

# Politiche legislative e popolazione anziana nello stato italiano

Paolo Ferrario

## 1. Introduzione

Ormai da molti anni tutti gli indicatori socio demografici documentano il forte processo di accrescimento della popolazione anziana e la connessa diversificazione dei gruppi sociali appartenenti a questa fase del ciclo di vita. In estrema sintesi è possibile distinguere una “vecchiaia attiva”, attraversata dalle differenze di genere, nella quale donne e uomini costituiscono ancora una risorsa familiare e sociale e che sollecitano soprattutto richieste di servizi culturali per il tempo libero, e una “vecchiaia tendenzialmente dipendente”, contraddistinta dalla riduzione delle abilità e dal deterioramento dello stato di salute che ne compromette l’autonomia. L’intreccio di questi processi determina un incremento della domanda di servizi personali e mette in tensione le politiche dei servizi socio sanitari. In questo saggio saranno presi in esame i principali momenti di sviluppo della legislazione socio sanitaria dello stato italiano, con l’obiettivo di individuare le fasi, le caratteristiche e le tendenze del sistema di protezione rivolto al secondo gruppo sociale di anziani di cui si è parlato. Le prestazioni economiche ed i servizi che sono cruciali per i bisogni di questa fascia di età possono essere classificati in tre categorie:

- le *pensioni*, suddivise in diverse tipologie ed erogate dal sistema previdenziale;
- i *servizi sanitari e socio sanitari* ad elevata integrazione, erogati dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso la rete delle ASL – Aziende Sanitarie Locali;
- i *servizi sociali*, erogati dai comuni attraverso la pluralità delle forme di gestione che si sono andate definendo in particolare dagli anni Novanta.

Per descrivere e valutare la legislazione in quest’area problematica è necessario intrecciare due percorsi normativi: quello più generale relativo all’assetto istituzionale ed organizzativo dei servizi e quello più specifico, relativo alle dinamiche di bisogno-domanda-offerta connesse alla condizione anziana (tabella 1).

Tabella 1: Tipi di legislazione per la popolazione anziana

Legislazione generale	Legislazione nell’area anziani
- evoluzione dei rapporti fra lo <i>stato centrale</i> e le <i>regioni</i> - trasformazioni del sistema sanitario dalle mutue alle USL (Unità Sanitarie Locali) alle ASL ( <i>Azienda Sanitarie Locali</i> ) - rafforzamento del ruolo dei <i>comuni</i> quali responsabili amministrativi ed organizzativi dei servizi sociali - creazione e consolidamento delle <i>cooperative sociali</i> quali soggetti erogatori e gestori di servizi - estensione e radicamento delle varie forme di <i>volontariato</i> quali soggetti della società civile, con funzioni di proposta e controllo sulle	- pensioni - Progetti Obiettivo Anziani e Piani sanitari - RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) - ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) - servizi domiciliari comunali - centri diurni a valenza sociale e a valenza socio sanitaria

Saranno analizzati i seguenti temi:

- le riforme delle pensioni;
- il sistema dei servizi sanitari regionali;
- il Progetto Obiettivo Anziani e il Piani Sanitari Nazionali;
- i servizi sociali comunali;
- le politiche legislative per l'integrazione socio sanitaria;
- i servizi residenziali e servizi domiciliari.

## **2. Le riforme delle pensioni**

A partire dalla fine del 1992 il sistema previdenziale italiano è stato attraversato da numerosi interventi correttivi. L'obiettivo di tali azioni è stato quello di riequilibrare, nel lungo periodo, l'evoluzione della spesa pensionistica rispetto al prodotto interno lordo, tentando di bilanciare gli effetti negativi dell'invecchiamento della popolazione, della diminuzione dell'occupazione e del rallentamento della crescita economica.

Accanto a queste finalità di ordine economico era presente anche la necessità di uniformare le normative pensionistiche del settore pubblico, del settore privato e dei regimi professionali speciali in base a criteri di equità fra le generazioni e all'interno delle generazioni.

Per l'insieme dei fattori sopra accennati la "questione pensioni" è stata spesso al centro dell'agenda politica italiana. Con riferimento alla storia recente è opportuno ricordare e leggi di riforma del 1968-1975, che hanno realizzato un "patto previdenziale" tra le forze politiche e sindacali e la successiva incessante attività legislativa, tesa a modificare continuamente gli istituti previdenziali esistenti.

