corretta e le necessarie specificazioni tecniche saranno allora un problema di immediata soluzione.

Proprio con riferimento agli anziani, le Regioni sono varie volte intervenute direttamente sull'argomento proponendo aggiornamenti e integrazioni. In particolare esse chiedono che il DPR 384/78: — preveda l'adeguamento alle norme di altri regolamenti (ad esempio i regolamenti comunali edilizi); — chiarisca chi debba effet-

tuare controlli e con quali strumenti; — preveda sanzioni amministrative e penali contro i trasgressori; — preveda modalità per eventuali deroghe totali o parziali quando, per diversi motivi, le norme non siano applicabili; — individui per quali aspetti l'applicazione delle norme possa avvenire gradualmente ed i termini di questa applicazione graduale; — preveda facilitazioni di diverso genere per casi particolari e per incentivare chi non sia obbligato al rispetto delle norme; — sia articolata con norme necessariamente uguali per le nuove costruzioni e quelle esistenti da ristrutturare, eventualmente meno restrittive ma sempre corrispondenti, però, a livelli minimi di agibilità e da adottare solo quando non fosse tecnicamente possibile il rispetto di quelle per edifici di nuova costruzione.

In merito ad integrazioni sugli argomenti trattati nel Decreto, le Regioni facevano osservare che, pur essendo estremamente vasto il campo cui si riferiscono le norme, purtuttavia non esiste alcuna norma specifica per i luoghi di lavoro (fabbriche, officine, etc.) o per locali di ufficio, per centri commerciali, per gli impianti sportivi. Non esistono norme per la topografia ed i terreni sui quali dovranno sorgere gli edifici soggetti al rispetto del regolamento, né norme per l'ambiente esterno agli edifici, cioè per quegli spazi che sono in relazione tra edifici e tra questi e le strutture di servizio (es. marciapiedi stradali, attraversamenti pedonali ed incroci, viabilità, arredi e attrezzature stradali quali segnaletica e cartelli indicatori, semafori, luoghi di sosta, etc.).

Un gruppo di lavoro interassessorile della Regione Lazio, che ha particolarmente studiato l'argomento, segnalava ancora la preliminare necessità di chiarire meglio il campo di applicazione del decreto. Il chiarimento si impone per alcune incertezze che — specialmente a livello di ente locale — possono sussistere, in particolare per quanto riguarda l'obbligo per edifici aperti al pubblico, quali, ad esempio, cinematografi, centri commerciali, luoghi di lavoro privati, alberghi, etc., che nel DPR 384/78 vengono definiti in maniera non conforme a quanto previsto nell'art. 27 della legge 118/71. Tale chiarimento è necessario specialmente per coinvolgere più precisamente chi non sia interessato a rispettare le norme e, in ogni caso, data l'importanza sociale che riveste la norma, per rendere facilmente comprensibile a tutti il loro campo di applicazione.

4. E passiamo ora all'attività regionale in relazione e nella prospettiva di lavoro di cui ci stiamo occupando.

Mi riesce un po' difficile commentare analiticamente la legislazione regionale che, peraltro, abbiamo raccolto in un fascicolo che

può essere da tutti visionato. Posso solo accennare alle ultimissime leggi emanate nell'ultimo periodo. Non vi è dubbio, comunque, che a favore degli anziani hanno legiferato alcune Regioni, esprimendo la volontà di sovvertire la prassi fino a qui seguita di emarginare gli anziani (e in particolare i non autosufficienti) riconoscendo ad essi e alle altre categorie di emarginati diritti pari a quelli degli altri cittadini. Tuttavia va notato che esse non si sono sottratte alla classificazione artificiosa di suddividere i cittadini in categorie. Abbiamo così una legge per gli anziani, una per gli handicappati, una per i minori, una per i tossicodipendenti e così via. Appare perciò chiaro che con tale prassi non si arriva a comporre nel territorio quella unitarietà di servizi che, appunto, elimini interventi settoriali e, in quanto tali, discriminanti ed emarginanti.

Va comunque rilevato che alcune Regioni hanno interpretato correttamente il dettato costituzionale e lo stato delle autonomie, delegando agli enti locali la gestione dei servizi per la popolazione. Per altre Regioni il Comune non è l'unico delegato a svolgere tali funzioni, ma lo è con altri enti pubblici e con enti privati. E' chiaro che in tal modo si impedisce il formarsi di una volontà gestionale unitaria e partecipata a livello territoriale, preferendo una gestione accentrata dei programmi e degli interventi. Queste stesse Regioni che hanno operato con chiarezza nella individuazione del Comune come interlocutore privilegiato, hanno anche inquadrato la problematica dell'anziano nell'ambito dei servizi da destinarsi a tutta la popolazione, evitando di cadere nella frammentarietà degli interventi e nel settorialismo; un esempio di legislazione contro gli anziani è la legge emanata dalla Regione Molise, che prevede per essi esclusivamente il ricovero.

Vediamo ora come altre Regioni hanno impostato l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

La legge n. 45 della Regione Veneto fa espresso riferimento agli interventi nei confronti delle persone anziane permanentemente prive di autosufficienza. Gli interventi devono mirare a mantenere gli anziani nel proprio ambiente familiare e sociale e, in caso di comprovata necessità, il loro accoglimento in idonee strutture con assistenza preferibilmente mista e razionalmente distribuita nel territorio. I non autosufficienti possono essere accolti anche nelle case di riposo; ma ciò deve avvenire solo se vi è la impossibilità di assistenza domiciliare.

La Regione Puglia prevede l'assistenza ai non autosufficienti con i seguenti strumenti: assistenza economica in alternativa alla ospitalità istituzionale, assistenza domiciliare, casa protetta per

coloro che non possono rimanere nel proprio alloggio. Le case di riposo sono destinate ad accogliere solo gli autosufficienti.

La Regione Basilicata prevede per i non autosufficienti: prestazioni economiche, assistenza domiciliare, affidamenti etero-familiari, ricoveri in istituzioni.

La Regione Piemonte, nella deliberazione del Consiglio regionale del 22 febbraio 1979 premette che l'anziano invalido, non autosufficiente, necessita prevalentemente di assistenza e tutela e non di attività sanitaria. Le prestazioni precisate sono: assistenza economica, assistenza domiciliare, trasformazione di alcune case di riposo in case protette.

La Regione Emilia-Romagna, nel presentare un progetto di legge al riguardo, precisava: « L'esperienza di questi anni ha dimostrato che i bisogni assistenziali della quasi totalità degli anziani cosiddetti lungodegenti irrecuperabili o cronici, per i quali la prognosi medica non prevede alcuna attività clinica in grado di far regredire lo stato globale dei postumi invalidanti, né migliorare lo stato generale di salute, non vengono adeguatamente soddisfatti dal ricovero in ospedale o presso la cosiddetta infermeria della casa di riposo, né, tantomeno, dalla permanenza in ospedale psichiatrico: le esigenze assistenziali di questo gruppo di popolazione devono invece trovare prevalentemente risposta a livello delle strutture residenziali protette (case protette, appartamenti protetti) presenti nel territorio o risultanti dalla conversione di strutture di ricovero esistenti ». La Regione Emilia-Romagna prevede nelle strutture di ricovero la commissione di invalidi e di autosufficienti e precisa che i primi non dovranno comunque essere inferiori al 30 per cento della ricettività complessiva della struttura di ricovero.

La Regione Lazio, nel Piano socio-sanitario per il triennio 1980-82 prevede per i non autosufficienti assistenza domiciliare, mentre « comunità di tipo familiare » possono costituire l'unica alternativa all'ospedalizzazione di quella fascia di soggetti affetti da malattie invalidanti definibili come handicappati gravi, non suscettibili di ulteriori interventi riabilitativi, non autosufficienti e privi di ogni possibilità di assistenza nell'ambito della famiglia. Tuttavia, attualmente si effettua la deportazione dei lungodegenti dagli ospedali alle cliniche private convenzionate con la Regione che sono completamente prive non solo di attrezzature riabilitative, ma anche di spazi per terapie occupazionali e per rapporti sociali.

A proposito di piani socio-sanitari, prosegue il discorso avviato dal Prof. Marino facendo una carrellata assolutamente esemplificativa di alcuni piani socio-sanitari regionali, il cui decollo

e la cui effettiva possibilità di attuazione sono fortemente condizionati dal varo del Piano socio-sanitario nazionale. Non tutti i piani si propongono espressamente la prevenzione della cronicità in senso stretto, ma è certo che il quadro complessivo degli interventi si muove più o meno in questa direzione.

Prendiamo ad esempio gli *obiettivi di tendenza* del Piano socio-sanitario della Regione Basilicata e gli *interventi proposti*.

Molto interessante il Piano socio-sanitario della Regione Emilia-Romagna, l'unico, tra l'altro, che ha avuto una sanzione legislativa. Gli obiettivi che esso si propone sono: — la prevenzione e la diagnosi precoce delle situazioni patologiche che interessano con maggiore frequenza gli anziani, con particolare riguardo alla patologia dismetabolica e su base arteriosclerotica ed alle forme tumorali più diffuse; — il recupero e la rieducazione funzionale degli stati di invalidità, soprattutto nel campo della riabilitazione motoria e del linguaggio; — la prevenzione e il trattamento delle situazioni di disagio personale, psicologico e sociale dell'anziano, conseguenti a condizioni di povertà, di solitudine, di abbandono, a condizioni di decadenza fisica e alla mancanza di un alloggio adeguato; — il reinserimento sociale degli anziani autosufficienti ricoverati in case di riposo e la individuazione di adeguate soluzioni alternative alla presenza di anziani cosiddetti « lungodegenti irrecuperabili » o « cronici », in ambiente ospedaliero, nelle infermerie delle case di riposo e negli ospedali psichiatrici.

Molto sviluppato è anche il Progetto-obiettivo predisposto dalla Regione Liguria che prevede, tra l'altro, anche un capitolo dedicato agli interventi residenziali per gli anziani non autosufficienti.

Un significativo riferimento ai cronici è contenuto anche nel Progetto-obiettivo della Lombardia, dove si accenna alla individuazione di adeguate soluzioni alternative ove si sia in presenza di anziani cosiddetti « cronici » in ambienti ospedalieri. Fra l'altro, si dice che il problema degli anziani gravemente non autosufficienti, incapaci di accudire a se stessi e senza possibilità di assistenza familiare, non deve essere occultato o trascurato; occorre pianificare lo sviluppo di case di riposo protette, in cui l'assistenza di sostegno adeguata ed un ambiente architettonicamente gradevole possano consentire ai soggetti disabili e soli di vivere con dignità gli ultimi anni di vita.

Molto interessante nella prospettiva che stiamo esaminando è il Progetto-obiettivo della Regione Marche. Il progetto — si dice — non può tener conto di problematiche settoriali, perché interessa tutta la popolazione: sarebbe infatti falso e artificioso isolare le necessità degli anziani da quelle generali dell'uomo, riguar-

do alla casa, all'assistenza medica e sociale, all'esigenza di disporre di un reddito equo. Questa scelta conduce chiaramente ad affrontare il problema nelle sedi naturali (il quartiere, la casa) e non più in quelle « indotte », siano esse gli ospedali, i ricoveri, i pensionati, etc.

Per mettere in opera la « deospedalizzazione dell'anziano » occorre innanzitutto evitare che questo si ammali, tramite una adeguata prevenzione. Ma, una volta ammalato, venga curato e riabilitato in maniera opportuna, in strutture specifiche, per evitare che vada incontro a situazioni definitivamente invalidanti. La tutela della salute dell'anziano deve essere infatti basata sulla lotta alla cronicità e all'invalidità, perché non si è « vecchio » fino a quando non si perde l'autosufficienza.

Tenendo quindi presente la correlazione tra le iniziative a favore degli anziani e quelle per l'intera popolazione si possono individuare diversi settori di intervento:

- *la casa*: l'obiettivo prioritario è quello di evitare che l'anziano abbandoni l'abitazione, o perché ha perduto la piena autosufficienza, o perché l'alloggio non è più adatto al suo stato;
- *la salute*: le modalità secondo cui si può intervenire per la difesa di questo bene si basano soprattutto sul privilegio del momento preventivo su quello curativo. In dettaglio, la tutela della salute e la lotta alla cronicizzazione della malattia e della invalidità vanno perseguite attraverso una *prevenzione primaria* (in soggetti sani), che comprende l'igiene personale e una diffusa educazione sanitaria. Un secondo momento, rivolto ai malati latenti, è la *prevenzione secondaria*, che consiste nella diagnosi e cura precoce delle malattie ed è rivolta ad allontanare i danni derivanti da cause biologiche, ambientali e sociali. L'ultima forma è la cura che deve avere come scopo anche la lotta alla cronicizzazione ed all'invalidità, il reinserimento ed il recupero sociale dell'individuo;
- *servizi alla residenza*: viene accettata da tutti l'idea che la vecchiaia è prevalentemente anche una malattia psicologica, conseguente alla espulsione dal processo produttivo e riassumibile nel senso di inutilità che accelera il decadimento fisico. E' necessario evitare questa frattura coinvolgendo l'anziano nella vita attiva della società anche al momento del pensionamento: occorre quindi che i servizi sociali siano intesi e utilizzati in questo senso e debbono tendere a realizzare una integrazione sociale.

E' evidente che molte cause della emarginazione degli anziani

e, parallelamente, quelle del recupero della loro integrazione sociale, non si ritrovano solo nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari. Conseguentemente, è necessario che, anche a livello di società, si realizzino importanti riforme, quali quelle della previdenza, dell'assistenza e della casa e, a livello di mentalità individuale, si abbia più considerazione nei confronti di coloro che hanno perso un « ruolo produttivo ».

Su questa ultima linea diventa importante che ciascun adulto si prepari al pensionamento ed alla vecchiaia, attivando interessi ed azioni preventive che permettano anche sul piano psicologico di sentirsi ancora utili.

Non abbiamo volutamente fatto una graduatoria di importanza dei vari progetti-obiettivo, ma riteniamo quello della Regione Piemonte di indubbia importanza anche nel contesto del tema che stiamo approfondendo.

Se un contributo certamente validissimo hanno dato provvedimenti specifici nel campo degli interventi agli anziani, c'è da ritenere che una notevole importanza potranno avere anche una serie di provvedimenti a carattere generale, attraverso i quali prende corpo l'insieme della politica socio-sanitaria delle Regioni. Potrà essere un'illusione, ma restiamo fortemente convinti che una politica di prevenzione prenderà più concretamente corpo e avrà una sua capacità di incidere nella misura in cui non vi saranno più apparati differenziati, compartimenti-stagni, interventi concepiti nell'ottica della settorialità. Sotto questo profilo vanno guardati due gruppi di leggi: quelle concernenti il riordino delle funzioni assistenziali e quelle che istituiscono le Unità sanitarie locali, in adempimento di quanto disposto dalla legge n. 833 di riforma sanitaria.

Come è noto, il DPR 616/77 ha trasferito ai Comuni — singoli o associati — funzioni amministrative relative soprattutto ai servizi sociali (Titolo III) ed in particolare alla « beneficenza pubblica » (definita nell'art. 22) o assistenza sociale. Lo stesso DPR, all'art. 118, riserva ad apposite leggi regionali il riordino delle funzioni assistenziali. La legge 641/78 ribadisce tale impegno, pena il permanere dei criteri assistenziali degli enti disciolti.

Alla fine della II legislatura regionale, sulla base delle indicazioni emerse a Venezia in un incontro degli assessori regionali competenti, si è avviato un lavoro di approfondimento da parte di funzionari di Regioni interessate e si sono prodotti disegni di legge in alcune Regioni, che non sono però arrivati all'approvazione prima dello scadere della legislatura.

Nelle more persistenti della legge-quadro sull'assistenza, con l'avvio della nuova organizzazione sanitaria, l'esigenza di un im-

pegno legislativo regionale di riordino delle funzioni assistenziali è diventato sempre più urgente ed importante.

Opero solo qualche breve stralcio di alcune leggi, proposte di legge o documenti preliminari, per confermare che, anche qui e nei principi ispiratori ed informatori delle leggi, il tema della prevenzione è sempre presente.

Altro importante elemento che non va trascurato e che potrà avere una notevole incidenza su una più funzionale strutturazione di tutto il sistema socio-sanitario contribuendo non poco anche ad una più efficace azione preventiva, è la legislazione regionale delle U.S.L. Contemporaneamente alla istituzione e organizzazione delle Unità Sanitarie Locali previste dalla Legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, le Regioni hanno dovuto individuare gli ambiti territoriali per l'esercizio delle funzioni di assistenza sociale, in attuazione dell'art. 25 del D.P.R. n. 616. Questo ha comportato un divario sul livello organizzativo tra assistenza sanitaria (dove i Comuni sono tenuti ad esercitare le funzioni in forma associata tramite le USL) e assistenza sociale (per questa materia i Comuni possono esercitare le funzioni al livello ritenuto più opportuno: singolo o associato) determinato dalle diverse scelte che le Regioni hanno effettuato, sia sul piano istituzionale che su quello organizzativo.

Per il primo aspetto, alcune Regioni, ritenendo più opportuno prefigurare un assetto istituzionale che contenesse fin dall'inizio del delicato processo riformatore principi di integrazione e coordinamento della gestione dei servizi sociali, sanitari, scolastici, hanno legiferato indipendentemente dalle singole leggi di attuazione della riforma, e di conseguenza hanno istituito associazioni intercomunali con competenze generali.

Le stesse Regioni hanno provveduto in seguito ad adeguare la propria legislazione agli specifici problemi di organizzazione e funzionamento delle USL.

Le altre Regioni hanno preferito attuare la riforma in termini più letterali, concependo sostanzialmente l'Associazione dei Comuni come organo dell'unità sanitaria locale in relazione, quindi, alle funzioni socio-sanitarie.

Dal punto di vista organizzativo il problema si presenta più complesso perché, al di là delle scelte circa la denominazione da dare all'Unità locale — sanitaria o socio-sanitaria — i fattori che intervengono ai fini del coordinamento dei servizi sanitari e assistenziali sono molteplici.

Innanzitutto il problema del livello di esercizio delle funzioni di assistenza sociale. Tutte le Regioni (con eccezione della Ligu-

ria) hanno individuato, anche se con deroghe particolari, nella forma associata attraverso gli organi di gestione dell'USL la modalità più idonea per svolgere tali funzioni. La scelta non è maturata, però, da identici presupposti perché alcune Regioni, restie a ledere l'autonomia comunale che la legge nazionale garantiva sulla materia, hanno lasciato, almeno formalmente, ai Comuni la libertà di esercitare le funzioni di assistenza sociale al livello ritenuto più opportuno, mentre le altre hanno direttamente delegato l'esercizio agli organi delle Unità Sanitarie locali, salvo introdurre specifiche norme di salvaguardia degli interessi dei Comuni.

Un altro aspetto rilevante è quello che riguarda il coordinamento, all'interno delle USL, tra servizi sociali e sanitari: anche qui le Regioni mostrano comportamenti sensibilmente differenziati. Infatti il coordinatore sociale, figura che affianca i responsabili del settore amministrativo e sanitario, è presente esplicitamente solo in Abruzzo, Lombardia, Molise, Veneto, in Liguria e in Emilia-Romagna (anche in Piemonte, Umbria e Lazio se saranno approvati i disegni di legge sul riordino dell'assistenza); in Lombardia e in Molise il coordinatore sociale ha tuttavia una posizione totalmente subalterna.