Una caratteristica di fondo del sistema pensionistico italiano consiste nel suo finanziamento basato sul modello della "ripartizione": i contributi versati dai lavoratori non sono accantonati (o "capitalizzati"), ma versati immediatamente ai pensionati. È chiaro che un simile meccanismo finanziario resta in equilibrio solo fino a quando il gettito dei contributi copre le somme necessarie al pagamento delle pensioni. Nel corso del tempo si è aggravata la forbice fra le entrate e le uscite, determinando un ampio consenso sulla gravità degli squilibri creati<sup>1</sup> e sollecitando l'individuazione di azioni legislative correttive.

Uno fra gli aspetti di più evidente iniquità del sistema era costituito dalle pensioni di anzianità, introdotto nel 1965, come "misura temporanea" per favorire i processi di ristrutturazione industriale in un periodo di recessione. Sotto il profilo previdenziale, la pensione di anzianità consente ad un lavoratore di godere di una rendita dopo un certo periodo di versamenti contributivi, indipendentemente dall'età anagrafica. La conseguenza è che, a parità di contributi versati, i pensionati di anzianità godono di un "rendimento implicito" del proprio risparmio previdenziale nettamente superiore a quello ottenuto dai pensionati di vecchiaia.

Negli anni Novanta il primo tentativo di riforma del sistema previdenziale è stato intrapreso in un periodo di eccezionale emergenza finanziaria. Durante l'undicesima

---

<sup>1</sup> Si veda in proposito: Rampini F., 1994; Beltrametti L., 1996; Baldissera A., *La rivolta dei capelli grigi. Il caso italiano e francese*, in N. Negri, L. Sciolla (a cura di), *Il paese dei paradossi*, Carocci, Roma, 1996, pp. 53-116.

legislatura (1992-1994) il governo Amato ha promosso un primo riordino del sistema previdenziale dei lavoratori dipendenti privati e pubblici con gli obiettivi di: stabilizzare il rapporto tra spesa previdenziale e prodotto interno lordo; garantire trattamenti pensionistici omogenei; favorire la costituzione su base volontaria, collettiva o individuale di forme di previdenza per l'erogazione di *trattamenti pensionistici complementari*<sup>2</sup>.

I punti cardine della riforma Amato possono essere così sintetizzati:

- *età pensionabile*: elevata da 55 a 60 anni per le donne e da 60 a 65 per gli uomini, introducendo alcune gradualità per il periodo 1994-1999 e con esclusione di alcune categorie che conservano i vecchi limiti;
- *contribuzione minima per la pensione di vecchiaia*: elevata gradualmente da 15 a 20 anni di contributi;
- *integrazione al trattamento minimo*: si tiene conto anche del reddito del coniuge che fino ad allora non era preso in considerazione;
- *indicizzazione*: la nuova scala mobile ha una cadenza annuale anziché semestrale ed è agganciata all'indice ISTAT dei prezzi al consumo (cioè all'inflazione) e non più alla dinamica salariale;
- *cumulo* tra pensione e reddito da lavoro: il divieto parziale di cumulo, prima in vigore solo per i redditi da lavoro dipendente, è esteso anche al lavoro autonomo.

La riforma Amato è stata sicuramente importante, ma insufficiente a risanare il sistema pensionistico italiano. Nel corso della dodicesima legislatura (1994-1995) il governo Berlusconi presenta una proposta non negoziata con i sindacati articolata nel modo seguente: l'innalzamento dell'età pensionabile a 65 anni per gli uomini e 60 per le donne viene anticipata al 2000; il coefficiente di ricalcolo viene abbassato all'1,75% a partire dal 1996, con possibili ulteriori abbassamenti; possibilità di andare in pensione dopo 35 anni di contributi, ma con una penalizzazione del 3% dell'importo pensionistico per ogni anno che manca al compimento dell'età; annullamento della scala mobile per le pensioni del 1995 e, dal 1996, agganciamento all'inflazione programmata. Questo progetto, per il modo in cui viene proposto e per i suoi contenuti, provoca uno scontro sociale durissimo e una successiva caduta di questo governo.