5. Ho fornito solamente degli spunti molto generici. Vorrei ora concludere. Il problema dell'ammalato affetto da malattia cronica è un aspetto dell'assistenza, sicuramente impegnativo e pressante perché ha implicazioni diverse ma, fra loro, quasi sempre interdipendenti che richiedono soluzioni di natura non solo sanitaria ma economica, assistenziale, ambientale, psicologica e, soprattutto, morale.

Le connotazioni sanitarie, in generale, e in particolare quelle che richiedono il ricovero in ospedale o in istituzioni specificamente indirizzate, sono senza dubbio quelle che necessitano di un urgente e immediato intervento innovatore sotto il profilo di una nuova politica sanitaria, sotto l'aspetto gestionale e, soprattutto, nella impostazione tecnico-assistenziale. Lo stato di cronicizzazione è un momento clinico particolarmente drammatico specie per l'ammalato anziano, perché dall'evolversi dell'evento morboso può scattare l'emarginazione e il rifiuto della società. Per queste ragioni, affrontate in termini di programmazione, tale argomento può e deve costituire la prova concreta di una volontà rinnovatrice del nuovo Servizio Sanitario Nazionale.

Naturalmente, una nuova impostazione concettuale presuppone un modificato concetto dello stato di cronicità non più considerato come situazione immodificabile, irreversibile, fatalisticamente inevitabile nell'età della vecchiaia. La cronicità, anche per

lo stato di dipendenza che, in misura diversa, può determinare, deve essere sempre un impegno sociale e un momento sanitario che, integrantisi reciprocamente e reciprocamente condizionantisi, richiedono una organica e sistematica collaborazione di servizi diversi.

L'esposizione molto sommaria della legislazione regionale, le prospettive aperte dal Progetto obiettivo possono far concludere per una svalutazione complessivamente ottimistica. Io non sono personalmente molto d'accordo. Sono stati fatti tentativi di esperienze regionali e locali, sono state svolte attività indubbiamente impegnative, ma ritengo che nello specifico del nostro tema poco si sia fatto e molto si debba fare.

Leggevo che gli anziani cronici non autosufficienti per malattie fisiche, sono almeno 140.000; i non autosufficienti per malattie mentali 50.000; in totale 190.000. Di questi 47.000 sono degenti negli ospedali generali e costano alla collettività 4 miliardi e 700 milioni al giorno e 1.700 miliardi all'anno.

C'è in Italia, come in molti altri Paesi dell'Occidente ad economia matura, una tendenza all'invecchiamento della popolazione, dovuto sia al prolungarsi della vita, come effetto di una migliore alimentazione e di una più efficace tutela sanitaria, sia ad una caduta del numero delle nascite. Il quadro che ne deriva è che gli ultrasessantenni erano nel 1907 il 9,6 per cento, nel 1976 il 17,5 per cento, saranno nel 2000 il 20 per cento. Nel 1975 il 40 per cento dei degenti erano anziani, con evidenti presenze improprie.

Il cambiamento culturale in atto nel nostro Paese e le scelte politiche avvenute nell'ultimo decennio, hanno certamente visto il superamento dell'intervento assistenziale pubblico nell'area della povertà e si è invece affermato il concetto di una promozione sociale, in termini di sicurezza per le aree più marginali e, comunque, più indifese. Questa scelta ha, nei confronti degli anziani, i suoi punti più qualificanti in questi obiettivi più o meno parzialmente raggiunti:

- la pensione sociale per chi ha un reddito ritenuto insufficiente ed ha compiuto i 65 anni;
- la tutela sanitaria estesa a tutti i cittadini attraverso la legge 833 che attua il Servizio Sanitario Nazionale;
- assegni continuativi a carico dello Stato, in favore dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili;
- il decentramento regionale che, collegato alla istituzione delle USL, esalta la prevenzione e la riabilitazione, attraverso la medicina del territorio e la creazione di servizi sociali, aperti

a tutti i cittadini che ne abbiano bisogno. Si valorizza in altri termini l'elemento territoriale comunitario e familiare, con la tendenza a superare la parzialità delle cosiddette « istituzioni totali »;

- la politica della casa, con la legge 514 del 1977, in cui si precisa che l'edilizia residenziale, ove ci sia l'intervento pubblico, deve riservare il 30 per cento delle abitazioni che abbiano una superficie utile di m<sup>2</sup> 45, sia prioritaria ad anziani e nuove famiglie;
- il Piano Sanitario (la cui approvazione è peraltro gravemente in ritardo) è il primo tentativo di programmazione nazionale, come metodo di utilizzazione delle risorse, di indicazione di obiettivi prioritari, di proposta di modelli operativi.

All'interno del processo d'integrazione socio-sanitaria a livello locale sono in corso molte esperienze innovative nel campo dell'intervento socio-sanitario per gli anziani. In particolare è da registrare l'attivazione di: strutture di assistenza domiciliare; ospedali diurni a carattere riabilitativo; comunità-alloggio protette; soggiorni di vacanza estivi e invernali; nuove iniziative di assistenza economica, di socializzazione e inserimento nella comunità. Pur nella loro differenziata tipologia tali servizi sembrano, nel loro complesso, un tentativo di risposta ai diversi gradi di dipendenza socio-sanitaria degli anziani, attraverso la creazione di una vasta gamma di strutture che, al livello ospedaliero di cura, affiancano una rete di servizi a livello di base sul territorio e, a un livello intermedio, tra l'assistenza ambulatoriale e domiciliare e l'istituzionalizzazione. Molti problemi restano peraltro aperti.

Oltre all'ancora insufficiente dimensione quantitativa di tali esperienze è da sottolineare che manca sin qui una approfondita analisi delle qualità delle prestazioni erogate dai servizi. In particolare è da indagare in quale misura, anche entro questi servizi innovativi della politica socio-sanitaria per anziani, non operi quella stereotipia dell'anzianità che ha sin qui informato l'attività delle tradizionali strutture di servizio per anziani e che vuole l'anziano come persona per definizione dipendente, debole e « naturalmente » priva di autonomia.

Ma il problema più rilevante è la scarsa attenzione prestata a tutte le variabili di ordine non biologico ma psicosociologico che, anche per processi di identificazione negativa nel ruolo di anziano-debole-malato, inducono disadattamento e perdita di autonomia degli anziani. Più in generale, è da cogliere una ancora scarsa capacità, da parte dei servizi, di rompere con le immagini stereotipate dell'anzianità e soprattutto, di individuare il disadatt-

tamento per vecchiaia come il risultato di una insoddisfazione del « mondo vitale » dell'anziano.

L'intervento socio-sanitario risente ancora fortemente di una enfasi sui bisogni biologico-materiali dell'anziano mentre sottovaluta la necessità di comunicazione tra istituzioni sociali e mondo vitale e, in particolare, la esigenza di un rapporto non così profondamente asimmetrico, come oggi, tra la dimensione socialmente organizzata dell'intervento socio-sanitario e la dimensione, sempre irripetibile, della persona.

**IL PIANO SANITARIO NAZIONALE  
IL PROBLEMA DEGLI ANZIANI:  
PROSPETTIVE SECONDO LE INDICAZIONI DEL PIANO**

**Fortunato MARINO**

## IL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 1981-83

La programmazione sanitaria è stata introdotta nel nostro ordinamento giuridico dall'art. 53 della Legge 833/78, detta di riforma sanitaria. Lo strumento attraverso il quale la programmazione si realizza è il Piano sanitario. Esso stabilisce le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale, nonché:

- a) gli obiettivi da realizzare nel triennio della sua validità;
- b) l'importo del fondo sanitario nazionale (FSN);
- c) gli indici e gli standards nazionali da assumere per la ripartizione del FSN tra le regioni, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazione dei servizi;
- d) gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le regioni nella ripartizione della quota regionale ad esse assegnata fra le Unità sanitarie locali (USL);
- e) i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi e per gli organici del personale addetto al Servizio Sanitario Nazionale;
- f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- g) gli indirizzi ai quali devono riferirsi i piani regionali;
- h) gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale addetto al servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle funzioni tecnico-professionali, organizzative e gestionali e alle necessità quantitative dello stesso;
- i) le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi che sono stati previsti;
- l) le esigenze prioritarie del SSN in ordine alla ricerca biomedica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute.

La prima proposta di piano sanitario nazionale, riguardante gli anni 1980-82, è stata predisposta dal Ministero della Sanità (Ufficio Centrale della programmazione sanitaria e Comitato Tecnico-scientifico della programmazione sanitaria) e sottoposta al prescritto parere del Consiglio sanitario nazionale nel luglio 1979; approvata dal Consiglio dei Ministri il 23 ottobre 1979 e trasmessa al Parlamento il 15 novembre successivo.

Il Senato ha tardato alcuni mesi ad esaminare la proposta di Piano ed il decorso del tempo ha mutato le condizioni di riferimento, per cui si è reso necessario rielaborare in larga misura il

documento originario facendone slittare la durata del triennio dal 1980-82 al 1981-83 e presentare una nuova versione emandata che è stata consegnata al Senato il 10 dicembre 1980, dopo un secondo parere favorevole del Consiglio sanitario nazionale e la nuova approvazione del Consiglio dei Ministri. Alla data odierna, questa nuova versione del PSN è stata interamente vagliata da un Comitato ristretto\* e sta per essere esaminata in Commissione Sanità del Senato, prima del dibattito in aula.

Nella versione attuale il Piano Sanitario Nazionale consta di quattro distinti documenti:

1. il disegno di legge di approvazione del piano;
2. il dispositivo del piano;
3. il documento contenente lo sviluppo dei calcoli svolti per determinare il Fondo sanitario nazionale e per la sua ripartizione alle Regioni;
4. la relazione politica di presentazione nella quale sono delineate le scelte di fondo compiute.

In particolare:

1. *Il disegno di legge di approvazione del piano* consta di sette articoli. Esso:
  - fissa le prestazioni di assistenza sanitaria a cui i cittadini hanno diritto in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale;
  - stabilisce i vincoli e gli indirizzi che le regioni sono tenute a rispettare nella propria attività legislativa e di programmazione e i tipi di controllo che possono essere esercitati al riguardo;
  - determina le misure di intervento in caso di inadempienze gravi delle USL, delle Regioni e del Ministero della Sanità;
  - fissa il termine entro il quale debbono essere approvati i piani sanitari regionali;
  - stabilisce l'ammontare del Fondo sanitario nazionale per l'esercizio 1981.
2. *Il dispositivo di piano* consta di 103 punti che definiscono:
  - 2.1. il « modello di programmazione » adottato per il settore sanitario;

---

\* Espresso dalla Commissione Sanità del Senato.

2.2. gli « obiettivi strategici » per il triennio 1981-83:

- una migliore tutela della salute in termini di intervento unitario e globale, di accentuazione delle misure di prevenzione e di potenziamento dei servizi territoriali di base;
- il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie, con particolare riferimento al Mezzogiorno, alle zone extraurbane e ai suburbi cittadini;
- l'aumento della produttività della spesa sanitaria, sia in termini di qualità dei servizi resi, sia in termini di efficacia e di efficienza;

2.3. i seguenti dieci programmi di azione da svolgere nel triennio:

- l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e l'unificazione delle prestazioni sanitarie attraverso l'effettiva disponibilità di presidi e di servizi nelle varie zone;
- lo svolgimento di sistematiche iniziative di educazione sanitaria e di informazione verso la pubblica opinione;
- l'integrazione delle attività sociali a rilievo sanitario nel campo di attività delle USL, consentendone il finanziamento fino ad un massimo del 5% del fondo a disposizione, sul Fondo sanitario nazionale;
- la modifica del sistema di formazione del personale e il potenziamento delle iniziative di aggiornamento permanente degli operatori in servizio, sanitari e amministrativi;
- l'attivazione di adeguati strumenti conoscitivi quali il Sistema Informativo Sanitario (SIS) e la programmazione di bilancio, per tenere sotto controllo il processo di trasformazione e di sviluppo del sistema e la situazione della spesa sanitaria;
- una serie di misure finalizzate al risparmio;
- il coordinamento, il potenziamento e il trasferimento dei risultati della ricerca sanitaria finalizzata;
- la riorganizzazione dei servizi delle USL, da compiere tenendo presente un modello flessibile di riferimento;
- l'adeguamento degli organi centrali del Servizio sanitario nazionale ed il riordinamento del Ministero della Sanità;
- la definizione di un sistema di indicatori socio-sanitari idonei a fornire elementi per il controllo di attuazione del Piano;

2.4. *i seguenti tre progetti-obiettivo*, definendo con tale dizione l'impegno in un particolare campo della salute a fungere da polo di aggregazione di attività diverse tutte convergenti verso l'obiettivo prescelto:

- la tutela della maternità, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute nell'età evolutiva;
  - la tutela della salute degli anziani;
  - la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro;
- 2.5. *Quattro campi di interventi prioritari* concernenti rispettivamente:
- la prevenzione degli handicaps e l'assistenza agli handicappati;
  - la prevenzione delle tossicomanie e l'assistenza ai tossicodipendenti;
  - la lotta ai tumori e l'assistenza oncologica;
  - la salute degli animali e la sanità veterinaria;
- 2.6. *l'entità del Fondo sanitario nazionale*, determinato in L. 21.445,5 miliardi per la parte corrente nell'esercizio 1981, e in L. 3.807 miliardi l'impegno triennale nel campo degli investimenti, di cui 510 miliardi disponibili nel 1981 ed il resto nei due anni successivi. Di tale fondo determina, altresì, la ripartizione alle regioni e i vincoli ai quali è soggetta l'utilizzazione delle risorse.
3. *Il documento tecnico con lo sviluppo dei calcoli* illustra il procedimento di determinazione degli aggregati di spesa e dà minuziosa spiegazione dei criteri e dei parametri usati per riequilibrare la distribuzione delle risorse alle regioni.
4. *La relazione politica* di presentazione del Piano sanitario nazionale fornisce le motivazioni delle scelte di fondo compiute e traccia un quadro di grande sintesi dello stato sanitario del paese nel momento in cui decolla il servizio sanitario nazionale. In conclusione si tratta di un primo tentativo organico di affrontare i problemi della trasformazione e dello sviluppo del sistema sanitario in accordo con la legge di riforma.

#### IL MODELLO DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Per definire il modello di programmazione introdotto in Italia con la riforma sanitaria, bisogna riferirsi alle indicazioni contenute nella legge 833/78 e a quelle contenute nel Piano sanitario nazionale. (\*)

---

\* Per una trattazione più organica si veda S. PADERNI, *Il modello di programmazione sanitaria adottato in Italia e il sistema delle relazioni tra*

Le prime restano piuttosto generiche. Esse si limitano a:

- rinviare alla programmazione economica nazionale per la determinazione degli obiettivi della programmazione sanitaria (art. 3);
- delineare l'iter di formazione del Piano; specificare i soggetti che partecipano al procedimento formativo; fissare il periodo di validità di massima del Piano; elencare i « contenuti » (art. 53);
- stabilire che i piani regionali debbono « uniformarsi » ai contenuti e agli indirizzi del P.S.N. e « riferirsi » agli obiettivi particolari della programmazione regionale di sviluppo (art. 55).

Più puntuali indicazioni, invece, si trovano nel P.S.N., dall'esame delle quali è possibile trarre i contorni del « modello » di programmazione che si va stabilendo in Italia. I punti del dispositivo di piano cui bisogna riferirsi sono il 7, il 5, il 4, il 6 ed il 78:

- il punto 7 definisce la programmazione sanitaria come programmazione economica nazionale;
- il punto 5 precisa che essa è un processo ciclico, partecipato e democratico;
- il punto 4 chiarisce che viene adottata la programmazione come metodo ordinario di governo ai vari livelli istituzionali;
- il punto 6 aggiunge che viene adottato il tipo di programmazione « per scorrimento »;
- il punto 78 chiarisce, infine, che essa ha carattere budgettario.

Combinando insieme queste indicazioni, prende corpo un modello di programmazione caratterizzata da un processo ciclico le cui fasi sono:

- *la fase istruttoria*, dedicata alla raccolta delle informazioni necessarie per l'analisi dei bisogni da soddisfare e per la valutazione della potenzialità, attuale e futura, dell'organizzazione di risposta; alla formulazione di ipotesi di programmi d'intervento congruenti ai bisogni e fattibili rispetto allo stato dell'organizzazione; alla simulazione del loro svolgimento per misurarne gli effetti prevedibili e i costi;
- *la fase della decisione e della definizione normativa*, dedicata alle scelte e alla approvazione del documento formale di piano;
- *la fase dell'attuazione*, dedicata all'organizzazione dei mezzi a disposizione, al coordinamento delle attività, allo svolgimento

---

*i livelli di programmazione*, in Atti delle XXVII giornate scientifiche della Società Italiana di Economia, statistica e demografia, Selva di Fasano, Marzo 1981.

dei programmi di intervento, nel rispetto delle indicazioni di piano;

- *la fase della verifica*, dedicata al riscontro tra i risultati conseguiti e gli obiettivi dichiarati nel piano, e, attraverso analisi e controlli, alla individuazione di ciò che non ha funzionato secondo le attese, vuoi nella formulazione delle previsioni, vuoi nelle attività di organizzazione e di attuazione;
- *la fase del riadeguamento* che è di fatto una nuova fase istruttoria, arricchita, però, dai dati dell'esperienza e dall'analisi puntuale compiuta durante la fase di verifica.

Si può quindi correttamente parlare di un procedimento ciclico permanente, che richiama l'idea di una spirale perché, se è vero che determina un processo circolare che termina dove era cominciato, non è men vero che la nuova partenza avviene a un livello di esperienze e di conoscenze sicuramente maggiori rispetto alla precedente partenza del ciclo.

Per completare l'esame delle caratteristiche della programmazione adottata, ricordiamo che essa:

- è *del tipo per « scorrimento »*, intendendo, con tale espressione, la caratteristica di determinare per tre anni gli obiettivi di piano e di verificare annualmente i risultati conseguiti, allo scopo di assestare di anno in anno le indicazioni in un quadro previsionale generale riferito ogni volta al triennio successivo;
- è *programmazione di settore*. In quanto tale, è raccordata alla programmazione economica generale, con il triplice scopo di:
  - verificare la compatibilità delle spese di settore con la situazione economica generale del Paese;
  - determinare la coerenza degli obiettivi particolari in campo sanitario con la strategia generale di sviluppo del Paese e delle singole regioni;
  - individuare le possibili iniziative intersettoriali suscettibili di contribuire alla soluzione di problemi sanitari.
- *ha carattere budgettario*. La stessa legge di approvazione del piano delibera lo stanziamento del Fondo sanitario nazionale, il che rende contestuale i due momenti della decisione sulle cose da fare e della messa a disposizione delle risorse finanziarie occorrenti per farle. Nella stessa legge, inoltre, vengono fissate le regole ed i vincoli per garantire l'impiego delle risorse secondo la destinazione per esse programmata;
- è *metodo ordinario di governo*, ai vari livelli istituzionali (centrale, regionale, locale), per la gestione delle risorse e per la guida coordinata del processo di trasformazione del sistema sanitario.