Nella stessa legislatura, la riforma delle pensioni viene ripresa dal governo Dini. Questa volta la negoziazione avviene anche con riferimento alle proposte dei sindacati<sup>3</sup>, centrate sulla separazione tra spesa previdenziale e spesa assistenziale, sulla flessibilità dell'età pensionabile e su un calcolo della pensione legato all'intera vita lavorativa. Il compromesso finale tiene conto di queste indicazioni e introduce innovazioni di sostanza nel metodo di calcolo delle rendite pensionistiche con il passaggio da un sistema retributivo ad un sistema contributivo.

La conseguente riforma delle pensioni<sup>4</sup> tende alla creazione di un sistema previdenziale fondato su tre pilastri: 1) sistema previdenziale pubblico, obbligatorio per tutti i lavoratori iscritti all'INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale) o ad altro ente; 2) fondi pensione creati su base aziendali o di categoria, per dare una prima integrazione alla pensione di base; 3) contratti di assicurazione sulla vita per coloro che

---

<sup>2</sup> Legge n. 421/1992 e D. Lgs. n. 503/1992.

<sup>3</sup> Accordo siglato l'8 maggio 1995.

<sup>4</sup> Legge n. 335/1995.

desiderano preconstituirsì rendite ulteriori secondo le proprie necessità e disponibilità. Più in particolare, le principali novità introdotte dalla riforma sono le seguenti:

- *calcolo delle pensioni*: dal sistema retributivo (impennato sulla media delle retribuzioni degli ultimi dieci anni lavorativi) si passa, dopo un periodo transitorio di coesistenza, ad un sistema contributivo (basato sull'ammontare dei contributi versati) annualmente indicizzato;
- *età pensionabile*: il requisito diventa flessibile, poiché il lavoratore può decidere liberamente l'età di pensionamento tra i 57 e i 65 anni, purché abbia almeno cinque anni di contribuzione effettiva;
- *pensioni di anzianità*: attuazione di un regime transitorio orientato, tuttavia, alla loro scomparsa con effetto dal 2009;
- *previdenza complementare*: previsione dell'avvio dei fondi pensione;
- *previsione di un riordino del settore invalidità e inabilità*<sup>5</sup>: requisiti medico-sanitari con riferimento alla definizione di "persona handicappata"<sup>6</sup>; revisione della disciplina delle incompatibilità e cumulabilità delle diverse prestazioni assistenziali e previdenziali; potenziamento dell'azione di verifica e di controllo.

Con l'approvazione di questa legge la crisi della politica pensionistica trova una provvisoria soluzione e il dibattito, talvolta aspro, tra le forze politiche e sindacali si attenua, anche se ciclicamente tende a riproporsi. L'invecchiamento della popolazione e il conseguente finanziamento dei bisogni dell'età anziana da parte della generazione attualmente occupata diventa sempre meno sostenibile, nel senso che ai bisogni dei padri non possono più provvedere solo i sempre meno numerosi figli. Per questi motivi la riforma del sistema pensionistico propone il dramma di un conflitto intergenerazionale che appare insolubile.

La regolazione legislativa è particolarmente difficile, ma è stato anche osservato che vi sono ragioni per vederla invece come un'occasione per accrescere il volume delle risorse disponibili e per rendere efficiente l'offerta delle prestazioni pensionistiche per le generazioni future senza che ciò avvenga esclusivamente a scapito delle generazioni precedenti<sup>7</sup>.

La prospettiva che si è finora affermata è quella del "sistema pensionistico misto" che integri flussi finanziari provenienti dal risparmio contributivo pubblico e da quello individuale.

### **3. Il sistema dei servizi sanitari regionali**

Prima dell'attuale organizzazione sanitaria, la struttura della protezione in caso di malattia era piuttosto debole ed articolata in modo disorganico ed episodico. In particolare, è utile e necessario individuare le fasi legislative presentate nella tabella 2.

---

<sup>5</sup> Legge n. 335/1995, art. 3, c. 3.

<sup>6</sup> Legge n. 104/1992.

<sup>7</sup> In Giuliano, Maré, 2001.

Tabella 2: Normative precedenti alle riforme istituzionali della sanità

1953	- estensione dell'assistenza sanitaria ai pensionati statali <sup>8</sup>
1955	- estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia <sup>9</sup> - diritto all'assistenza sanitaria a tempo indeterminato per gli anziani affetti da malattie specifiche della vecchiaia <sup>10</sup>
1956	- individuazione analitica delle categorie diagnostiche delle malattie della vecchiaia <sup>11</sup>
1968	- classificazione degli ospedali ed attribuzione alle regioni di programmare il fabbisogno di posti letto distinti per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti <sup>12</sup>

A partire dagli anni Settanta, con l'introduzione delle regioni nell'ordinamento amministrativo italiano ed il consolidamento della loro posizione istituzionale<sup>13</sup>, mutano gli attori e le loro strategie nell'ambito delle politiche sociali. Il sistema dei servizi sociosanitari si viene articolando su tre livelli territoriali cui corrispondono diversi ambiti di competenza: allo *stato* le funzioni di legislazione generale (diritti di cittadinanza, obiettivi, ripartizione finanziaria, indirizzi, coordinamento); alle *regioni* le funzioni di legislazione concorrente, programmazione, promozione, sviluppo<sup>14</sup>; alle *autonomie locali*, ed in particolare ai comuni, le funzioni amministrative relative alla promozione, organizzazione ed erogazione dei servizi.

La riforma sanitaria<sup>15</sup> funziona secondo lo schema di ripartizione territoriale dei compiti fra i livelli statale, regionale e locale. Per quanto riguarda gli anziani, i riferimenti più importanti sono contenuti nelle norme riguardanti gli obiettivi ed in quelle sui compiti operativi delle Unità Sanitarie Locali (tabella 3).

Tabella 3: Servizio Sanitario Nazionale, Unità Sanitarie Locali e anziani

Obiettivi <sup>16</sup>	Compiti delle Unità Sanitarie Locali <sup>17</sup>
- prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica - tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire, rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione - diagnosi e cura degli eventi morbosi, qualunque	- assistenza medico generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale - assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche - assistenza ospedaliera per malattie fisiche e

<sup>8</sup> Legge n. 841/1953.

<sup>9</sup> Legge n. 692/1955.

<sup>10</sup> Idem.

<sup>11</sup> Decreto Ministeriale 21.12.1956.

<sup>12</sup> Legge n. 132/1968, art. 21.

<sup>13</sup> D.p.r. n. 616/1977.

<sup>14</sup> Il processo di regionalizzazione del sistema dei servizi socio sanitari ha avuto una ulteriore accelerazione con la Legge costituzionale n. 3/2001.

<sup>15</sup> Legge n. 833/1978.

<sup>16</sup> Legge n. 833/1978 art. 2.

<sup>17</sup> Legge n. 833/1978 art. 14.

siano le cause, la natura, la durata	psichiche - riabilitazione
--------------------------------------	-------------------------------

In connessione a queste riforme nazionali cominciano a strutturarsi politiche regionali a favore delle persone anziane, la cui formazione e sviluppo si articolano attorno a tre linee di azione: 1) approvazione di specifiche leggi e programmi in questa area problematica; 2) attivazione e sviluppo prima delle Unità Sanitarie Locali e poi delle ASL; 3) riordino istituzionale ed amministrativo dei servizi sociali<sup>18</sup>.

A partire dagli anni Settanta il sistema istituzionale per gli interventi socio sanitari rivolti agli anziani si fonda su due livelli amministrativi:

- *Servizio Sanitario Nazionale* e strutture operative locali (prima le USL, poi le ASL) responsabili dell'assistenza generica, specialistica ed ospedaliera;
- *Comuni e soggetti del "terzo settore"* (in particolare le cooperative sociali) responsabili per i servizi di tipo socio assistenziale.

Per quanto riguarda l'organizzazione e l'amministrazione dei servizi, il nodo critico fondamentale è la distribuzione delle competenze fra ASL e comuni in ordine al finanziamento degli interventi.

Alla metà degli anni Ottanta le connessioni tra i due ambiti sono state regolate ponendo a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri per le prestazioni sanitarie e quelli per le prestazioni "socio assistenziali a rilievo sanitario" effettuate nelle strutture protette<sup>19</sup>.

Questi tipi di attività sono stati definiti nel modo seguente: attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio assistenziali, purché siano dirette immediatamente in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti<sup>20</sup>.