*I soggetti attivi* del processo di pianificazione sono rispettivamente:

- l'amministrazione centrale e le regioni per quanto concerne le scelte di fondo, l'individuazione degli obiettivi generali proiettati nel futuro, l'elaborazione del documento di piano;
- il Consiglio sanitario nazionale che si pronuncia in via consultiva al riguardo, ma che ha anche potere di proposta nel merito;
- le regioni, con l'apporto degli enti locali, delle università, delle forze sociali sono invece i soggetti attivi per quanto riguarda il processo di programmazione sanitaria a livello regionale, la elaborazione del documento di piano sanitario regionale;
- gli enti locali, con l'apporto dei soggetti di partecipazione democratica a livello di base sono a loro volta i soggetti attivi delle scelte operative, dell'organizzazione e del coordinamento delle attività di attuazione e della verifica dei risultati.

Secondo lo schema interpretativo esposto, al livello degli organi centrali prevale l'aspetto politico dei problemi; man mano che si procede verso gli organi decentrati e le attività di realizzazione acquistano rilievo gli aspetti tecnici e i condizionamenti finanziari, che rendono indispensabile l'applicazione di tecniche di ottimizzazione nell'impiego delle risorse scarse e nell'assunzione delle decisioni.

## IL PROGETTO OBIETTIVO

### « TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI » \*

Il piano sanitario individua nella formula dei progetti-obiettivo la modalità nuova per affrontare i problemi salienti della tutela della salute.

L'assunto su cui si basa la scelta del piano è che esistono aspetti della tutela della salute che — per la gravità intrinseca del danno implicato, per il coinvolgimento della popolazione interessata, per le ripercussioni sociali ed economiche degli effetti prodotti e per l'approccio globale richiesto dal loro esame — sono tali da suggerire una mobilitazione di impegni più ampia di quella che può assumere il settore sanitario da solo. In altri termini i progetti obiettivo si propongono di segnalare i problemi ritenuti prioritari in un triennio all'interno del sistema sanitario, e nello stesso tempo di promuovere nuovi tipi di relazioni intersettoriali.

---

\* Il presente capitolo è stato desunto dalla Relazione al ddl di approvazione del piano sanitario nazionale.

Per questo duplice valore i progetti-obiettivo rappresentano la massima espressione di qualità della strategia del piano sanitario e, proprio a causa di ciò, essi sono stati compresi tra le azioni vincolate che le Regioni e le USL sono tenute a svolgere, sia pure con tutta l'autonomia di definire i contenuti operativi in relazione alla specificità delle situazioni locali, e di aggiungerne, nella propria programmazione, anche altri, sempre, però, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili.

Discende dalle premesse fatte che i problemi oggetto dei progetti obiettivo non possono e non debbono essere risolti in termini di strutture settoriali, ma attraverso l'azione complessiva di tutte le attività del sistema, da rendere particolarmente attente e finalizzate alla soluzione degli specifici problemi dedotti nei progetti-obiettivo.

Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, le risorse destinate ai progetti-obiettivo sono vincolate ed aggiuntive rispetto a quelle destinate alla normale organizzazione e gestione dei servizi.

Al problema degli anziani, alla prevenzione delle cause invalidanti ed emarginanti, alla prevenzione della cronicità e agli interventi per i non autosufficienti, il piano dedica uno specifico progetto obiettivo, mentre dedica un ulteriore « intervento programmatico prioritario », da valere come indirizzo ed orientamento per le regioni, alla prevenzione degli handicaps e alla assistenza agli handicappati, i cui problemi sono riconducibili — sotto taluni aspetti — a quelli dei cronici per quanto attiene alle modalità di interventi socio-sanitari.

Il progressivo e costante invecchiamento della popolazione (tabella 1) da una parte, e, dall'altra la sistematica espulsione degli anziani dalle attività produttive e dal contesto sociale ammoniscono che non può essere considerato un risultato soddisfacente quello di allungare la durata media dell'esistenza, se la società non è in grado di assicurare contemporaneamente ai suoi cittadini anziani condizioni di benessere fisico e psichico e condizioni di vita sociali ed economiche adeguate ed atte ad essere vissute con serenità, dignità e decoro.

Il progetto-obiettivo costituisce, sotto questo aspetto, una sfida che la società organizzata e la collettività dei cittadini debbono saper vincere.

L'adozione di uno specifico progetto-obiettivo intende promuovere un coordinamento serrato ed una mobilitazione intersettoriale di risorse, di competenza, di professionalità e di iniziative convergenti nel triennio 1981-83 a dare una risposta quanto più possibile risolutiva delle attese di quel sesto della popolazione che è il destinatario di questo progetto-obiettivo.

Accanto a questo aspetto si è tenuto presente che la popolazione anziana costituisce un gruppo sociale estremamente indifeso

per cui sembra giusto che la sua tutela venga spontaneamente assunta dalla struttura pubblica con priorità.

Ma il progetto-obiettivo ha un terzo scopo strategico a medio termine: quello di perseguire nel corso del triennio la dopurazione dalla spesa sanitaria di oneri che sono di natura esclusivamente sociale e assistenziale (e che nel campo degli anziani sono di dimensioni rilevanti) e per contro assumere doverosamente a carico del Fondo sanitario nazionale oneri specificamente sanitari, al presente sostenuti dalle famiglie o dagli enti locali per incorporamento nelle rette assistenziali degli istituti di ricovero per anziani.

L'esame del progetto-obiettivo mette in evidenza l'intendimento di affrontare e rinnovare alle origini le cause emarginanti ed invalidanti connesse col processo di invecchiamento facendo convergere risorse sanitarie e sociali al fine di:

- contrastare e contenere i processi invalidanti e limitativi dell'autosufficienza sia fisica che psicologica;
- mantenere l'anziano, per quanto possibile, nel proprio domicilio e salvaguardare l'integrità del suo status e dei suoi ruoli nel contesto sociale;
- avviare un processo di reinserimento sociale degli anziani autosufficienti attualmente ricoverati in strutture assistenziali;
- realizzare una sostanziale deospedalizzazione dei ricoveri impropri.

Gli obiettivi possono essere raggiunti migliorando la qualità dei servizi attraverso:

- lo sviluppo di una coscienza e di una cultura gerontologica, a livello sia degli operatori che della collettività;
- la ridefinizione dell'assistenza domiciliare, che va intesa come servizio integrato socio-sanitario e non come sommatoria delle varie prestazioni fornite dai servizi di base, sanitari e assistenziali.

Gli interventi raccomandati per l'attuazione del progetto-obiettivo coinvolgono le regioni per quanto riguarda la promozione di indagini per accertare il fenomeno dei ricoveri impropri in ospedale; le USL per quanto riguarda la conduzione di una analisi campionaria della popolazione oltre i 60 anni di età, al fine di accertare il numero degli anziani diviso per classi di età, le condizioni di salute, il grado di autosufficienza, le condizioni economiche e abitative; i settori aventi competenza nella programmazione e nella realizzazione di interventi in materia di edilizia abitativa, urbanistica, cultura e lavoro.

Per quanto riguarda, in particolare, i cronici non autosufficienti l'obiettivo specifico del progetto-obiettivo è quello che venga

programmata « una corretta ed idonea politica di interventi attraverso l'attivazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari alternativa al ricovero in ospedale o in altre istituzioni non adeguatamente attrezzate ». Anche in questo caso viene raccomandato alle regioni di:

- promuovere indagini mirate ad accertare il fenomeno dei cronici attualmente istituzionalizzati, valutandone la natura dei quadri morbosi ed il livello di non autosufficienza;
- riqualificare e riconvertire i servizi socio-sanitari al fine di garantire una terapia di mantenimento e la prevenzione del danno terziario, attraverso:
  - \* l'assistenza domiciliare ove ciò sia possibile;
  - \* l'attivazione di strutture polivalenti socio-sanitarie dipendenti dalle USL collegate a livello funzionale con l'ospedale, in particolare con il dipartimento riabilitativo, e con altri servizi delle USL.

Tra gli altri interventi raccomandati particolare attenzione meritano quelli diretti:

- a favorire le iniziative che incentivano la partecipazione diretta e responsabile della famiglia nell'azione dell'assistenza domiciliare e di riabilitazione;
- ad animare il dibattito culturale e scientifico sull'argomento, anche attraverso la promozione di ricerche mirate in materia;
- ad effettuare controlli rigorosi e sistematici sulle istituzioni che accolgono le persone anziane;
- a raccogliere sistematicamente i dati informativi necessari per la valutazione complessiva del fenomeno.

TABELLA 1

## SITUAZIONE DEMOGRAFICA

Anno	Popo- lazione	Tasso di crescita annuale	Ecced.za nati vivi sul morti	Mortalità Infantile	Mortalità perinatale	Tasso di nuzialità	Età mediana dei morti		Indice di invecchiamento	
							M	F	ultra sessantenni	ultra settantenni
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	l
1970	53.832	0,64	6,9	29,6	31,2	7,3	69,27	75,27	—	—
1971	54.179	0,64	7,1	28,5	30,4	7,5	69,47	75,65	16,69	7,03
1972	54.646	0,86	6,7	27,0	29,2	7,7	69,53	75,72	16,98	7,20
1973	55.180	0,98	6,1	25,7	28,3	7,6	70,17	76,41	17,20	7,31
1974	55.645	0,84	6,2	22,6	26,1	7,3	70,23	76,55	17,41	7,48
1975	56.014	0,66	4,9	20,7	24,1	6,7	70,55	76,90	17,58	7,65
1976	56.323	0,55	4,2	19,2	22,8	6,3	70,77	77,11	17,51	7,83
1977	56.600	0,49	3,6	17,7	20,9	6,1	70,96	77,41	17,31	8,03
1978	56.829	0,40	3,1	17,0	20,2	5,9	—	—	17,10	8,30
1979	56.999	0,30	2,4	15,6	18,8	5,7	—	—	17,06	8,56

a: popolazione residente (in migliaia); d: morti su 1.000 nati vivi nel 1° anno di vita; e: nati morti e morti nella prima settimana di vita; f: per mille abitanti; i, l: indice di invecchiamento sul totale della popolazione.

UCPS: Elaborazioni su dati ISTAT.

**LINEE DI TENDENZA  
DEGLI INTERVENTI CHE RIDUCONO LA CRONICITA':  
PROBLEMI E PROSPETTIVE**

**Francesco SANTANERA**

**Lorenza ANFOSSI**

**Mariena GALETTI SCASSELLATI**

## 1ª PARTE

## PREMESSA

Innanzitutto ci sembra necessario premettere che per correttezza non si può parlare in modo indifferenziato di anziani.

Ci sono infatti persone anziane che continuano ad avere un ruolo sociale spesso impegnativo ed importante (politici, dirigenti d'azienda, professionisti, ecc.). A queste persone non interessa certo una legislazione che preveda provvidenze e servizi per gli anziani, essendo esse in grado di provvedere autonomamente alle loro esigenze economiche e sociali.

Va osservato — e questo aspetto è di fondamentale importanza — che gli anziani che hanno un ruolo sociale attivo, e pertanto piena libertà di scelta, non scelgono mai — finché sono autosufficienti — di vivere in case per vecchi, di andare in vacanza con i vecchi, di essere ospedalizzati con i vecchi, di passare il tempo libero con i vecchi, di frequentare le Università della terza età. Inoltre è noto che nessun ricco va a finire i suoi giorni negli squalidi cronici dell'assistenza pubblica e privata.

Gli interventi chiamati assistenziali, in realtà di emarginazione, prevedono per gli anziani, non liberi di scegliere, servizi e strutture che sono giusto l'opposto dei servizi e strutture scelti dagli anziani liberi.

In sostanza, sempre con una grossolana schematizzazione, si può concludere dicendo che vi sono due gruppi di anziani:

- quelli che, cavandosela (bene o male) da soli o con l'aiuto dei propri familiari o in qualche caso con l'appoggio di amici o conoscenti, bene o male restano inseriti nella società;
- quelli che, privi o privati di un ruolo sociale attivo e spesso di sufficienti mezzi economici, vengono dalla società emarginati o anche segregati.

Da notare che per gli anziani vi sono scarse provvidenze dirette a favorire la loro permanenza nel vivo del tessuto sociale. Spesso i livelli delle pensioni sono da fame.

Alloggi per anziani nelle normali case di abitazione sono costruiti in quantità ridicola e spesso di qualità scadente (ad esempio per la presenza di barriere architettoniche); nessun aiuto economico viene dato alle famiglie che accolgono anziani cronici; non esiste un'assistenza domiciliare specifica per i cronici ospedalizzati a domicilio.

E' sintomatico che quando si organizzano manifestazioni, di-

battiti, seminari sugli anziani, essi sono sempre e solo rivolti ai settori dell'assistenza, della sanità e delle pensioni: l'anziano è un povero e un malato. Mai si sentono coinvolti sui problemi degli anziani gli organi di governo nazionale, regionale e locali preposti al lavoro, alla casa, alla cultura, all'economia, al tempo libero.

Va anche sottolineato che l'immagine dell'anziano delineata dai settori dell'assistenza e della sanità e dai mass-media è mai quella di vecchi vispi e attivi, ma di persone incapaci e passive.

Il risultato è che non ci si preoccupa di che cosa fare perché gli anziani possano essere messi in condizione di decidere quel che a loro pare e piace; l'accento è sempre posto su come assistere meglio e come curare meglio i vecchi.

Nel 1969 molti si scandalizzarono, sovente però solo sul piano epidermico, quando nella relazione relativa al bilancio dello Stato del Ministero dell'Interno videro che era scritto: « l'assistenza pubblica ai bisognosi (...) racchiude in sé un rilevante interesse generale, in quanto i servizi e le attività assistenziali concorrono a difendere il tessuto sociale da elementi passivi e parassitari ».

Orbene, qual è il motivo per cui non sono assunte iniziative concrete per consentire agli anziani in difficoltà di vivere insieme agli altri cittadini con piena autonomia, se non il fatto che chi non se la cava da solo viene considerato un elemento passivo e parassitario?

Prima di passare ad esaminare i problemi della sanità e dell'assistenza, facciamo alcuni cenni in merito ai problemi del pensionamento e della casa.

## PENSIONAMENTO

A questo riguardo va detto che le leggi sul lavoro dipendente sono spietate nei confronti degli anziani: ad una certa età, indipendentemente dalla volontà degli interessati, sono previsti la perdita del posto di lavoro e il collocamento in pensione.

Ne derivano, per milioni di persone, la perdita di qualsiasi ruolo ed una riduzione, spesso notevole, delle disponibilità economiche. Ricordiamo che le pensioni minime sono di L. 181.450 per contadini, artigiani e commercianti, di L. 204.050 per gli ex lavoratori delle industrie e di L. 129.900 per i pensionati sociali.

Per superare il pensionamento « obbligatorio » non crediamo molto nelle ventilate misure legislative circa il lavoro a tempo parziale. Riteniamo invece che il problema troverà soluzione solo con lo sviluppo delle cooperative, che pongono i lavoratori nella condizione di avere maggiori spazi di decisione sul proprio presente e sul proprio futuro.

Circa l'adeguamento delle pensioni alle esigenze, il problema è di difficile soluzione in quanto la parte attiva della popolazione dovrebbe destinare meno risorse a se stessa e maggiori risorse alla fascia più debole.

#### CASA E BARRIERE ARCHITETTONICHE

Per quanto riguarda la casa, moltissimi sono gli anziani che, proprio a causa delle ristrettezze economiche, sono costretti a vivere in abitazioni (spesso si tratta di soffitte) del tutto inadeguate. Le leggi sulla casa non considerano le loro specifiche esigenze né in merito ai criteri di assegnazione, né in relazione alla tipologia.

Basti pensare che la presenza di barriere architettoniche ne impedisce l'uso o lo rende estremamente difficoltoso, barriere architettoniche la cui eliminazione non è prevista dal DPR 27 aprile 1978 n. 384 per le case di civile abitazione, comprese quelle dell'edilizia economica e popolare.

Va anche detto che le due leggi sulla casa (L. 22 ottobre 1971 n. 865 e L. 8 agosto 1977 n. 513) che prevedevano la costruzione di alloggi anche per anziani sono state quasi del tutto disapplicate.

#### SANITA'

La riforma sanitaria è appena agli inizi ed evidentemente è assurdo pretendere che il funzionamento del servizio sanitario nazionale diventi accettabile nel giro di pochi mesi. Le carenze, le disfunzioni ereditate dal vecchio sistema sono tali che occorreranno anni per un riequilibrio della situazione.

Quel che è invece inaccettabile è che la nuova organizzazione continui a negare agli anziani, in particolare a quelli cronici, i diritti acquisiti (v. la legge 4 agosto 1955 n. 692, il decreto del Ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956, la legge 12 febbraio 1968 n. 132), diritti acquisiti che prevedono l'assistenza ospedaliera anche ai cronici senza limiti di durata quando le cure non possono essere prestate a livello domiciliare o ambulatoriale. Invece, com'è noto, ovunque è violato il diritto dei cronici « poveri » al ricovero ospedaliero senza limiti di durata.

Non siamo certo favorevoli alla spedalizzazione degli anziani quando questo intervento non è necessario. Ribadiamo però che nei casi in cui le cure non siano praticabili a domicilio o in ambulatorio gli anziani, compresi quelli cronici, hanno diritto al ricovero ospedaliero.

Gli anziani cronici sono dimessi, spesso di forza e con ricatti vari dagli ospedali ed i parenti sono costretti a ricercare un posto presso gli istituti di assistenza, fra l'altro non abilitati a svolgere attività sanitarie, e a pagare di tasca propria rette fino a L. 45.000 al giorno.

La legge 23 dicembre 1978 n. 833 fissa all'art. 1 fra gli obiettivi del servizio sanitario nazionale:

- « la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata »;
- « la riabilitazione degli stati di invalidità e inabilità somatica e psichica »;
- « la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione ».

Per quanto riguarda i cronici, questi principi sono puntualmente sconfessati dal progetto di piano sanitario nazionale in cui si prevedono « interventi in favore dei cronici non autosufficienti, attraverso una rete integrata di servizi socio-sanitari alternativi al ricovero in ospedale o in altre istituzioni non adeguatamente attrezzate ».

Dunque il cronico viene espulso dagli ospedali anche quando ha ancora necessità di cure non praticabili a domicilio o in ambulatorio e viene ricoverato in strutture ad hoc: i cronicari (nel progetto di piano sono chiamati « strutture protette »). Il servizio sanitario nazionale è cioè impostato ed organizzato in modo da incentivare la cronicizzazione degli anziani.

Infatti, una volta definito cronico (in base a quali criteri scientifici?), l'anziano non graverà più sull'ospedale né sul piano della spesa, né come carico di lavoro. In tal modo sarà possibile ridurre le giornate di degenza e fabbricare statistiche che dimostrino una buona funzionalità degli ospedali.

Vi è da notare che l'espulsione dal settore sanitario degli anziani definiti cronici è attuata anche nei confronti di altri « cronici »: malati mentali, tossicodipendenti, alcoolisti, al termine della fase acuta.

Questa impostazione riguarda anche gli handicappati psichici non autosufficienti.

Pertanto, conformemente a quanto affermato dal Ministero dell'Interno nel 1969, l'assistenza è diventata la spazzatura della sanità. E' diventata cioè il settore in cui sono fatti confluire gli elementi passivi e parassitari per la sanità, e cioè appunto i soggetti definiti cronici, siano essi anziani, tossicodipendenti, alcoolisti, handicappati psichici, malati mentali.

Per la sanità è una vera cuccagna: basta non intervenire o intervenire in modo da non guarire, basta poi fare una dichiarazione di cronicità (che non può essere contestata perché la cronicità non è scientificamente definibile) e non si ha più alcuna competenza su decine di migliaia di pazienti e cioè proprio sui soggetti che richiedono gli interventi più numerosi e più gravosi.