In quest'azione normativa si ravvisa il tentativo di identificare prestazioni e relativi costi da far gravare sul fondo sanitario e di distinguere gli altri costi da porre a carico o dell'utente e suoi familiari o dell'ente comunale per le persone prive di reddito. Nel primo tipo di prestazioni sono previste quelle dirette alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio. Poiché il deterioramento dello stato di autosufficienza delle persone anziane non sempre consente di disgiungere nettamente l'intervento sanitario e socio assistenziale a rilievo sanitario da quello socio assistenziale "puro", questo decreto ha avuto come effetto di rafforzare fortemente il ruolo e la posizione funzionale della rete di case di riposo (che avevano una vocazione prevalentemente assistenziale) trasformandole in residenze sanitario assistenziali con una vocazione fortemente sanitaria.

Con le riforme amministrative delle ASL<sup>21</sup> sono stati introdotti alcuni principi di modifica sostanziale del modello organizzativo dei servizi sanitari. Si è avviato un processo di aziendalizzazione delle USL e degli ospedali: la USL, da struttura operativa dei comuni, diventa azienda "con personalità giuridica pubblica e autonomia

<sup>18</sup> Si veda in proposito: Fargion V., *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1997, pp. 217-266; Ferrario P., "Politiche legislative e persone anziane: sviluppo dei servizi", in Mo.V.I., *Fogli di informazione e coordinamento*, n. 2/3, 1999, pp. 8-15. Inoltre Da Roit, 2001, pp. 53-74.

<sup>19</sup> D.p.c.m. 8.8.1985.

<sup>20</sup> D.p.c.m. 8.8.1985, art. 1.

<sup>21</sup> D. Lgs. N. 502/92, D. Lgs. N. 517/1993; D. Lgs. N. 229/1999.

imprenditoriale” disciplinata con “atto aziendale di diritto privato”<sup>22</sup>. Lo scopo è di adottare un modello di gestione finalizzato al raggiungimento di obiettivi specifici compatibili con le risorse disponibili, attribuendo ai direttori generali un ruolo di “*manager pubblico*” che sconfina in quello presente nel settore privato.

In particolare, fra i principi introdotti vanno segnalati: l’*istituzione di centri di costo* con la funzione di controllare e verificare i livelli di efficacia e di efficienza conseguiti dalle singole aziende, rendendo anche possibile analisi comparative dei costi dei rendimenti e dei risultati<sup>23</sup>; l’introduzione del “*finanziamento a prestazione*” per regolare i rapporti fra le ASL e gli altri enti pubblici e privati cui può essere affidata l’erogazione di prestazioni sanitarie; l’introduzione dell’istituto dell’*accreditamento*.

La regolazione dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e gli altri enti pubblici e privati cui può essere affidata l’erogazione dei servizi sanitari, avviene secondo i seguenti criteri.

L’Unità Sanitaria Locale assicura ai cittadini l’erogazione delle prestazioni specialistiche ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio e ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende e degli istituti ed enti, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, e dei professionisti. Con tali soggetti l’Unità Sanitaria Locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa<sup>24</sup>.

Con l’istituto dell’accreditamento sanitario viene regolato il rapporto tra enti pubblici e soggetti privati. La corte costituzionale ha così formulato una prima definizione di “accreditamento”<sup>25</sup>: l’accreditamento è un’operazione da parte di un’autorità o istituzione (nella specie regione), con la quale si riconosce il possesso da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (cosiddetti standard di qualificazione) e si risolve, come fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l’utilizzazione altri soggetti (assistiti – utenti delle prestazioni sanitarie).

Secondo queste definizioni e le successive applicazioni, si può sostenere che in Italia si è andata strutturando una procedura di “accreditamento istituzionale”<sup>26</sup> scandita attraverso le seguenti fasi:

- *autorizzazione all’esercizio*: verifica di requisiti minimi<sup>27</sup> e loro accertamento attraverso verifiche periodiche;
- *accreditamento*: accertamento da parte delle regioni della funzionalità delle strutture autorizzate rispetto ai propri indirizzi programmatori e conseguente iscrizione nell’elenco dei potenziali “fornitori” di prestazioni sanitarie o socio sanitarie;
- *accordi contrattuali*: in rapporto alle riconosciute condizioni di garanzia sulle capacità a fornire le prestazioni sanitarie, la regione e le ASL selezionano i soggetti erogatori, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, e stipulano i conseguenti rapporti amministrativi.