In alternativa a questa linea emarginante proponiamo che la sanità sia competente ad intervenire quando l'autonomia delle persone è impedita a causa della mancanza di salute.

Proponiamo pertanto che tutti i malati siano di competenza della sanità, siano essi fisici o mentali, sia la loro malattia in fase acuta o in fase cronica.

Anche gli handicappati psichici ultra-quattordicenni, non inseribili nel lavoro a causa delle loro condizioni di non autosufficienza, dovrebbero essere di competenza della sanità.

Ovviamente la competenza sanitaria non dovrebbe comportare una medicalizzazione di tutti gli interventi necessari.

La linea che noi proponiamo porta anche al superamento delle attuali classificazioni (acuti - convalescenti - cronici - lungodegenti); se classificazione ci deve essere questa deve essere incentrata sulle esigenze e sulle risposte necessarie per soddisfare dette esigenze. Allora si può e si deve parlare di cure domiciliari, ambulatoriali ed ospedaliere a seconda che le esigenze possano essere risolte a domicilio, ambulatoriamente, in ospedale.

Nei casi di assistenza a domicilio di anziani cronici che altrimenti dovrebbero essere ricoverati in ospedale (ospedalizzazione a domicilio), le famiglie dovrebbero essere aiutata anche sul piano economico.

## ASSISTENZA

Volutamente parliamo per ultimo dell'assistenza, in quanto la necessità di interventi assistenziali indica che il soggetto non è autonomo, ma dipende da altri. L'intervento assistenziale è necessario quando la prevenzione non ha funzionato, quando non si ha una casa idonea, quando la pensione è insufficiente, quando la sanità si rifiuta di intervenire, quando la scuola dell'obbligo espelle i più deboli, ecc.

Purtroppo nella maggior parte dei casi l'intervento assistenziale è la segregazione in istituto, spesso situato lontano dal contesto sociale di appartenenza. Ma molto spesso anche l'intervento assistenziale è rifiutato, nonostante che fin dal 1934 (art. 91 del R.D. 3 marzo 1934 n. 383) i Comuni siano tenuti a provvedervi. Le spese relative erano obbligatorie.

Va anche detto che, nonostante la competenza legislativa sia stata trasferita alle Regioni con il DPR 24 luglio 1977 n. 616, poche sono le Regioni che hanno provveduto ad emanare le relative norme. Occorre anche aggiungere che il DPR 616 prevedeva che le attività assistenziali (e non solo quelle relative agli anziani), fossero gestite a livello delle Unità locali a partire dal 1° gennaio 1978, obbligo quasi ovunque non rispettato né dalle Regioni né dai Comuni. Tutto ciò dimostra ancora una volta che le leggi restano spesso e volentieri disapplicate quando si riferiscono alle fasce deboli di popolazione.

Occorre purtroppo anche rilevare che il settore assistenziale è sempre più ingestibile.

Infatti da un lato il numero dei cronici (anziani, malati mentali, tossicodipendenti, handicappati psichici non autosufficienti) è un pozzo senza fondo in quanto è sufficiente che sia fatta una dichiarazione di cronicità perché uno debba ricorrere all'assistenza. Inoltre è impossibile trovare personale che dal momento dell'assunzione al momento del pensionamento abbia la forza fisica e psichica di lavorare sempre e solo con i cronici. Con il carico dei cronici, non vi sono nel settore assistenziale possibilità di rotazione del personale.

Solo gli istituti privati sono in grado di assicurare una mobilità, ancorché selvaggia. Infatti si resta a lavorare in questi istituti finché non si trova al di fuori di essi una collocazione lavorativa migliore.

In conclusione: o le linee politiche di intervento vengono cambiate, modificando le condizioni del pensionamento, portando le pensioni a livelli accettabili e aprendo a tutti i servizi non assistenziali (sanità, casa, cultura, tempo libero, ecc.), oppure l'area dell'emarginazione degli anziani si amplierà mano a mano che il loro numero aumenterà e mano a mano che aumenteranno i privilegi delle fasce forti della popolazione.

Un'ultima annotazione. Si parla moltissimo di prevenzione.

Ma come si può pensare ad una prevenzione reale del disagio sociale quando la partecipazione delle forze sociali e dei cittadini è boicottata o, in altre parole, quando si fa di tutto, fin dalla più tenera infanzia, perché la gente non pensi con la propria testa?

#### PROPOSTE DI LEGGE DI RIFORMA DELL'ASSISTENZA

Poche speranze si devono nutrire nei confronti della riforma dell'assistenza, attualmente all'esame della Camera.

Il testo approvato dal Comitato ristretto infatti:

- fa confusione fra servizi sociali, servizi socio-assistenziali, servizi assistenziali, servizi preposti allo sviluppo sociale;
- attribuisce all'assistenza l'irrealizzabile compito di prevenire le situazioni di bisogno;
- lascia indefinito il problema istituzionale a livello locale;
- prevede la privatizzazione della IPAB (e dei relativi patrimoni) non trasferite ai Comuni;
- nulla dice in merito al personale e alla sua formazione di base e permanente.

#### ASPETTI ISTITUZIONALI

Come è noto la stragrande maggioranza dei Comuni italiani non ha una popolazione sufficiente per assicurare la programmazione e la gestione né dei servizi necessari (sanità, diritto allo studio, cultura, casa, formazione professionale, assistenza, ecc.), né delle attività connesse allo sviluppo economico (industria, artigianato, agricoltura, turismo, ecc.).

Di qui la proposta che la programmazione e la gestione delle materie proprie dei Comuni e delle Province, comprese quelle trasferite con il DPR 24 luglio 1977 n. 616, siano affidate alle Unità locali di tutti i servizi di base, ampliando le funzioni degli attuali organi di governo locale per la sanità.

Riteniamo che la creazione di un unico organo di governo locale sia anche una condizione indispensabile da un lato per consentire una partecipazione politica (e perciò non solo settoriale) delle forze sindacali e d'altro lato per l'effettiva messa in atto di iniziative di prevenzione dell'emarginazione, del disadattamento e per l'ampliamento della prevenzione delle malattie a tutti i possibili campi di intervento.

#### ASPETTI ORGANIZZATIVI DEL SETTORE ASSISTENZIALE

A nostro avviso il settore assistenziale, dovendo assumere come riferimento i nuclei familiari, deve essere organizzato per filoni di intervento (assistenza economica, domiciliare, ecc.) e non per fasce di età o per categorie (normali, handicappati).

Ciò premesso, in sintesi le funzioni del settore assistenziale possono essere indicate nelle seguenti: analisi delle cause che provocano il bisogno assistenziale ed individuazione degli interventi che, se assunti dai settori della sanità, della casa, della scuola, della cultura, del tempo libero, ecc., portano alla eliminazione o ridu-

zione del numero di coloro che richiedono assistenza; prestazioni fornite a coloro che richiedono l'intervento assistenziale: informazione e consulenza; interventi di appoggio alle famiglie e persone in difficoltà; indagini richieste dall'autorità giudiziaria, tutela e curatela, assistenza economica, servizi di aiuto domiciliare, interventi alternativi al ricovero assistenziale (affidamenti educativi di minori, affidamenti assistenziali di interdetti, inserimenti di handicappati adulti e di anziani presso nuclei familiari o persone singole), ricoveri in istituto e relativa attività di vigilanza. Ovviamente, in base a quanto detto prima, queste prestazioni devono essere fornite a tutti gli aventi diritto indipendentemente dall'età.

E' anche evidente che tutte le funzioni sopra indicate (relative alle attività di prevenzione e alle prestazioni) non possono essere svolte in modo scoordinato o settoriale e tanto meno in modo superficiale.

Si tratta infatti di funzioni specifiche e strettamente concatenate fra di loro, il cui svolgimento corretto esige da un lato personale specializzato e d'altro lato un continuo lavoro di équipe fra gli operatori del settore assistenziale (assistenti sociali, educatori, colf, amministrativi).

Spesso occorre poi che il gruppo di educatori del settore assistenziale operi con altri gruppi di addetti (ad esempio con quelli della casa, della scuola, del tempo libero, della cultura, ecc. per la programmazione degli interventi di prevenzione) o con altri servizi (ad esempio con la neuropsichiatria infantile per gli affidamenti educativi dei minori).

Proporre invece che singoli operatori del settore assistenziale entrino a far parte ad esempio di équipes sanitarie, porta nei fatti a far assumere a detti operatori un ruolo subalterno così come è avvenuto per le cosiddette équipes medico-psico-pedagogiche e per il servizio sociale ospedaliero.

D'altra parte, rimanendo nel campo dei rapporti fra sanità e assistenza, occorre rilevare che mentre gli utenti della sanità sono il 100 per 100 della popolazione, gli utenti dell'assistenza non arrivano al 5 per cento.

Pertanto in un distretto socio-sanitario di 5.000 abitanti:

- gli utenti della sanità sono 5.000
- gli utenti dell'assistenza non arrivano a 250.

#### ORGANIZZAZIONE DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Dalle considerazioni precedenti emerge che non è opportuno prevedere in ogni distretto socio-sanitario né una équipe di ope-

ratori assistenziali in quanto il numero del personale necessario sarebbe eccessivo rispetto alle esigenze, tenuto conto delle numerose specifiche capacità professionali occorrenti (assistenti sociali, educatori, colf, amministrativi), né d'altra parte è auspicabile l'inserimento di uno o più operatori dell'assistenza (quali?) nelle équipes sanitarie (quali?).

Proponiamo invece che per il settore assistenziale:

- a) a livello di unità locale vi sia un gruppo fisso di operatori che abbia il compito di provvedere alla programmazione dei servizi e alla gestione del servizio informativo. Questo gruppo, ovviamente, deve avvalersi della collaborazione di tutti gli altri operatori;
- b) a livello di unità locale vi sia un gruppo appositamente incaricato della vigilanza degli istituti pubblici e privati (ovunque situati) in cui sono ricoverati assistiti di competenza dell'unità locale);
- c) a livello di unità locale vi siano referenti specifici per i vari filoni di intervento (assistenza economica, aiuto domiciliare, affidamenti e inserimenti, tutele e curatele, rapporti con l'autorità giudiziaria, comunità alloggio, ricoveri in istituto, consulenza, ecc.), operando gli eventuali raggruppamenti necessari in base alla situazione dell'unità locale;
- d) a livello di distretto socio-sanitario vi sia un referente per raccogliere ed analizzare gli elementi necessari per la programmazione degli interventi di prevenzione e delle prestazioni (elementi da far confluire al gruppo programmazione di cui al punto a) e per raccogliere le richieste di assistenza, dando una prima valutazione.

Non è da escludere che i referenti di cui ai punti a), b), c) e d) possano anche essere gli stessi.

Per quanto riguarda gli interventi essi possono essere svolti a seconda dei casi:

- o direttamente dal referente di distretto socio-sanitario, ad esempio se si tratta di semplice consulenza;
- o dal referente di cui sopra insieme con gli altri operatori necessari, ad esempio se si tratta di un intervento di aiuto domestico e di assistenza economica;
- o da un referente di cui al punto c), ad esempio se occorre provvedere alla nomina di un tutore;
- o da un operatore con specifica capacità professionale (che magari è il referente di un altro distretto), ad esempio nel

caso di valutazione delle capacità educative di una coppia che richiede un minore in adozione speciale;

- o da un gruppo di operatori del settore assistenziale integrato da operatori della neuropsichiatria infantile, ad esempio per l'inserimento in una famiglia di un minore con disturbi psichici.

#### FORMAZIONE DI BASE E PERMANENTE DEGLI OPERATORI DEL SETTORE ASSISTENZIALE

E' un problema fondamentale. Controproducente è la separazione fra la formazione permanente e la formazione di base in quanto la prima (legata all'operatività) deve fornire gli elementi alla seconda. Di qui la necessità, per poter legare in concreto la formazione ai servizi, dell'attribuzione di questa competenza alle Regioni e, nell'ambito di ciascuna Regione, ad alcune unità locali. L'attribuzione alle Regioni e alle UL, con eventuale convenzionamento a scuole private, della formazione di base e permanente di assistenti sociali, educatori, personale di appoggio, colf e amministrativi, dovrebbe essere accompagnata dal riconoscimento del titolo e dalla equiparazione, agli effetti della carriera e retributivi, al titolo universitario degli educatori e degli assistenti sociali.

Vi è inoltre da esaminare se, nelle Regioni in cui sono o saranno sviluppati i servizi alternativi al ricovero, sia o meno opportuno puntare maggiormente sulla formazione di educatori che di assistenti sociali. Ciò per il fatto che è necessario a detto personale (che svolge un lavoro molto stressante) di ruotare nelle attività oggi svolte da assistenti sociali (che svolgono un lavoro meno coinvolgente sul piano personale).

## 2ª PARTE

## « L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI »

Uno sguardo attento al momento dell'organizzazione dei servizi può offrire spunti interessanti per i nostri lavori in quanto esso può rappresentare la chiave di volta indicativa delle scelte di fondo via via operate da chi ha la responsabilità di rispondere con dei servizi alle esigenze della popolazione. Può essere questo il punto di vista degli operatori, di coloro cioè che sono più direttamente coinvolti nella operatività e quindi più a contatto con i risvolti quotidiani delle scelte definite ai livelli di vertice.

Pare di poter constatare che fino ad oggi le scelte siano andate prevalentemente in due direzioni: quella di servizi organizzati per fasce di età e quella di servizi organizzati secondo determinati filoni di intervento.

Entrambe presentano aspetti positivi e contemporaneamente aspetti negativi, che si cercherà di evidenziare per offrire materiale al dibattito.

*Organizzazione dei servizi per fasce di età*

Quando la scelta è questa si procede individuando in modo preciso una parte di popolazione, quella compresa dall'età di pensionamento in poi, facendola oggetto delle proprie ipotesi di servizi lavorando su bisogni ipotizzati e/o verificati.

Il fatto di lavorare su un gruppo ben definito di popolazione, permette in realtà, sia in fase di ipotesi, sia in fase di verifica e quindi di programmazione: di individuare bisogni specifici; di reperire l'utenza attraverso interventi sistematici (di giungere cioè anche a quella che per una serie di motivi tende a sfuggire quando si opera su una popolazione generalizzata); di quantificare meglio, in fase di previsione, le risorse da utilizzare (almeno in questo momento storico in cui mancano nei vari ambiti territoriali dati globali).

La scelta « per fasce di età » facilita per certi versi anche gli eventuali programmi di informazione; la loro utenza, definita in modo più chiaro, facilita le scelte organizzative tecniche e di contenuti e quindi potenzialmente garantisce meglio rispetto al risultato che si intende perseguire. Un ulteriore beneficio derivante da questi programmi finalizzati di informazione potrebbe essere quello di fornire un reale aiuto al processo di partecipazione di questa fetta di popolazione notoriamente debole politicamente.

Per ciò che concerne gli operatori dei servizi una scelta orientata verso il loro impegno a contatto con una fascia di età definita permette forse di qualificare alcuni di essi in modo più finalizzato a certi bisogni e di ottenere perciò prestazioni di qualità superiore. Può facilitare anche il rapporto degli operatori stessi con gli anziani in quanto lo istituzionalizza; questo fatto può rappresentare una risposta positiva alle difficoltà che essi hanno ad adeguarsi ai cambiamenti e a stabilire rapporti con persone nuove e quindi con operatori fungibili.

Fin qui gli aspetti positivi di questa scelta organizzativa.

Il rischio grave che essa presenta è invece quello di ghettizzare l'utenza anziana selezionandola non in base alle esigenze che essa esprime, ma in base a tipologie che hanno come riferimento l'anziano (categoria che nella realtà non esiste) e non una « persona » con esigenze sue, sempre fra l'altro assai differenziate da quelle di altre persone che con lei hanno in comune solo l'età. E' quanto si è verificato soprattutto in passato e che ha dato origine alle varie iniziative quali i cronicari, i reparti per lungodegenti, ecc.

Il fatto poi che alcune esigenze esistenziali o alcuni problemi siano più diffusi in un'età piuttosto che in un'altra non modifica l'assunto iniziale.

Per ciò che concerne l'informazione se è vero che rimangono validi gli aspetti positivi indicati sopra, è anche vero che emerge come dato negativo abbastanza evidente quello di contribuire a far circolare l'informazione in circuiti chiusi da cui è successivamente difficile uscire e far uscire rischiando di favorire pertanto momenti di partecipazione settoriali.

Il fatto poi di poter meglio focalizzare la preparazione degli operatori e di permettere che essi mantengano un rapporto costante con l'utenza anziana, ha come riscontro negativo quello di rendere più difficile agli operatori stessi un intervento che non perda di vista l'unitarietà e la globalità, cosa che si ripercuote negativamente sul tipo di prestazione realizzata. Questa impostazione inoltre non tiene conto della dimensione familiare e cioè di tutte le interrelazioni positive e negative che giocano sulla vita delle persone anziane, sulle loro scelte, sui loro problemi.

### *Organizzazione dei servizi per filoni di intervento*

Quando si organizzano i servizi secondo quest'ottica e cioè secondo i tipi di problemi, significa che si sono operate a monte alcune scelte tali da rendere gli interventi più naturali in quanto portano l'attenzione sui problemi del singolo soggetto e della singola famiglia e non su una astratta categoria di appartenenza.

Ciò non significa ovviamente che non si possa e si debba tener conto dei bisogni più diffusi in una età specifica, per cercare di dare ad essi risposta adeguata. Il risvolto positivo di tale impostazione sta perciò nel fatto che si fa riferimento ai bisogni, qualunque età, stato sociale, professione, ecc. abbia la persona che li esprime; si permette, nell'ottica di una programmazione di tipo globale e unitario, una visione più completa dei bisogni stessi, e delle modalità con cui si esprimono in un determinato contesto; si permette un'analisi dei riscontri che già si ritrovano rispetto a questi bisogni nel territorio in cui essi si esprimono ed emergono.

Tale impostazione facilita inoltre l'informazione sui temi specifici anche se rende più difficile per ragioni sia tecniche sia di contenuto l'informazione di tipo globale; favorisce pertanto un processo di partecipazione che, in quanto basato su bisogni che riguardano molte fasce di età, dà spazio a interventi di categorie forti accanto a quelle deboli.

Il fatto che però si proceda per risposte a singoli bisogni può avere come conseguenza negativa il settorialismo degli interventi. Perché ciò non accada occorre che, sia a monte, sia a valle delle singole risposte ai bisogni, ci sia un grosso lavoro unitario e di sintesi, che renda possibile il non perdere di vista il dato della unitarietà e della globalità.

Occorre perciò che il momento organizzativo preveda la nuova modalità di lavoro: quella (individuata e proposta) dei distretti di base e cioè una operatività che passi attraverso momenti sistematici e quindi fisiologici di coordinamento, di integrazione, di lavoro in équipe. In questa prospettiva infatti il rapporto diretto tra operatori, e tra operatori ed utenti, può far superare i rischi di settorializzazione sia dei bisogni sia delle fasce di età.

Le considerazioni di cui sopra farebbero propendere la nostra scelta verso la seconda ipotesi di organizzazione dei servizi, ma come sempre non si crede possibile né giusta una posizione netta.

Infatti perché la seconda ipotesi si realizzi in modo corretto occorrono alcune condizioni che in realtà non è facile prevedere presenti e per di più concomitanti in tutti i casi.