---

<sup>22</sup> D. Lgs. N. 502/92 e successive modifiche, art. 3, comma 1-bis.

<sup>23</sup> Idem, art. 5.

<sup>24</sup> Idem, art. 8.

<sup>25</sup> Sentenza corte costituzionale n. 416 del 21.7.1995.

<sup>26</sup> Si veda: Agenzia per i servizi sanitari regionali, 2001; Battistella A., 2001, pp. 1-6.

<sup>27</sup> D.P.R. 14.1.1997.

Nella determinazione dei requisiti di accreditamento le regioni devono attenersi ai seguenti criteri generali<sup>28</sup>:

- l'accREDITAMENTO della singola struttura deve essere funzionale alle scelte di programmazione regionale;
- il regime di concorrenzialità fra strutture pubbliche e private deve essere finalizzato alla qualità delle prestazioni e deve svolgersi secondo criteri di uguaglianza di diritti e doveri delle diverse strutture, quali presupposti per la libera scelta degli utenti;
- rispetto dei livelli quantitativi e qualitativi di dotazioni strumentali, tecnologiche ed amministrative correlate alla tipologia delle prestazioni erogabili, nonché alla classe di appartenenza della struttura;
- risultanza positiva rispetto ai controlli sulla base di indicatori di efficienza e di qualità.

Entrando più nel dettaglio, la normativa del 1997 è basata sul principio che una struttura, per esercitare le sue attività, debba possedere una serie di requisiti minimi, indipendentemente dal fatto che sia successivamente accreditata.

Quest'azione normativa identifica i requisiti minimi *generali*, estesi a tutte le tipologie che erogano prestazioni sanitarie, e i requisiti minimi *specifici*, individuati per singole tipologie di struttura. Fra queste sono comprese le RSA, che in tal modo entrano nei flussi di spesa del sistema sanitario, spostando così l'identità del servizio da quella della "casa di riposo", (struttura per ospiti autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti, con la componente sociale assistenziale preponderante) a quella di una struttura sempre più caratterizzata per le componenti sanitarie e centrata su ospiti con gravi condizioni di non autosufficienza. La capacità ricettiva minima viene fissata in 20 posti letto e quella massima a 120. La struttura viene suddivisa in tipologie di aree distinguendo quelle destinate a: residenzialità; valutazione e terapie; socializzazione; generali di supporto. Sotto il profilo organizzativo i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento della RSA sono specificati sulla base dei seguenti indicatori:

- *valutazione multidimensionale*, attraverso appositi strumenti valicati;
- stesura di *piani di assistenza individualizzati*;
- *controllo continuo delle attività di assistenza* attraverso la raccolta ed elaborazione dei dati ricavati nelle valutazioni multidimensionali;
- *coinvolgimento della famiglia* dell'ospite;
- *personale* medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale adeguato alle dimensioni ed alle tipologie delle prestazioni erogate.

In ordine alle modalità attuative, la normativa prevede l'applicazione immediata dei requisiti minimi per le strutture di nuova realizzazione o per l'ampliamento e le trasformazioni delle strutture esistenti e l'adeguamento ai requisiti da prevedersi nell'arco massimo di cinque anni per le strutture sanitarie pubbliche e private già autorizzate.

Quest'insieme di regole è particolarmente incisivo per quanto riguarda le strutture residenziali per gli anziani, poiché questa rete di offerta solo in parte appartiene al sistema pubblico, ed è invece organizzata da un pluralismo di enti appartenenti al privato imprenditoriale e non profit. La costruzione della rete di offerta è pertanto

---

<sup>28</sup> D.P.R. 14.1.97, art. 2.



affidata ad una trama di relazioni interistituzionali, nelle quali sono cruciali i due seguenti processi organizzativi:

- la capacità di organizzare il servizio secondo criteri di qualità, efficacia ed efficienza da parte degli enti pubblici, dei soggetti del terzo settore e dei soggetti privati;
- la conseguente necessaria e complementare capacità di controllare i requisiti di funzionamento ed operatività, sempre nella prospettiva dello sviluppo della qualità dell'offerta.