Ci si riferisce da una parte alla volontà e alla capacità degli operatori di realizzare questo nuovo modo di lavoro e dall'altra alla volontà politica di orientare le scelte in questa direzione.

Del resto anche la prima ipotesi ha momenti felici, perché alcuni bisogni (es. quelli ricreativi, abitativi, ecc.) pur comuni a persone di qualunque età, hanno delle specificità in ciascuna fascia di essa, specificità che vanno rispettate.

Il punto chiave di tutto il discorso sta forse nel fatto che il momento organizzativo, di realizzazione di iniziative, di attività,

di servizi, non è mai preceduto da un serio lavoro di analisi dei bisogni.

La fase di identificazione dei bisogni è forse la più difficile, quella per la quale gli amministratori hanno meno disponibilità di strumenti (operatori e mezzi) e meno disponibilità in termini di atteggiamento in quanto apparentemente meno produttiva.

Forse la strada da battere è invece proprio quella di chiedersi seriamente quali siano i bisogni, le aspettative, le esigenze reali di queste persone, anche di coloro che erroneamente indichiamo come cronici. Hanno bisogno di vivere, di vivere come, di vivere in salute ad esempio, ma anche di vivere all'interno di un contesto di relazioni con la famiglia, con il vicinato, con il paese e la città; di avere denaro sufficiente ecc.

Una chiara risposta a questa fase del processo programmatario permette di identificare obiettivi precisi di intervento e quindi forse di operare scelte organizzative più corrette.

Le indicazioni in proposito che sembrano derivare dalla nuova normativa, pur rappresentando un passo avanti rispetto al passato, avranno comunque delle grosse limitazioni. L'aver mantenuto momenti politici e quindi decisionali diversi per la sanità e l'assistenza e per tutti gli altri settori, farà sì che i raccordi fra le diverse politiche di sviluppo saranno difficili da realizzare. Ancora più difficile sarà avviare un reale processo di integrazione che faccia unità intorno alle esigenze delle persone.

Questo difficile coordinamento renderà difficoltosa tutta l'azione di prevenzione che, come già detto da altri, passa attraverso scelte diverse per ciò che concerne la casa, la situazione economica, la tutela della salute, la protezione sul lavoro, ecc.

## 3ª PARTE

## PROSPETTIVE

Allora, al fine di individuare le prospettive « alternative » per gli anziani cronici non autosufficienti, pare ormai certo occorra:

- tener presente che gli anziani aumentano (ce lo conferma la esperienza quotidiana);
- muoversi nel quadro del superamento delle risposte settoriali e delle *barriere*, soprattutto economiche, avendo chiaro che per l'anziano a basso reddito, sia l'oggi che il domani, sono caratterizzati da ben diversa autonomia, dovuta alla presenza appunto di maggiori barriere, anche sotto l'aspetto architettonico (vedi casa). E' chiaro infatti che una previdenza sociale che assicurasse finalmente pensioni adeguate e dignitose a tutti, eliminerebbe molte barriere; ma l'esperienza e gli indirizzi di oggi vanno invece in senso contrario (vedi tagli spesa);
- che l'ambito di riferimento sia il « territorio organizzato » ed il distretto in particolare, integrato da alcune specifiche risposte da fornire a livello di Unità Locale;
- il superamento dei limiti istituzionali per cui si attui davvero nei fatti l'U.L., e non l'U.S.L. (vedi anche ad esempio leggi non per anziani ma con le specificità necessarie in un ambito globale);
- chiarire definitivamente:
  - chi è il non autosufficiente cronico (è la persona portatrice di malattia che determina non-autosufficienza stabilizzata?);
  - chi deve prevenire e con che cosa;
  - chi deve curare questi « ammalati »: quale ospedale e come;
- far chiarezza finalmente sul da dove devono venire i finanziamenti per « curare ed assistere » chi è in condizioni di non autosufficienza a causa della « non-salute ».

Se infatti il « cronico » continua come ora ad essere affidato « all'assistenza », divenendo di fatto un concetto « amministrativo » (chi paga?), il settore « Sanità » fa economia, mentre l'assistenza si auto-mantiene, senza interesse a « riabilitare » (contrario sarebbe invece « l'interesse » della sanità), valutando spesso le non-autosufficienze con griglie più o meno larghe a seconda degli interessi da difendere che nulla hanno a che fare con il maggior benessere della persona.

La linea politica deve essere pertanto alternativa e chiara.

L'integrazione tra il sociale ed il sanitario deve espletarsi anche a livello di mobilità del personale onde poter garantire interventi « adeguati » senza dequalificazione e non-motivazione.

Il far chiarezza sulla fonte dei finanziamenti (Sanità o Assistenza?), pur salvaguardandosi dal pericolo della medicalizzazione e dell'assistenzialismo, è determinante, dunque, per ipotizzare prospettive alternative alla situazione di oggi che non dà risposte adeguate ai bisogni dei non autosufficienti cronici (anziani o meno).

Allora, sottolineato come il malato non autosufficiente vada seguito a livello domiciliare, ambulatoriale ed ospedaliero, a seconda di dove sia possibile garantirgli « più salute » in senso psicofisico, e che le eventuali strutture « tutelari » residenziali per i non autonomi debbano ricevere dal « territorio organizzato » anche le risposte sanitarie, le ipotesi di interventi per ridurre la non autosufficienza, pare possano essere individuate in:

— *assistenza sanitaria di base*, medica e para-medica, sia ambulatoriale che domiciliare, articolata in modo davvero integrato, che realizzi anche ad esempio i punti di prelievo sul territorio e significhi anche rivalutazione del medico di base;

— *assistenza economica* (vedi assegno di accompagnamento, integrazione del minimo vitale, quota sanitaria anche a domicilio ecc.);

— *assistenza sociale*, anche domiciliare (vedi aiuto domiciliare, tutelare ecc.), che sia presente quando serve e non solo, ad esempio, i giorni feriali;

— *assistenza sanitaria integrativa di base* da parte del *poliambulatorio*: ove una diversa metodologia di lavoro (confronto pluridisciplinare) e nuovi strumenti (ad esempio vedi convenzione per la specialistica) consentano risposte globali ed articolate alle esigenze unitarie e specifiche della « persona », anche a domicilio;

— *riabilitazione* (da collocare o meno a livello di poliambulatorio) intesa come reale reinserimento nel senso più ampio possibile di promozione dell'autonomia, non solo sotto l'aspetto motorio, respiratorio o cardiaco (e quindi non solo medico);

— *riduzione* o, ove possibile *eliminazione*, delle barriere architettoniche specialmente riferite alla casa ed ai pubblici servizi (iniziando da cose anche semplici e poco dispendiose per arrivare ad esempio a trasporti pubblici anche in zone montane);

— *risposte stagionali* per evitare che la non autosufficienza, ad esempio dell'inverno, determini un ricovero permanente con l'ab-

bandono definitivo del proprio domicilio (vedi ad esempio foyer invernale o anche intervento durante le ferie dei figli);

— *interventi* di ogni genere che vadano nella direzione di lotta all'isolamento ed all'emarginazione (vedi punti d'incontro dove si svolgono attività, anche motorie, telefono, allarme, coinvolgimento del vicinato anche a livello di affidamento, sostegno, ecc.) che garantiscano un reale *sostegno alla famiglia*, primo servizio sociale per il non autosufficiente.

E poi, ancora, a tempi più o meno brevi:

— *ospedale generale - servizio di territorio*, trasformato e ristrutturato in dipartimenti, dove non sia più al centro il momento « letto » ma spazi comuni d'incontro, ove si segua la persona nella sua globalità (e non la malattia), dove l'intervento tempestivo e globale di riabilitazione disincentivi la cronicità; ospedale, anche articolato in day-hospital (ove si possa curare e riabilitare in modo più « efficace »), strettamente collegato in un rapporto di *corretta integrazione con il territorio*;

— *struttura « tutelare » residenziale* (casa protetta?), organizzata e « pensata » in modo mirato agli obiettivi, ben collegata al territorio ove chi non può avere a domicilio risposte adeguate alle esigenze del maggior benessere ed autonomia possibile, e non ha bisogno di ospedale, possa trovare soddisfazione anche se « confuso » e/o del tutto non autosufficiente; strutture ove le risposte sanitarie vengano dal territorio, come andrebbero a domicilio se tale permanenza fosse ancora possibile ed a cui si acceda attraverso il « filtro » dei servizi di territorio.

Il problema è aperto e su di esso ci si dovrà soffermare e riflettere a fondo; è un problema molto importante.

E non certo come ultimo aspetto per poter attuare interventi efficaci, va sottolineata con chiarezza l'esigenza di poter disporre di operatori in possesso della cosiddetta « *cultura di territorio* », formati, partecipi ed aggiornati in un continuo scambio di esperienze e di confronto, dove tutti danno e ricevono, formandosi a vicenda (il medico dà *dei* dati, l'assistente e l'infermiere *altri* dati) e la formazione permanente diviene metodologia di lavoro, attuata durante il lavoro.

Il superamento del problema del ruolo relativo al personale socio-assistenziale, a mezzo della creazione di un ruolo ad hoc, parallelo al ruolo sanitario, nonché una corretta mobilità del personale anche tra ospedale, case riposo, territorio, potrebbe garantire metodologie di intervento più efficaci ed efficienti, anche relativamente a prevenzione e riabilitazione della cronicità e della non autosufficienza.

La *formazione permanente* degli operatori, preceduta da una formazione di base mirata agli obiettivi di cambiamento, costruita attraverso un corretto rapporto sedi di formazione-territorio — molto da inventare, e per alcuni settori certamente molto da rinnovare ed adeguare — potrebbero far partecipare e promuovere la costruzione di nuovi modelli culturali relativi anche all'anziano non autosufficiente nella popolazione in genere, e nei familiari in particolare, affinché l'anziano non autosufficiente e cronico sia *considerato « vivo »* e non si rinunci a fare per lui una diagnosi perché « tanto è vecchio e sta per morire »; nuovi modelli culturali che dovrebbero assumere la *promozione della massima autonomia possibile* come base e stimolo per interventi efficaci.

Ma alla base di un discorso di prospettive, anche per gli anziani non autosufficienti, come per un diverso benessere per tutti, va posto il *distretto di base* dove si costruisce nei fatti il maggior benessere possibile, per il maggior numero di persone possibile, che, partendo dal momento del concepimento, dalla prima infanzia, dall'età evolutiva, dall'ambiente di lavoro, dalla casa e dalla scuola, da una corretta politica del tempo libero, assicuri una diversa *realità* anche per l'anziano non autosufficiente e faccia cessare la *fabbrica del cronico*.

Ciò sarà possibile se saranno superate le disparità di trattamento tra gli operatori (vedi Sanità-Assistenza), sarà garantita la dipendenza dallo stesso organo di governo (U.L.), e saranno assicurate risposte adeguate nel distretto a mezzo di:

- interventi articolati a seconda dei contesti e della struttura del territorio (centro urbano - pianura - montagna - dispersione delle abitazioni o meno), che coinvolgano ed inseriscano utilizzando le risorse disponibili a livello di quartiere, borgata o paese per ritessere un tessuto sociale che forse, più in città che in montagna, ha perso significato, trovando spesso nella risposta di servizi nuova emarginazione;
- un reale concreto lavoro di gruppo inter e pluridisciplinare assunto come metodologia di lavoro;
- un continuo collegamento tra risorse, esigenze e risposte, assicurato da un'informazione corretta e puntuale che renda di fatto accessibili attività e servizi, partecipazione e controllo (vedi ad esempio servizio delle visitatrici domiciliari in zone montane);
- una costante circolazione di dati e di esperienza (vedi mappe di rischio) nell'ambito di un sistema informativo di base, collegato con i livelli più ampi, che garantisca l'informazione generalizzata sulla salute e che coinvolga operatori, cittadini, forze sociali;

- un controllo ed una verifica continua nei confronti degli obiettivi, da parte dei vari livelli di partecipazione ed anche a mezzo di una seria attuazione delle funzioni di *vigilanza*;
- un collegamento, di andata e ritorno, con il livello di governo dell'UL, inquadrato in una prospettiva più ampia, anche regionale;
- un volontariato disponibile a collaborare nell'ambito di una programmazione pubblica a livello di integrazione delle risorse e di promozione.

Non va infatti dimenticato come sul territorio, sia per i non autosufficienti che per tutte le problematiche legate al benessere, si debba operare attraverso la metodologia della programmazione partecipata di UL che, recependo le risposte dal basso, individui priorità, risorse e strumenti onde perseguire gli obiettivi che a medio e lungo termine, costantemente verificati, dovrebbero garantire una migliore qualità di vita sul territorio.

Alcuni strumenti, progetti e leggi per promuovere una maggior autosufficienza degli anziani ma non solo di questi, ci sono già (vedi ad esempio per le barriere architettoniche), altre vanno modificate (vedi legge 833), altre vanno costruite in modo adeguato alle nuove metodologie d'intervento ormai individuate; certo però gli obiettivi devono essere chiariti ed a questi vanno correlate le disposizioni legislative regionali e nazionali; si tratta infatti, anche in questo caso, come si è detto, di « modelli culturali » e di un discorso politico.

Occorre identificare nodi e problemi che potrebbero essere ad esempio:

- la risposta residenziale (tipologia, organizzazione personale ecc.);
- rapporto ospedale - territorio (come integrarsi - attraverso cosa);
- riabilitazione (cos'è - come si attua - dove ecc.);
- la formazione degli operatori.

## **DOCUMENTI DEI GRUPPI**

## CURA E RIABILITAZIONE.

## RAPPORTI FRA TERRITORIO, OSPEDALE, CASE DI RIPOSO

1. *Politica della casa e politica urbanistica*

Il primo intervento che sottolineiamo in relazione alla casa è l'urgenza di reperire il maggior numero possibile di alloggi per anziani, e nelle realtà urbane in particolare nei centri storici, attraverso:

- l'inventario dei patrimoni dei Comuni verificando
  - condizioni edilizie e manutentive;
  - livello di utilizzo e conformità ai criteri di assegnazione. Eventuale revisione dei criteri di assegnazione (che prevedano particolare punteggio per gli anziani);
  - piani di ristrutturazione;
- l'inventario del patrimonio degli altri enti operanti nel settore (IACP, Enti parastatali, IPAB, Congregazioni, ecc.):
  - concordanza dei criteri di assegnazione con quelli dei patrimoni comunali;
  - piani di ristrutturazione;
  - eventuali riconversioni patrimoniali.

In particolare nei centri storici andrebbe subordinata la concessione di licenze di ristrutturazione al permanere di appartamenti in affitto a regime di equo canone, con precedenza ai vecchi inquilini, inoltre la corresponsione degli oneri di urbanizzazione attraverso la concessione ai Comuni di appartamenti per anziani;

- l'istituzione di un servizio di manutenzione alloggi eventualmente ricorrendo a convenzioni con cooperative di servizio di pensionati (e di giovani?);
- la vigilanza sull'applicazione delle norme del regolamento attuativo della L. 303/1971 n. 118 sull'abolizione delle barriere architettoniche a tutti gli edifici pubblici di nuova costruzione o in via di ristrutturazione, prevedendo piani di risistemazione per gli edifici già esistenti. L'applicazione di tali norme va estesa, in fase di concessione della licenza edilizia, anche agli edifici privati;
- la sperimentazione di moduli abitativi alternativi alle residenze collettive di grandi dimensioni (comunità alloggio ed appartamenti polifunzionali).

## 2. *Servizi territoriali*

In coerenza con le raccomandazioni del Progetto-obiettivo anziani del Piano Sanitario Nazionale<sup>1</sup>, va innanzitutto definito un programma di potenziamento del « Servizio di assistenza domiciliare » che andrebbe rivolto prioritariamente agli anziani parzialmente autosufficienti, con l'obiettivo tendenziale di servire nel biennio almeno il 3 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne ».

A tal fine risulta necessario individuare:

- i compiti delle Unità sanitarie locali ed i livelli di collaborazione tra gli enti, verificando i vincoli legislativi vigenti (es. Pianta organiche dei Comuni);
- provvedere all'analisi campionaria della popolazione ultrasessantenne, al fine di accertare il numero degli anziani diviso per classi di età, le condizioni di salute e il grado di autosufficienza, le condizioni economiche e abitative;
- attivare il sistema informativo, in collaborazione con l'U.L.;
- ripensare i contenuti professionali della figura di base del servizio assistenza domiciliare (così come dei servizi residenziali per anziani) sollecitando l'iniziativa legislativa nazionale e regionale alla definizione della figura di operatore socio-sanitario specializzato quale operatore unico, polivalente, del servizio stesso.

Si ritiene altresì opportuna una riflessione sull'esperienza maturata in varie realtà locali nell'utilizzo delle cooperative nel servizio di assistenza domiciliare e più in generale dei servizi sociali aprendo anche un dibattito sull'argomento.

E' opportuno anche sottolineare che l'ottimale funzionalità del S.A.D. richiede centri diurni e strutture appoggio che assolvano funzioni di:

- erogazione di servizi più difficilmente o dispendiosamente attuabili a domicilio (ristorante, lavanderia, ambulatorio infermieristico, fisioterapia, bagni assistiti, chiropodia, ecc.) in un intervento globale di prevenzione e vera e propria alternativa — diurna — appunto, all'istituzionalizzazione;
- socializzazione (attività socio-culturali, ricreative, non ovviamente limitata ai soli anziani, ecc.).

---

<sup>1</sup> V. allegato I.

### 3. Servizi sanitari

Al fine di mantenere quanto più possibile l'anziano nel proprio domicilio, si ritiene necessaria l'organizzazione di una rete di servizi socio-sanitari integrati e polivalenti<sup>2</sup> che svolgano una funzione di barriera contro la perdita dell'autosufficienza, di filtro ai ricoveri impropri e di promozione delle funzioni e delle potenzialità residue. Si potrà partire dalle strutture già esistenti, in particolare dai centri sociali (centri dei servizi territoriali)<sup>3</sup> e dalle case di riposo (case protette) tenendo in considerazione la programmazione dei servizi distrettuali delle U.L.

Per l'attuazione di questo disegno è necessario realizzare una redistribuzione delle risorse economiche ed umane che privilegi le prime fasi dell'intervento a fronte di quei bisogni che si configurano prevalentemente sociali.

- Va rinnovato l'impegno alla qualificazione in senso gerontologico di tutto il personale delle strutture sanitarie, con particolare attenzione alla prevenzione della cronicità (corsi di aggiornamento per operatori sanitari, istituzione del corso di insegnamento presso la facoltà di Medicina, ecc).
- Nel campo della prevenzione si richiedono programmi specifici di prevenzione mirata in collaborazione tra strutture ospedaliere e medicina di base (ad esempio ipertensione arteriosa, diabete e malattie dismetaboliche, prevenzione odontostomatologica, ecc.).
- Deve essere massiccio l'impegno nella prevenzione e nel recupero delle invalidità, anche attraverso un presidio ospedaliero specifico per le patologie ad alto rischio invalidante (prevalentemente, ma non solo, dell'età geriatrica), eventualmente coincidente con il reparto di riabilitazione, con possibilità di ricovero in prima istanza. Tale presidio ospedaliero deve essere inserito in un « Dipartimento intra ed extra ospedaliero della riabilitazione », comprendente l'ospedale diurno (direttamente collegato con il reparto di degenza) ed i presidi territoriali (ambulatori distrettuali, palestre di riabilitazione dei centri diurni, case protette). In fase transitoria si propone una sperimentazione di tale modello (eventualmente con raffronto con altre ipotesi, ad es. la lungodegenza riabilitativa come reparto di secondo intervento).