#### **4. Il Progetto Obiettivo Anziani e il Piani Sanitari Nazionali**

In Italia la programmazione sanitaria ha attraversato varie fasi istituzionali:

- prime esperienze di programmazione esclusivamente riservata agli ospedali (1968-1975);
- modello di programmazione sanitaria complessiva adottata tramite atto del Parlamento (1978);
- prima introduzione di standard organizzativi finalizzati alla riconversione degli ospedali italiani (1984 e 1991);
- attribuzione al governo dei compiti programmatori ed introduzione degli strumenti operativi: "Progetto Obiettivo"; "Azione Programmata" (1985);
- Progetto Obiettivo Anziani (1992);
- Atto di intesa stato e regioni e Piano Sanitario Nazionale 1994-1996;
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

La riforma del 1978 stabiliva che il Piano Sanitario Nazionale doveva definire le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale. Ma il processo programmatico ha avuto un percorso meno razionale e più legato alle contingenze politiche e finanziarie della storia italiana e soprattutto più legato al rafforzamento di ruolo delle regioni.

Fra le norme programmatiche successive assume un certo rilievo una delibera del Comitato Interministeriale della Programmazione Economica del 1984<sup>29</sup>, che rappresenta un primo tentativo di pianificare il settore e che va ricordata per una serie di parametri o standard che hanno costituito un punto di riferimento per le amministrazioni regionali e locali:

- standard di personale dipendente, fissato nel rapporto di 10-12 ogni mille abitanti;
- organizzazione dei poliambulatori con indicati alcuni standard di produttività, fra cui quelli della riabilitazione medica (sei prestazioni/ora ogni mille abitanti per un totale di 220 prestazioni annue) e della riabilitazione fisioterapica (250 prestazioni annue);
- organizzazione dei distretti sanitari di base, con la definizione di obiettivi, bacini d'utenza, ambiti territoriali, équipe e funzioni di coordinamento.

Nel 1985<sup>30</sup> vengono introdotti nel nostro ordinamento i concetti di:

---

<sup>29</sup> Delibera CIPE del 20.12.1984.

<sup>30</sup> Legge n. 595/1985.

- *progetto obiettivo*: impegno operativo idoneo ad aggregare attività molteplici delle strutture sanitarie integrate da servizi socio assistenziali. Fra questi viene incluso anche il Progetto Obiettivo Salute degli Anziani;

- *azione programmata*: impegno operativo in uno specifico settore sanitario in cui debba confluire l'attività di più servizi, le cui competenze sono da considerare interdipendenti.

Nel 1991<sup>31</sup> vengono rideterminati alcuni standard di offerta sanitaria: utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75% di media annua; dotazione complessiva di sei posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie, con un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille; obiettivo di riconvertire gli ospedali che non raggiungano lo standard minimo di 120 posti letto e conseguente ristrutturazione della rete ospedaliera; presenza obbligatoria di *day hospital*.

In quest'azione finanziaria e programmatica è già ravvisabile l'obiettivo di trasformare almeno una parte dei posti letto ospedalieri in strutture orientate alla lungodegenza.

Tuttavia, solo nel 1992 si arriverà al primo Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani. Questo importante passaggio era stato preceduto da una Commissione parlamentare d'inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano istituita dal Senato della Repubblica e che si era conclusa con una relazione presentata il 27 luglio 1989. Occorre ancora ricordare che a quell'esito ha anche contribuito una incisiva azione dei sindacati pensionati, che avevano promosso una forte pressione sul governo per arrivare a quel risultato<sup>32</sup>.

I principali orientamenti programmatici del *progetto obiettivo anziani* si possono riassumere nei seguenti punti. Obiettivi:

- integrazione dei servizi socio assistenziali e sanitari per una risposta unitaria e globale;
- attività prevenzione per i futuri anziani a partire dal 50° anno di età;
- promozione di azioni orientate a favorire la permanenza degli anziani in famiglia;
- individuazione di priorità per gli anziani non autosufficienti, e tra questi, per gli anziani con deterioramento mentale;

Sviluppo dell'offerta di servizi:

- istituzione delle *Unità di Valutazione Geriatrica* (UVG), con funzione di valutazione delle condizioni dell'anziano per l'accesso alla rete dei servizi, in almeno tutte le ASL dove esiste una divisione ospedaliera di geriatria e, in via sperimentale, in alcune ASL nel territorio;
- attivazione di servizi di *Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI) per l'erogazione di prestazioni sociali, infermieristiche e mediche a domicilio;
- attivazione, in via sperimentale, di programmi di *ospedalizzazione a domicilio*;
- realizzazione delle *Residenze Sanitarie Assistenziali*, attraverso le risorse della legge finanziaria del 1988.