---

<sup>2</sup> V. allegato 2.

<sup>3</sup> V. allegato 3.

#### 4. *Servizi residenziali comunitari* \*

Indichiamo le principali norme che dovrebbero regolamentare i servizi comunitari residenziali.

- Il ricorso all'istituzionalizzazione solo in caso di impossibilità di risposte adeguate da parte dei servizi aperti (si chiede in proposito una griglia di valutazione rigorosa del livello assistenziale;
- le strutture devono essere di piccole dimensioni, collocate in zone non isolate e servire un ridotto bacino di utenza;
- le tipologie edilizie devono ricalcare, per quanto possibile, i moduli delle abitazioni private;
- i servizi comuni ed individuali devono essere numericamente e qualitativamente idonei a rispondere alle esigenze personali e sociali degli ospiti, in modo da assicurare loro, oltre ad un ambiente confortevole, riservatezza e spazi adeguati di vita comunitaria;
- le strutture devono disporre di personale qualificato in relazione all'utenza e alle dimensioni;
- deve essere costantemente ricercato un contatto con i servizi territoriali i quali devono poter operare all'interno della struttura;
- va favorita la partecipazione degli ospiti alla vita della comunità interna ed esterna.

Per rendere operanti tali norme è necessario assicurare:

- a) il pieno regime operativo del sistema di servizi territoriali aperti;
- b) il raccordo ospedale-diurno - ospedale-territorio;
- c) la definizione delle funzioni e delle competenze dei servizi residenziali complementari.

Va individuato un piano di decronicizzazione, depotenziamento, riconversione delle strutture per autosufficienti che vengono a caratterizzarsi come:

- residenze comunitarie territoriali a dimensione contenuta
- centri polivalenti di servizi

---

\* D. GATTESCHI, *Servizi socio-sanitari e difesa degli anziani*, N.I.S. 1980.

— centri di cultura gerontologica a gestione e controllo democratici, coordinati con i servizi che rispondono a domande omogenee di bisogni.

Come pure vanno attuati adeguati progetti di « case protette »<sup>4</sup> per i problemi di dipendenza sanitaria e sociale degli anziani ad autonomia compromessa.

Tali strutture devono essere in grado di assicurare agli ospiti assistenza generica continuativa ed assistenza infermieristica rieducativa e riabilitativa in tutte quelle situazioni in cui la perdita di autosufficienza è determinata da fattori correlati alla dipendenza sanitaria più che sociale.

Questo piano prevede due momenti:

- 1) decronicizzazione, depotenziamento, riconversione e caratterizzazione territoriale delle strutture per cronici che vengono a configurarsi come:
  - case protette polifunzionali con forti contenuti riabilitativi strettamente collegate con presidi di cura e riabilitazione (dipartimento della riabilitazione) a costo sanitario ed alberghiero diversificati (e non costo sanitario caricato al Servizio Sanitario Nazionale);
- 2) effettiva territorializzazione delle case protette attraverso
  - case protette da vedere con poli di riequilibrio territoriale (coincidenti con alcuni distretti);
  - a residenzialità differenziata (superamento dei moduli ospedaliero ed alberghiero)
  - l'attivazione di infrastrutture centralizzate e consortili (lavanderia, guardaroba, cucina)
  - il preciso collegamento dei servizi a vari livelli di protezione.

Nella fase transitoria va lucidamente e senza rigidità preconcette ricercata la possibilità di sperimentazione di modelli di servizi innovativi e creati collegamenti operativi fra i vari presidi per favorire la omogeneità delle prestazioni ed evitare duplicazioni, vanno altresì garantiti supporti e sostegni all'ampia opera di razionalizzazione che in questo settore è urgente ed improcrastinabile.

---

<sup>4</sup> V. allegato 4.

## 5. *Cura e riabilitazione*

L'obiettivo principale che ci si deve porre è di garantire, il più a lungo possibile, l'integrità psico-fisica dell'individuo, che per l'anziano significa mantenimento dell'autosufficienza, eliminazione delle condizioni di invalidità e di cronicizzazione dei processi motori.

La causa principale che indubbiamente determina la presenza di una quota anormalmente elevata di anziani non autosufficienti, è il mancato sviluppo della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) come obiettivo principale per la tutela della salute ed impegno prioritario del servizio sanitario.

Se tuttavia l'attuazione di una prevenzione primaria nell'anziano risulta perlomeno problematica se non impossibile, mediante la messa in atto delle altre forme di prevenzione è possibile impedire in un gran numero di casi la comparsa di non autosufficienza.

Infatti una grossa responsabilità si può individuare nell'approccio ospedaliero con le patologie ad alto rischio invalidante dell'anziano e con una prassi corrente che tende a considerarlo malato non a pari dignità con gli altri cittadini.

E' pertanto più urgente la necessità di introdurre con la riorganizzazione dipartimentale degli ospedali, criteri strutturali che garantiscano rapidità ed efficacia agli interventi per queste fasce di patologia, rapidità ed efficacia che si identificano con l'attuazione di diagnosi precoce e cura intensiva (prevenzione secondaria) per qualsiasi patologia acuta dell'anziano (là dove per cura intensiva si intende non tanto la terapia intensiva tradizionale, quanto sorveglianza ed assistenza intensiva). E' ovvio che tale cura intensiva va attuata, quando necessaria, non solo in regime di ricovero ma anche a domicilio del paziente per quelle affezioni che non richiedano, d'obbligo, il ricovero.

Strettamente connessa all'intervento nella fase acuta della malattia è la prassi riabilitativa o riattivativa (prevenzione terziaria) che deve iniziare entro le prime 48 ore, sia in regime di ricovero che a domicilio; nelle situazioni di ricovero non deve terminare con la dimissione, ma articolarsi nel territorio seguendo l'anziano nel momento del rientro sia a casa che in eventuali altre strutture del territorio stesso.

Di conseguenza è necessario che tutti gli ospedali siano dotati di un servizio (o dipartimento?) riabilitativo ad alto livello di qualificazione in grado di intervenire con tempestività ed in stretta connessione con le attività extra-ospedaliere.

Avviato il processo di recupero funzionale e di guarigione clinica, appare indispensabile garantire una continuità di intervento in regime di ricovero a tempo parziale.

La struttura funzionale individuata per rispondere a questa esigenza è l'ospedale diurno che dovrebbe adempiere non solo all'intervento riabilitativo ma ad una vasta gamma di attività di prevenzione, diagnosi e terapia rivolte all'anziano.

I vantaggi che se ne ricavano sono molteplici: l'avvio di un processo di risocializzazione non praticabile in regime di degenza ospedaliera, le stesse garanzie sanitarie del ricovero, la diminuzione dei costi.

L'attività riabilitativa nel territorio si può articolare nei poliambulatori a livello di distretti e, là dove possibile, a domicilio.

Al di fuori delle situazioni di emergenza e di alto rischio invalidante, la collocazione dell'anziano è al proprio domicilio, anche se malato, cercando di garantirgli una qualità di vita almeno non inferiore a quella vissuta in precedenza.

\* \* \*

#### *Componenti il gruppo*

Andreatta Nives - Bazzolo Garbero Emiliana - Berlanda Mirrella - Bonato Ilde - Bordignon Domenica - Bucci Alvaro - Calabrese Maria - Cecere Giuseppe - Ceretti Arcangelo - Chiavinato Gian Luigi - Grill Liliana - Lorenzini Emilio - Platto Pietro - Tortarolo Giovanna.

## PROGETTO OBIETTIVO ANZIANI NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE

OBIETTIVI SPECIFICI	INTERVENTI RACCOMANDATI
<p>a) mantenere l'anziano nel proprio domicilio, salvaguardando rapporti familiari e relazioni sociali, garantendo l'integrità del suo status e dei ruoli</p>	<p>3° promuovere il coinvolgimento di tutti i settori aventi competenza di programmazione e realizzazione edilizia abitativa, urbanistica, cultura e lavoro</p> <p>4° attivare il servizio di assistenza domiciliare</p>
<p>b) migliorare la qualità dei servizi attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lo sviluppo di coscienza e cultura gerontologica, a livello sia degli operatori che della collettività;</li> <li>- ridefinizione della assistenza domiciliare come servizio integrativo socio-sanitario</li> </ul>	<p>7° riqualificare e riconvertire i servizi socio-sanitari per i cronici non autosufficienti al fine di garantire una terapia di mantenimento e la prevenzione del danno terziario attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ l'assistenza domiciliare</li> <li>◆ strutture protette polivalenti socio-sanitarie, dipendenti dalle USL, collegate a livello funzionale con l'ospedale, in particolare con il dipartimento riabilitativo, e con gli altri servizi delle USL</li> </ul> <p>8° favorire le iniziative che incentivano la partecipazione diretta e responsabile della famiglia nell'azione di assistenza domiciliare e di riabilitazione dell'anziano</p> <p>9° animare il dibattito culturale e scientifico attraverso ricerche mirate in materia</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'attivazione ed il potenziamento di altri servizi alternativi polivalenti, sia come utenza, sia come natura delle prestazioni</li> </ul>	<p>5° valorizzare lo strumento dello ospedale diurno al fine di prevenire il ricovero e favorire la deospedalizzazione rapida degli anziani</p> <p>6° attivare, negli ospedali e sul territorio, dipartimenti di riabilitazione</p> <p>7° riqualificare e...</p>

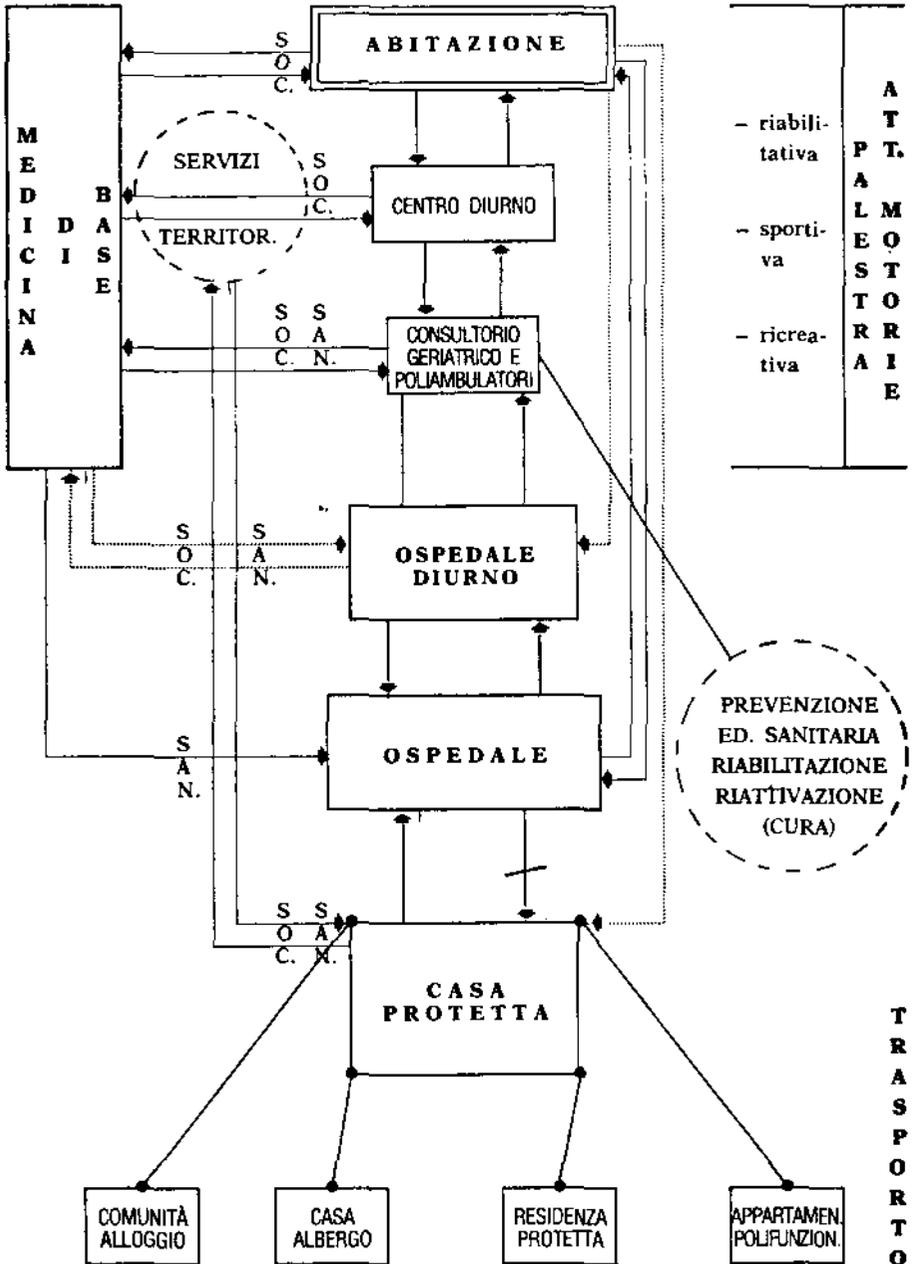
*segue allegato I*

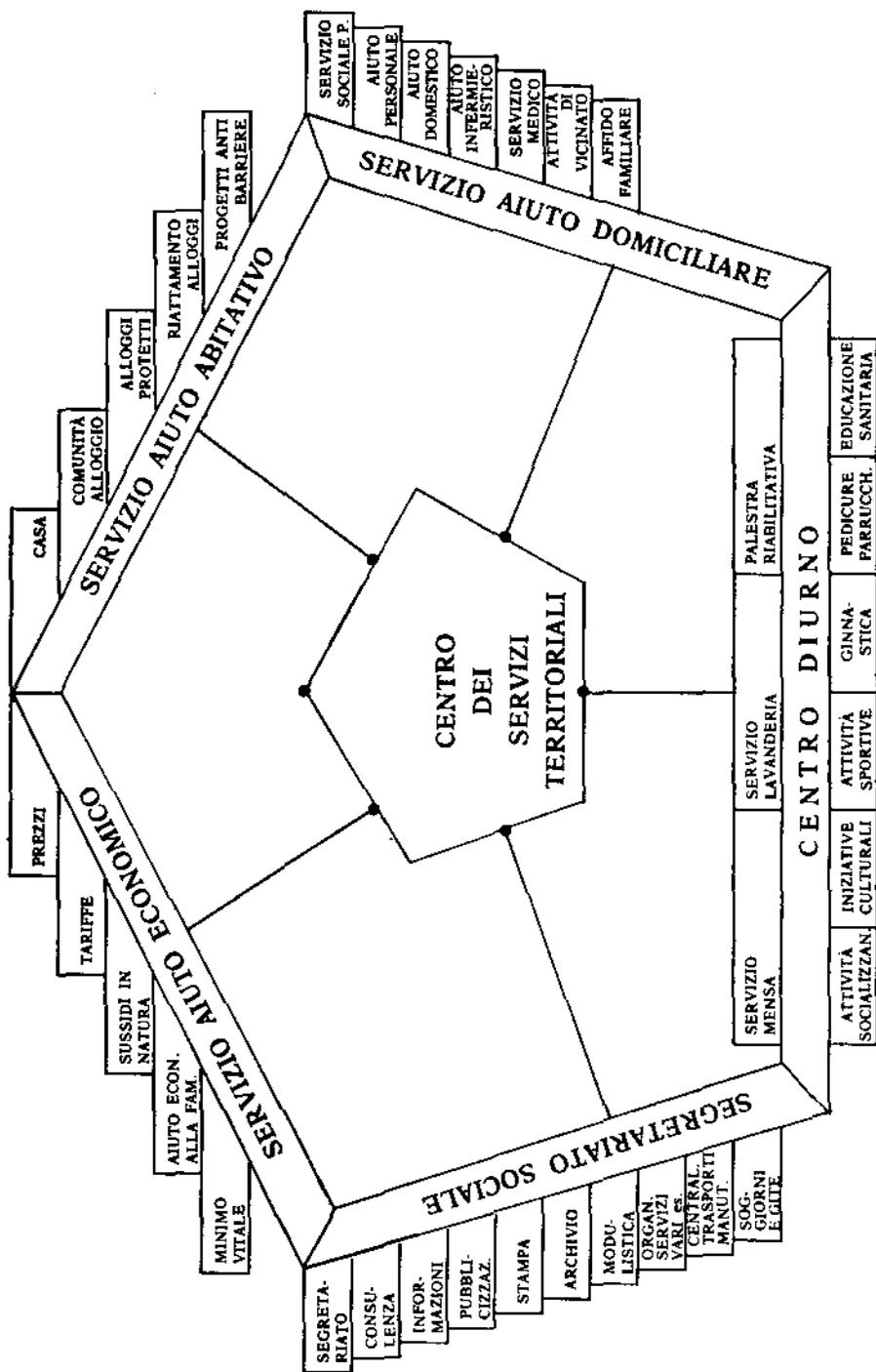
PROGETTO OBIETTIVO ANZIANI NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE

OBIETTIVI SPECIFICI	INTERVENTI RACCOMANDATI
<p>- corretta risposta ai bisogni clinico-sanitari della popolazione anziana ricoverata in Ospedale</p>	<p>— cura intensiva 6° attivare... (v. sopra) — definizione del profilo professionale</p>
<p>c) privilegiare l'impegno preventivo e riabilitativo per contrastare e contenere i processi invalidanti</p>	<p>5° valorizzare... v. sopra) 6° attivare... 7° riqualificare...</p>
<p>d) deospedalizzazione dei ricoveri impropri non inferiore al 50%, riconversione dei posti letto e mobilità degli operatori</p>	<p>5° valorizzare... 6° attivare... 7° riqualificare...</p>
<p>e) idonea politica di interventi a favore dei cronici non autosufficienti attraverso una rete integrata dei servizi socio-sanitari alternativi al ricovero</p>	<p>7° riqualificare...</p>
<p>f) reinserimento sociale dei ricoverati autosufficienti</p>	<p>3° promuovere... 4° attivare...</p>
<p>g) provvedere, nell'ambito di una dimensione collegiale, spazi di intervento psico-sociale fuori e dentro le istituzioni per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— assicurare un approccio globale ai problemi del disadattamento ambientale</li> <li>— trattare i disturbi psico-comportamentali legati all'invecchiamento fisiologico e non</li> <li>— soddisfare le esigenze di attivazione, socializzazione e gestione del tempo libero</li> </ul>	

## RETE DEI SERVIZI INTEGRATI

Schema delle strutture che intervengono nel mantenimento, prevenzione, cura e riabilitazione dell'anziano





**La casa protetta**

**attua** - servizi di riabilitazione  
 - attivazione socio sanitaria  
 - terapie di mantenimento  
 - prevenzione del danno terziario

**è** - comunità terapeutica detotalizzante  
 - a gestione partecipata

**salvaguarda** - la dignità ed i diritti della persona

**La casa protetta**

**ha** - dimensioni contenute (max 80 p. l.)  
 - bacino di utenza circoscritto  
 - struttura edilizia a moduli abitativi

**è** - sede di servizi socio sanitari di distretto  
 (con operatori intercambiabili)  
 - dipartimentata

in essa è attuata la divisione tra costo sanitario e costo alberghiero

PREVENZIONE DELLA EMARGINAZIONE  
E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO

(elaborato del gruppo 2a)

Nella discussione si è proceduto partendo dalla esperienza professionale dei componenti il gruppo per cui le riflessioni e le proposte scaturiscono da tale ambito.

L'invecchiamento non dovrebbe essere un ostacolo alla partecipazione dell'anziano alla vita sociale, ma purtroppo nella prassi lo si tende ad emarginare così come si emarginano quelle persone che per un motivo o per l'altro non partecipano alla vita produttiva. A questa situazione, che è legata strettamente alla struttura socio-economica attuale, si aggiungono le cause di tipo culturale, quali ad esempio: tendenza ad ignorare i problemi che non presentano possibilità di soluzioni tecniche immediate. E' da considerare anche un atteggiamento di passività, di coscienza di inutilità assunto dall'anziano che esce dal ciclo produttivo, determinato dalla cultura attuale e rafforzato da persone, strutture e servizi.

Questo vissuto di appartenenza ad una « sottocultura » non è solo dell'anziano, ma è riscontrabile in fasce più deboli rispetto alla cultura dominante: per esempio, dall'esperienza quotidiana di un operatore di gruppo, è emerso come anche il contadino si trovi a disagio di fronte al tecnico nell'espore i propri problemi.

Un'importante conseguenza della marginalità dell'anziano riguarda la posizione e il vissuto quotidiano di lavoro di chi opera esclusivamente con loro.

Si è rilevato come spesso il problema della marginalità e della solitudine dell'anziano venga a cadere anche sugli operatori il cui settore di lavoro è spesso ritenuto di minor rilievo rispetto ad altri dagli amministratori stessi, ed è considerato come poco qualificante da altri operatori che lavorano sul territorio per rispondere ai bisogni in un'ottica globale.

A questo proposito è emersa l'esigenza, quasi mai soddisfatta, di operare almeno con momenti di confronto e di scambio, modalità che inciderebbe positivamente e sul vissuto del singolo operatore e sulla qualità del suo intervento.

Un esempio negativo della situazione più sopra citata, può essere quello, portato da un operatore del gruppo, di quegli anziani che vengono « scaricati » agli operatori degli ospedali per lungodegenti da altre strutture sanitarie (pronto soccorso, ospedali civili, ecc.) addirittura con il puro nome e cognome, senza alcuna preoccupazione di garantire all'anziano un minimo di continuità di intervento e all'operatore un corretto rapporto di collaborazione.

Un'ulteriore considerazione nata dall'esperienza di tutti i membri del gruppo è quella che i bisogni dell'anziano, così come si manifestano più autenticamente, sono i bisogni di tutti: quello di non essere solo, quello di vivere all'interno del suo contesto, di muoversi nell'ambiente, di ricevere informazioni, darne e quindi comunicare, quello di vivere in salute e di recuperarla dopo la malattia, quello di partecipare a momenti ricreativi e culturali non solo come momenti di socializzazione ma anche come occasioni di accrescimento personale. Per alcuni anziani resta vivo il bisogno di continuare in una attività significativa, a volte il proprio lavoro, a volte no.

Queste riflessioni hanno portato il gruppo a cercare allora di definire quello che si possa intendere con il concetto di *prevenzione*, partendo dal presupposto che essa abbia comunque l'obiettivo concreto di impedire che i bisogni sopra elencati non vengano soddisfatti adeguatamente. La prevenzione, quindi, che intesa come prevenzione primaria risulta essere uno degli obiettivi della Legge 833/78, riguarda tutto l'arco della vita umana; non è « attività » di un servizio o dell'insieme dei servizi, ma è un insieme di condizioni messe in atto, non solo dalle istituzioni, in campo familiare, sociale, economico, abitativo, lavorativo, ecc., per incidere sulle cause remote e prossime che possono condurre a situazioni di disagio, disadattamento, emarginazione. Intesa in questo senso la prevenzione non è una tecnica, né un insieme di tecniche, ma un vero e proprio atteggiamento culturale a livello collettivo, istituzionale e non ed a livello individuale.

Fatte queste premesse, ai fini di un'opera efficace di prevenzione dell'emarginazione dell'anziano e partendo dall'analisi di quanto avviene in un Comune, si sono individuati alcuni settori che costituiscono ostacolo alla realizzazione dell'autosufficienza ed autonomia dell'anziano; si è nel contempo ritenuto che sia responsabilità dell'ente locale (Comune, USL) attuare politiche nuove di intervento in proposito.

- Aspetto economico: necessita a monte la soluzione dei problemi della pensione, dell'occupazione, della lotta all'inflazione; a breve termine si rendono necessari interventi atti a proteggere i redditi più bassi e garantire limiti di dignitosa autonomia.
- Aspetto abitativo: oltre al problema degli sfratti che è di carattere più generale, esistono ed hanno maggiore rilevanza per gli anziani, le condizioni abitative antigieniche, strutturali (come agibilità - accessibilità, ecc.). Si rendono perciò necessari interventi generalizzati (piani edilizi) ed individualizzati (quali contributi per favorire il risanamento di edifici di vecchia costruzione) da parte dell'ente pubblico. Nella realizzazione di

questi interventi va tenuta in considerazione l'esigenza dell'anziano di rimanere nel suo ambiente e contesto sociale per la continuità del suo benessere psico-fisico.

- Aspetto relazionale e sociale, strettamente connesso con quelli precedenti: è necessario cercare occasioni e possibilità all'anziano di inserirsi in tutte le strutture che offrono, alla generalità dei cittadini, servizi culturali, ricreativi, sportivi ed ambiti occupazionali. Ciò consente di valorizzare e recuperare nelle attività civiche e nell'interesse della società (scuola, organismi gestionali, ecc.), il bagaglio di energie, esperienze, capacità e competenze degli anziani, che altrimenti andrebbero ingiustificatamente disperse.

Legato direttamente al problema della prevenzione della emarginazione dell'anziano appare quello della prevenzione della cronicità.

Raggiungere, o almeno avvicinarsi il più possibile al primo obiettivo non può che significare *avere già costituito una serie di condizioni positive* per il raggiungimento del secondo.

Più difficilmente infatti diventerà cronica non-autosufficiente la persona che avrà visto soddisfatti i bisogni fondamentali di cui abbiamo parlato. Ancora una volta, tuttavia, questa prevenzione è legata alla rottura di quell'atteggiamento culturale diffuso che sempre più identifica l'anziano come « malato ».

Da alcune esperienze dei membri del gruppo impegnati in particolare nel campo sanitario come operatori, e da altre più legate al lavoro di ricerca nel medesimo ambito, è chiaramente emerso come gran parte di mancati interventi idonei e tempestivi sulla malattia dell'anziano siano spesso legati all'atteggiamento « rinunciatario » che vede l'anziano come quasi « naturalmente » instradato sul cammino della inabilità, della cronicità, della non-autosufficienza.

Ancora una volta si è notato come questa « immagine » di malato spesso irrecuperabile, proiettata dall'esterno, giochi sul vissuto stesso dell'anziano che diviene soggetto passivo di interventi, o ancor più assente interlocutore rispetto a mancati interventi, in un « gioco » che si perpetua.

Compito della prevenzione rispetto alla cronicità è sembrato allora innanzi tutto quello di « rompere » questa situazione. Abbiamo quindi ravvisato una serie di ipotesi di interventi che vadano in questa direzione.

— Una serie di interventi molto a monte è quella legata ad un diverso modo di intendere (sin dai momenti di socializzazione primaria) il rapporto con il proprio corpo, con il proprio benessere,

la propria salute, la propria perdita di salute e quindi anche con chi riveste una funzione tecnica in questo campo.

Famiglia, scuola (dall'asilo nido all'università), gruppi spontanei, forze sociali e servizi territoriali, possono e devono trovare strumenti (adeguati e significativi rispetto a ciascun contesto) per operare a livello di sensibilizzazione, di presa di coscienza, ed anche di concrete esperienze con il preciso obiettivo di partecipare alla realizzazione di tale mutamento culturale.

Un esempio, sempre tratto dalle esperienze del gruppo, può essere quello della ginnastica « fatta » con gli anziani. Attraverso questa attività si incomincia a « stare » con l'anziano in un'ottica diversa. L'anziano con il movimento e la conoscenza del proprio corpo trova il piacere di *essere così come è*, sperimenta nuovi modi di comunicare con gli altri. Questa esperienza « rompe » con lo schema tradizionale e riesce a trasmettere un'immagine positiva dell'anziano, ricca di risorse e di possibilità.

— Le sedi di formazione dei tecnici (operatori sanitari e sociali) appaiono come un punto nodale di questo processo di cambiamento nella direzione di una destrutturazione e nuova ristrutturazione del rapporto tecnico-utente, chiunque esso sia.

— Altri interventi rivolti a prevenire la situazione di cronicità devono riguardare l'ambito più strettamente ambientale, edilizio, abitativo, rispetto all'eliminazione delle barriere architettoniche.

— Appare fondamentale il richiamo al rapporto oggi esistente tra l'ambiente di lavoro e la sua diretta influenza su numerose forme di malattia che portano alla non-autosufficienza.

— Per un'efficace prevenzione della cronicità è necessaria una attiva partecipazione della persona che, resa cosciente del problema da una educazione socio-sanitaria permanente, sarà in grado di utilizzare le risorse esistenti.

— Altro aspetto considerato è quello della presa in carico, da parte delle strutture sanitarie, dell'anziano rispetto al suo bisogno di salute, nello stesso identico modo in cui si dovrebbero far carico di ogni altro cittadino: intervenire tempestivamente in caso di acuzie e nell'insorgere di ogni manifestazione sintomatica che, non presa in tempo, porterebbe alla cronicità.

— Preso atto che la situazione attuale ci presenta un vasto numero di cronici non autosufficienti « fabbricati » per mancanza di interventi a tutti i livelli, riteniamo rientri nella prevenzione della cronicità tutta la gamma di interventi riabilitativi in strutture aperte a tutti (ospedale, ambulatorio, domicilio) senza che l'età, anche in questo caso, diventi un elemento selettivo in senso negativo.

\* \* \*

*Componenti il gruppo*

Barbagallo Maria - Bertinetto Marcello - Chiogna Ervino - Cremoncini Vodia - Di Gioia Anna - Fraccon Cecilia - Marinari Letizia - Taccani Patrizia - Vallefucio Giovanna.

PREVENZIONE DELL'EMARGINAZIONE  
E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO

(elaborato del gruppo 2b)

Definiamo la *prevenzione* come la tendenza culturale codificata che da un certo momento si rivolge all'eliminazione delle cause dei fenomeni considerati negativamente dal punto di vista economico, morale e di ordine pubblico.

E' possibile riscontrare che l'azione di prevenzione, talvolta, non riesce ad eliminare « ex abrupto » la causa, ma si limita ad affievolirne gli effetti negativi con graduazione: fenomeno questo, tipico della società conflittuale laddove « la causa » è funzionale agli interessi di gruppi o categorie che contano.

La condizione di *emarginazione sociale* si basa su componenti come: aggancio e riaggancio alla vita produttiva, situazione familiare ed affettiva, situazione associativa di tipo culturale e socio-politico. Il significato intimo dell'emarginazione è quello dell'isolamento morale ed economico di coloro che sono considerati inutili rispetto alle finalità che la società si è data.

La filosofia indotta negli emarginati è sentirsi deboli ed incapaci di aggregazione. La *popolazione anziana* (difficilmente determinabile con parametro medico-biologico od anagrafico) è rappresentata, poi, da coloro che hanno raggiunto il limite della vita attiva e sono stati espulsi dal processo produttivo, hanno avuto un mutamento (o un restringimento) dei ruoli sociali e familiari ed hanno inoltre subito un aumento della incapacità fisica, psichica ed economica (vedi il sistema pensionistico).

Se processi morbosi irreversibili, malattie senili (le malattie senili sono un adattamento al processo di invecchiamento detto impropriamente malattia — nel senso comune del termine — da intendere invece come un modo con cui l'organismo reagisce e si adatta alle modificazioni indotte dall'avanzare del processo di invecchiamento) o fatti traumatici annullano una vita di relazione ed organica autonoma, l'emarginazione degli anziani diventa ancora più esasperata.

Si è ritenuto di privilegiare, perché fondamentale, il punto di vista del lavoro poiché la società industriale-urbana crea sempre più ampie quote di esclusi dal sistema produttivo e consumistico. E nella società attuale l'espansione del lavoro manuale ed intellettuale nelle sue diverse forme ha assunto significati più profondi della semplice attività economica tesa a procurarsi un reddito.

Oggi il lavoro è un mezzo per allacciare rapporti sociali, per

identificare la propria posizione sociale, per dare un significato ed una struttura alla giornata.

Il lavoro, cioè, sviluppa il senso di appartenenza alla collettività ed è un fattore integrante « nel sistema » e « del sistema ».

L'allontanamento dal lavoro così inteso produce, nella maggior parte dei casi, effetti dissociativi: impoverimento, perdita del ruolo attivo nel gruppo sociale e nel gruppo familiare (nell'ambito familiare il problema è più accentuato tra i maschi), più rapido decadimento fisico per coloro che sono stati esposti a lavorazioni nocive.

Ne consegue pertanto che l'obiettivo di fondo diventa la preparazione dell'adulto alla nuova fase della vita che comincia con il dopo-lavoro, innestando quelle azioni preventive tese ad evitare la « crisi del pensionamento ».

Sono stati individuati alcuni campi di interventi che in specifico si esemplificano come segue:

- a) interventi per assicurare l'autosufficienza economica con la adozione di provvedimenti perequativi tra i trattamenti pensionistici e l'abolizione delle discriminazioni tra occupati e pensionati relative all'adeguamento del « percepito » in rapporto all'aumento del costo della vita;
- b) possibilità di restare inseriti nel mondo del lavoro anche per i lavoratori subordinati così come avviene oggi per i lavoratori autonomi e per determinate categorie professionali. Occorre razionalizzare l'organizzazione del lavoro per individuare delle mansioni e dei compiti di carattere « leggero » che possano anche essere svolti part-time;
- c) parità di prestazioni nei servizi col rifiuto di una impostazione progettuale assistenziale e sanitaria basata sul fornire prestazioni di natura specifica per una fascia sociale che viene considerata diversa, malata, improduttiva e, in una parola, emarginata dagli stessi interventi proposti.

Tra l'altro gli interventi assistenziali odierni sono offerti nella falsa veste di servizi sociali e non si riferiscono ad un modello di sicurezza sociale (vedi soggiorni marini per anziani, centri di incontro, assistenza domiciliare quando essa è legata al reddito ed all'età). Relativamente poi all'aspetto sanitario bisogna adattare una struttura flessibile che assicuri il flusso di informazioni e gli interventi integrati tra i diversi servizi ed ai vari livelli operativi (ospedale, poliambulatorio, medicina di base).

Si individuano tra i possibili servizi ritenuti indispensabili a mantenere integrato l'anziano nel suo ambiente:

- 1) *assistenza domiciliare* che provveda ai bisogni sanitari e della vita quotidiana con tendenza a privilegiare il reperimento del personale necessario recuperando, ove possibile, *la cultura di vicinato e senza il ricorso al volontariato*. E' necessario prevedere uno specifico profilo professionale per il personale utilizzato in questo servizio (aspetto che non si esamina), nonché canali di finanziamento pubblico sufficienti a sostenere il costo del servizio che riteniamo fondamentale per prevenire situazioni di non autosufficienza.
- 2) Nell'ambito della più generale politica della casa, costruzione, reperimento e riadattamento adeguato di abitazioni con una quota parte riservata agli anziani.  
Bisogna evitare di trasferire l'anziano in altra zona territoriale, ripetendo errori macroscopici, assai frequenti, di svuotamento dei centri storici al seguito degli interessi delle « immobiliari ».
- d) Realizzazione di un circuito di attività sociali cui gli anziani possano partecipare con pieno diritto e capacità. Ci riferiamo alla possibilità di accesso verso le attività del tempo libero e dell'informazione esistenti sul territorio e gestite da organismi a partecipazione democratica forniti di potere concreto di decisione e controllo.

Al di là di azioni di prevenzione della non autosufficienza svolte nei luoghi e nei momenti di vita dove essa si crea (a tal proposito è importante considerare il S.S.N. non come una nazionalizzazione di servizi ma come strumento di profonda trasformazione della società) e delle azioni riabitative che devono essere tentate (questi interventi sono rivolti alla persona, alla famiglia ed al gruppo sociale), si esamina un intervento su due direttrici: la prima relativa alla più ampia riduzione possibile della eterodipendenza del soggetto, la seconda relativa agli interventi istituzionali.

Sul primo punto è necessario far propri tutti gli strumenti utili al fine, non inducendo bisogni che si prestino alla speculazione; sul secondo punto è indispensabile tener presente che « l'istituzione » non deve essere un luogo di mera custodia, deve essere inserita adeguatamente nell'ambiente per evitare la « deportazione », non deve presentare caratteristica di concentrazione, per poter essere a dimensione umana e deve essere gestita dai servizi socio-sanitari del territorio. Infine l'istituzione deve avere la preoccupazione sempre presente al recupero funzionale e deve essere disponibile alla dimissione.

Le considerazioni suesposte abbisognano, per la loro realizzazione, di una trasformazione dei valori dell'esistenza per affer-

mare, tra mille difficoltà e mille contraddizioni, l'aspirazione a vivere e non a sopravvivere da parte di tutti e non solo dei pochi, come fino ad oggi è avvenuto.

\* \* \*

*Componenti il gruppo:*

Baucia Mariella - Panigalli Elda - De Magistris Clara - Giraud Antonella - Ioriatti Franca - Perino Francesco - Mele Salvatore - Perani Attilia - Campagnola Nicola.

## ASPETTI ISTITUZIONALI: COMPETENZE AMMINISTRATIVE DELLA SANITA' E DELL'ASSISTENZA

Come risulta anche dalle relazioni introduttive, tra i fattori predisponenti della cronicità, oltre a quelli medici, sono stati indicati quelli di ordine sociale (perdita di ruolo, crisi del pensionamento, case inadatte, barriere architettoniche, ecc.), di tipo ambientale (abitazioni malsane, nocività dell'ambiente di lavoro e di vita, ecc.), di tipo culturale (stereotipo dell'anziano come malato e/o come handicappato), di tipo psichico (conseguenze negative del ricovero, forme depressive, ecc.).

La prevenzione reale della cronicità dell'anziano è dunque legata al soddisfacimento delle esigenze fondamentali che l'uomo esprime in tutto l'arco della sua esistenza.

La creazione di condizioni per una maternità e paternità responsabili, per un'assistenza adeguata durante la gravidanza, il parto e nel corso della vita, costituisce anche un elemento di prevenzione di fattori predisponenti della cronicità.

L'eliminazione della nocività negli ambienti di lavoro (industria, artigianato, agricoltura, ecc.) e di vita è un altro elemento di fondamentale importanza.

Una adeguata formazione di base, in particolare nella scuola dell'obbligo, integrata da momenti di formazione permanente o ricorrente, può fornire all'individuo strumenti di conoscenza e di valutazione indispensabili per renderlo un soggetto attivo, in grado cioè di esprimere i bisogni personali e sociali e di operare per ottenere interventi adeguati.

L'abitazione deve essere rispondente alle esigenze del nucleo familiare, anche nei casi in cui siano o possano in futuro essere presenti soggetti con handicap.

Di qui la necessità che la progettazione delle case preveda la eliminazione delle barriere architettoniche. Questo principio dovrebbe essere attuato in primo luogo nell'edilizia pubblica, compresa quella comunque agevolata.

Per favorire la permanenza degli anziani nel contesto sociale, una quota degli alloggi dell'edilizia pubblica dovrebbe essere riservata per alloggi individuali, per alloggi protetti e per comunità-alloggio, evitando concentrazioni.

Un importante contributo alla usufruibilità delle abitazioni anche da parte di anziani e di invalidi può essere data da norme da inserire nei regolamenti edilizi per l'eliminazione delle barriere architettoniche.

La creazione di servizi sportivi non competitivi e di attività ricreativo-culturali socializzanti sono altri contributi importanti all'azione di prevenzione.

La piena occupazione, la flessibilità dell'età del pensionamento dei lavoratori dipendenti e la conseguente eliminazione sia del lavoro nero, sia dei falsi invalidi, sia dei prepensionamenti che sono presenti soprattutto nel settore pubblico, possono essere altrettanti fattori che contribuiscono a ritardare o eliminare processi di emarginazione delle categorie più deboli.

Un rilancio della solidarietà familiare e sociale e della partecipazione dei cittadini e delle forze sociali alla vita pubblica è un altro elemento di particolare importanza. Le esigenze della popolazione sono dunque molteplici e riguardano in particolare la sanità, l'istruzione e la formazione professionale, la casa, l'urbanistica, la cultura, lo sport, il tempo libero, il lavoro, le pensioni, lo sviluppo economico. Pertanto tutte queste esigenze, strettamente correlate le une alle altre, devono essere individuate e risolte in modo globale, ma rispettandone le relative specificità.

Ne consegue quindi la necessità che la sede istituzionale preposta ai compiti di cui sopra deve essere unica per un determinato territorio.

Le leggi vigenti (in particolare il DPR 616/1977 e la Legge 833/1978) attribuiscono agli Enti locali gran parte dei compiti suddetti. Pertanto potrebbero essere gestiti da un unico organo di governo locale i compiti relativi non solo alla sanità e all'assistenza, ma anche al diritto allo studio, alla cultura, allo sport, al tempo libero, all'urbanistica, alla formazione artigiana e professionale e alle attività inerenti lo sviluppo sociale ed economico.

In tal modo si darebbe una risposta concreta ed effettiva ai principi sopra enunciati della globalità, evitando la proliferazione a livello locale di organi di governo settoriali.

Con un unico organo di governo locale sarebbe facilitata sia la partecipazione dei cittadini e delle forze sociali sia la contrattazione sindacale intercategoriale.

Sul piano operativo, quanto enunciato può trovare concreta realizzazione attribuendo, gradualmente se del caso, le rimanenti funzioni di cui sopra agli attuali organi di governo preposti alla gestione dei servizi sanitari (Comune singolo, associazione di Comuni, Comunità Montana coincidente con l'Unità sanitaria locale) e introducendo gli eventuali adattamenti necessari per una loro adeguata funzionalità. In tal modo si passerebbe dalle Unità sanitarie locali alle Unità locali dei servizi, anticipando e favorendo la riforma delle autonomie locali prevista dall'art. 128 della Costituzione.

Le Unità locali dei servizi come sopra definite dovrebbero provvedere alla individuazione dei bisogni e a fornire le relative risposte adottando i metodi della programmazione e della partecipazione.

L'organizzazione degli organi di governo e dei servizi dovrà assicurare la specificità degli interventi, condizione indispensabile perché le risposte siano adeguate alle esigenze della popolazione.

La specificità degli interventi esige anche una programmazione della spesa ed una sua adeguata ripartizione fra i vari settori di intervento. Occorrerà evitare la rigidità dei finanziamenti statali regionali che vincolano l'autonomia degli organi locali di governo, autonomia che tuttavia non deve essere in contrasto con le linee di programmazione nazionale e regionale.

In questo quadro si attuerebbe anche il dettato costituzionale che attribuisce alle Regioni compiti di indirizzo, di programmazione e di coordinamento attraverso l'emanazione di apposite norme legislative e regolamentari e che demanda le funzioni gestionali agli Enti locali. Il principio della globalità e della specificità potrebbe essere raggiunto a livello nazionale con la creazione del Ministero della Sicurezza Sociale che raggrupperebbe i settori della sanità, dell'assistenza e della previdenza.

Al suddetto Ministero dovrebbero essere attribuite anche le competenze gestionali che non possono essere svolte a livello regionale e locale. Le linee di programmazione dovrebbero essere elaborate con un processo che parta dal livello più vicino ai cittadini trovando momenti di sintesi prima a livello regionale e poi nazionale.

La verifica dei risultati raggiunti dovrebbe essere un elemento fondamentale per i successivi piani di programmazione.

### *Rapporto servizi sociali e servizi assistenziali*

Si definiscono sociali quei servizi che o sono già estesi a tutta la popolazione (come la sanità e l'istruzione) o devono esserlo (come la casa, i trasporti, lo sport non competitivo, ecc).

Principalmente a causa delle disfunzioni del sistema (disoccupazione, sottoccupazione, pensioni basse, carenze abitative, ecc.) vi sono decine di migliaia di persone che vivono in situazione di emarginazione sociale. Pertanto l'emarginazione sociale si può prevenire mediante opportune politiche dirette ad eliminare le cause che determinano i vari bisogni assistenziali.

Il settore assistenziale può e deve contribuire alla prevenzione individuando e segnalando ai settori di competenza la quantità e la qualità delle carenze sociali esistenti. La trasmissione di questi dati alla popolazione può favorire la partecipazione dei cittadini.

Ne deriva inoltre, che il diritto all'assistenza non è, né deve essere esteso a tutti i cittadini, ma, conformemente a quanto stabilito dall'art. 38 della Costituzione, deve essere garantito solo a coloro che si trovano in particolari situazioni di bisogno comunque determinatesi.

Si sottolinea l'urgenza che in tutta la misura del possibile sia eliminata dalle leggi, dai regolamenti, dalle deliberazioni e dalla pratica operativa la discrezionalità degli interventi, in modo che a parità di esigenze vi sia parità di risposte.

I servizi sociali e gli interventi assistenziali devono assumere come obiettivo prioritario il raggiungimento del massimo possibile di autonomia dei singoli e dei nuclei familiari.

Pertanto, anche nei casi in cui interviene il settore assistenziale, è necessario che siano attuati tutti gli altri interventi sociali (casa, lavoro, pensioni sufficienti, sanità, ecc.), in modo da raggiungere l'obiettivo di cui sopra. Anche in questi casi si recupera il principio della globalità-specificità.

L'intervento assistenziale, pur avvenendo nel settore dell'emarginazione, deve essere rivolto prioritariamente alle prestazioni che riducono lo stato di dipendenza dei soggetti e dei nuclei familiari.

Per quanto riguarda gli anziani, gli interventi assistenziali prioritari sono individuabili nei contributi economici e nell'assistenza domiciliare, che sono due alternative concrete al ricovero in istituto. Nei casi in cui sia necessaria una soluzione assistenziale extradomiciliare, dovranno essere ricercate tutte le soluzioni che non allontanano l'anziano dal proprio contesto sociale. Dovranno inoltre essere, per quanto possibile, conservate e rispettate le abitudini di vita. In ogni caso dovrà essere rispettata la libertà di scelta dell'interessato. Ciò presuppone la disponibilità di servizi di diversa natura: contributi economici, assistenza domiciliare, alloggi individuali, alloggi protetti, comunità-alloggio, inserimento presso persone e nuclei familiari, case di riposo, ecc.

### *Problemi degli anziani malati cronici non autosufficienti*

In primo luogo si rileva l'estrema difficoltà o impossibilità di definire con criteri scientifici ed oggettivi la cronicità e la non autosufficienza.

D'altra parte la condizione di cronicità non sempre coincide con una situazione di non autosufficienza e viceversa.

In merito alle competenze di intervento nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti sono emerse due posizioni:

- la prima attribuisce la competenza ad interventi nei confronti degli anziani non autosufficienti al settore assistenziale, con parziale carico delle spese al servizio sanitario nazionale;
- la seconda, rifacendosi anche a quanto previsto dalle leggi 4 agosto 1955 n. 692, 12 febbraio 1968 n. 132, 23 dicembre 1978 n. 833 e dal decreto del Ministro del Lavoro del 21 dicembre 1956, ritiene che la competenza ad intervenire nei confronti degli anziani cronici non autosufficienti per mancanza di salute comunque determinata, spetti unicamente al servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda la prima posizione, il parziale carico della spesa al servizio sanitario nazionale deve riguardare tutte le spese sanitarie, spese determinate dalla differenza della retta per non autosufficienti dedotto l'importo della retta per autosufficienti (vedi ad esempio l'art. 14, penultimo comma della legge della Regione Friuli-Venezia Giulia 3 giugno 1981 n. 35).

A questo riguardo alcuni ritengono che la spesa per il ricovero in ospedale abbia una quota assistenziale (vitto, effetti lettereschi, ecc.) quota che dovrebbe essere posta a carico dell'interessato e dei parenti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del codice civile.

Gli interventi di assistenza per gli anziani non autosufficienti possono essere:

- l'assistenza domiciliare;
- l'assistenza residenziale (alloggi protetti, comunità-alloggio, case albergo, case protette, case di riposo).

Per quanto riguarda la seconda posizione, si osserva che gli anziani malati cronici non autosufficienti possono essere assistiti:

- 1) mediante la spedalizzazione a domicilio presso parenti o non parenti, che liberamente abbiano scelto questo intervento. Nei casi di spedalizzazione a domicilio devono essere assicurate, a carico esclusivo del servizio sanitario nazionale, la necessaria assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e un congruo contributo economico da erogare indipendentemente dal reddito dell'interessato e dei parenti;
- 2) mediante il ricovero nelle divisioni ospedaliere di competenza nosologica senza la creazione di strutture ad hoc.

Con questo tipo di intervento si assicura da un lato la continuità terapeutica e d'altro lato la mobilità del personale addetto alla cura dei pazienti acuti e cronici.

\* \* \*

*Componenti il gruppo*

Brex Graziella - Del Dot Cesare - Pesce Mariangela - Pistone  
Andrea - Rizzo Annamaria - Santanera Francesco - Vittigli Giuseppe  
- Antonio Farrace ha partecipato alla discussione generale e non  
alla stesura della relazione.

IPOTESI DI PROFILO PROFESSIONALE  
DI UN OPERATORE DI DISTRETTO: L'ASSISTENTE DOMICILIARE

*Presentazione*

Il gruppo è pervenuto alla formulazione del documento attraverso:

- individuazione dei bisogni dell'utenza considerata;
- individuazione degli strumenti necessari per dare risposte adeguate;
- individuazione delle conseguenti prestazioni da erogare attraverso i vari operatori del distretto (vedi allegato).

*Premessa*

Ancora una volta sembra opportuno sottolineare come l'obiettivo finale dell'intervento sociale sia quello di promuovere la salute intesa come « lo star meglio possibile » e non come « assenza di malattia ». Ciò che va promosso con ogni mezzo è, dunque e soprattutto, prevenzione e recupero, in armonia, peraltro, con le indicazioni della riforma sanitaria.

Al fine di raggiungere l'« obiettivo salute » è indispensabile, a parere del gruppo:

- 1) attivare un unico livello di governo a livello di Unità locale, che accorpi le funzioni relative a sanità, assistenza, cultura, ecc., come previsto dal DPR 616 art. 17;
- 2) promuovere un processo che coinvolga tutte le forze interagenti sul territorio: cittadini, operatori, forze politiche e sociali. La prevenzione ed il recupero sono un diritto-dovere di tutti;
- 3) formare operatori in possesso di una nuova professionalità, fatta anche di una « cultura di territorio » che superi settorialità, categorie e frammentazioni, attraverso un progetto globale ed articolato di formazione, di riconversione e di aggiornamento permanente.

Definito il distretto come momento di ricomposizione di diversi interventi settoriali e di integrazione delle attività sociali e sanitarie, il relativo modello organizzativo deve prevedere la presenza di un nucleo di operatori residenziali composto da figure professionali idonee ad accorpare attorno a sé le prestazioni di 1°

livello, intendendo per tali quelle erogate direttamente dall'operatore all'utente e che si esauriscono nell'ambito distrettuale.

L'équipe nel suo complesso è chiamata:

- a dare una risposta immediata e globale ai bisogni della popolazione,
- a funzionare da filtro di bisogni e problemi più complessi, anche inespressi, e a promuovere processi di partecipazione e sviluppo.

Da questa impostazione deriva la necessità di ripensare le figure professionali ora presenti sul territorio, in modo da ridefinire i profili orientandoli verso i nuovi obiettivi della politica sociale. Nella rielaborazione di detti profili, e limitando qui l'indagine alle professioni sociali e para-mediche, si ritiene indispensabile che tutti gli operatori del territorio debbano avere un momento di formazione culturale e professionale comune ed un momento successivo di specializzazione in rapporto alle funzioni che sono chiamati singolarmente a svolgere.

La formazione deve comunque passare attraverso l'acquisizione teorica di conoscenze e la sperimentazione pratica di tecniche operative.

Il momento di preparazione comune dovrebbe avere l'obiettivo di fare acquisire capacità professionali per:

- lavorare in équipe,
- « leggere » il territorio,
- trasmettere e far circolare informazioni, dati ed esperienze,
- mettersi in una corretta relazione sia con la persona e la famiglia, sia con le strutture amministrative e le altre realtà del territorio,
- rapportarsi con i momenti di partecipazione organizzata e spontanea,
- conoscere la dimensione amministrativa dei problemi dei servizi,
- verificare l'efficienza e l'efficacia degli interventi rispetto ai bisogni, ai costi ed al corretto utilizzo delle risorse.

Il momento di preparazione specifica deve essere orientato a far acquisire all'operatore a livello distrettuale (che potremmo chiamare « assistente domiciliare »), capacità professionali tali da renderlo in grado:

- di far conseguire al destinatario delle sue prestazioni il massimo recupero possibile di autonomia;

- di supplire alle carenze di autonomia nelle funzioni personali essenziali, nelle funzioni domestiche, nelle funzioni igienico-sanitarie e nelle funzioni relazionali.

Nello specifico settore dell'assistenza domiciliare all'anziano, intendendo come domicilio sia la casa propria sia le strutture residenziali di territorio (comunità alloggio, casa protetta, casa di riposo), si individuano le seguenti prestazioni che devono permettere la costante attenzione a favorire un rafforzamento del livello di autonomia dell'utente nel suo contesto di vita, nel rispetto della sua autodeterminazione e precisamente:

- aiuto per il governo della casa:
  - riordino del letto e della stanza
  - pulizia generale dell'alloggio
  - cambio della biancheria
  - utilizzo del servizio di lavanderia
  - preparazione e/o aiuto per il pranzo e per gli acquisti, eventuale fornitura di pasti a domicilio;
- aiuto nelle attività della persona su se stessa:
  - aiuto per il bagno
  - vestizione
  - nutrizione o aiuto nell'assunzione dei pasti;
- aiuto a favorire l'autosufficienza nell'attività giornaliera:
  - aiuto per la corretta deambulazione
  - aiuto nel movimento degli arti invalidi
  - accorgimenti per una giusta posizione degli arti in condizione di riposo
  - aiuto nell'uso di accorgimenti o attrezzi per lavarsi, vestirsi da soli, camminare, ecc.;
- interventi infermieristici di semplice attuazione sotto il controllo medico;
- prestazioni di segretariato sociale in collaborazione con l'assistente sociale e con gli operatori specifici dell'informazione;
- interventi tendenti a favorire la socializzazione dell'utente in comune con gli altri operatori;
- contributo alla programmazione dell'attività di assistenza domiciliare e del piano di intervento nei confronti del singolo utente in comune con gli altri operatori del servizio.

In conclusione, l'assistenza domiciliare va intesa come servizio integrato socio-sanitario e non come sommatoria delle varie prestazioni fornite dai servizi di base sanitari ed assistenziali.

Per poter attuare quanto sopra detto, occorrerà, tra l'altro, risolvere alcuni nodi a livello legislativo onde consentire:

- 1) la mobilità del personale sul territorio anche per il comparto dell'assistenza (v. ruolo parallelo al ruolo sanitario, organico, ecc.);
- 2) la prestazione di terapia iniettiva anche per l'assistente domiciliare (v. patentino).

Al fine di verificare le ipotesi elaborate all'interno di questo seminario, il gruppo chiede alla Fondazione Zancan di organizzare nell'estate 1982 un altro seminario sulle tematiche connesse al progetto-obiettivo anziani.

\* \* \*

*Componenti il gruppo:*

Amato Vittorio - Anfossi Lorenza - Antonini Elena - Finazzi Lionello Chiara - Finzi Bruno - Galetti Scassellati Mariena - Maragno Luigi - Marino Fortunato - Prizzon Ivana - Zorzi Loris.

### Diagramma delle funzioni dell' Assistente Domiciliare che interagiscono con quelle di altri Operatori del Distretto

ASSISTENTE DOMICILIARE	INFERMIERE PROFESSIONALE	ASSISTENTE SOCIALE	ASSISTENTE SANITARIO	TECNICO DI RIAB.	ANIMATORE
- Curare l'igiene della persona	*	- Filtrare le accettazioni di ricovero ed indirizzare gli eventuali sostegni per evitarlo			
- Alzare	*		*		
- Massaggiare	*			*	
- Vestire	*		- Tenere i contatti Medico di base per l'analisi delle situaz.	*	
- Imboccare	*				
- Stimolare attività motoria	*		ambientali e per la prevenzione di stati di rischio che possono portare a cause invalidanti		
- Prevenire lo stato di rischio	*				
- Preparare i pasti	*				
- Curare l'igiene ambientale	*	- Somministrare farmaci			
*	- Eseguire: ESAMI VARI E. C. G. PRELIEVI CONTROLLI VARI TERAP. PARENTER. MEDICAZIONI CLISTERI FLEBOCLISI TERAPIA INSULIN. CATETERISMI E LAVAGGI VESCICALI	- Coordinare per la convivenza e l'inserimento e stimolare un migliore rapporto con i familiari, vicini, e gli altri ospiti	Prevenire lo stato di rischio		*
*		- Rapporti inter. istituzionali	- Curare l'igiene ambientale		
*		- Aiuti economici			
*		- Scambio di informazione ai parenti			*
*		- Pratiche amministrative Pensioni			*

- Nel lavoro di gruppo sono stati individuati i *bisogni* che la utenza esprime:
- bisogni di vita quotidiana
  - bisogno di essere informato
  - bisogno di affettività
  - bisogno di casa.
- Chiariti i bisogni si è cercato di individuare gli *strumenti* che possono permettere il soddisfacimento degli stessi e precisamente:
- personale adeguato
  - atteggiamento corretto delle persone che si relazionano con l'anziano
  - indipendenza economica
  - informazioni sull'igiene personale e ambientale
  - informazioni su una corretta alimentazione
  - informazioni su l'uso corretto dei farmaci
  - informazioni sulle risorse: uso di protesi e vari ausili
  - razionale ed adeguata attrezzatura dei servizi igienici
  - spazio metrico adeguato
  - localizzazione non emarginante dell'ambiente di vita
  - eliminazione delle barriere architettoniche
  - sede del distretto con relativo servizio di segretariato sociale, stanziale c/o itinerante a seconda delle realtà ambientali
  - attività socializzanti aperte ed integrate nel territorio per far sì che anche l'anziano non autosufficiente sia parte attiva e presente.