Nel progetto sono indicate le linee e gli interventi di politica sanitaria per prevenire la non autosufficienza, curare le malattie acute e attivare gli interventi di riabilitazione. Con riferimento alla rete delle unità di offerta il progetto obiettivo anziani prevedeva le seguenti azioni di sviluppo organizzativo:

---

<sup>31</sup> Legge n. 412/1991 (Legge finanziaria 1991).

<sup>32</sup> Accordo Ministero della Sanità e Sindacati Nazionali Pensionati SPI/CGIL, FNP/CISL, UILP/UIL; protocollo d'intesa dell'11.1.1991.

- istituzione di un *dipartimento geriatrico* all'interno del quale le Unità di Valutazione Geriatria (UVG) dovrebbero garantire una funzione di orientamento del paziente anziano sulla base della preliminare valutazione multidimensionale;
- attivazione di servizi di *assistenza domiciliare integrata* per almeno il 2% degli ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA;
- *ospedalizzazione domiciliare* sperimentale per il 10% dei casi con diagnosi di ospedalizzazione per 46.000 casi/anno;
- realizzazione di *posti letto in strutture residenziali* per il 6% degli anni ultra sessantacinquenni, con il 2% garantito dalle RSA;
- realizzazione di 30.000 *posti residenziali* distinti in: 60% per non autosufficienti; 25% per parzialmente autosufficienti; 15% per autosufficienti ad alto rischio di invalidità;
- copertura di parte del fabbisogno di RSA attraverso il ricorso al *privato convenzionato* per un totale di 10.000 posti residenziali.

All'interno di questo progetto obiettivo le RSA si configurano quali strutture residenziali di base facenti parte del Servizio Sanitario Nazionale e dedicate all'assistenza dell'anziano in situazione di elevata fragilità, che non trovi adeguate risposte ai propri bisogni nell'assistenza domiciliare integrata e nell'intervento ospedaliero.

Questo modello di assistenza integrata è stato applicato solo parzialmente e in modo eterogeneo nelle diverse realtà locali. Gli ostacoli sono stati di natura organizzativa e finanziaria. La forbice fra crescita dei bisogni e della domanda e sistema dell'offerta continua ad essere troppo ampia ed è solo parzialmente compensata dal rilevante lavoro di assistenza informale, svolto in misura prevalente dalla famiglia. È stato osservato che l'Italia si colloca (con la Grecia, la Spagna e il Portogallo) tra i paesi europei con il più basso di assistenza a persone ultrasessantacinquenni sia negli istituti (poco più del 2% della popolazione anziana) che a domicilio (meno dell'1%). Questa situazione è in parte spiegabile sulla base di motivazioni socio culturali legate alla tradizione dei paesi dell'Europa meridionale (predominanza delle funzioni assistenziali compiute direttamente dalla famiglia), ma appare tuttavia indicativa di un'offerta non rispondente agli stessi obiettivi che erano stati elaborati nella congiuntura di politica sociale del 1989/1992.

La debolezza delle risposte ai bisogni ed alla domanda di assistenza degli anziani non autosufficienti e di quelli a rischio di perdita dell'autosufficienza si è ulteriormente accentuata in Italia dopo l'introduzione delle tariffe per raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG)<sup>33</sup> come sistema di pagamento di ricoveri ospedalieri. Infatti, tale modalità di finanziamento dei ricoveri tende a creare incentivi per le strutture ospedaliere ad accrescere il numero dei casi trattati, riducendo la durata media delle degenze. Questo effetto contribuisce ad aumentare l'efficienza, ma provoca anche la tendenza alla dimissione in tempi più brevi rispetto al passato.

È del tutto evidente, nel caso dei ricoverati anziani, la propensione alla dimissione di pazienti in condizioni instabili ed ancora bisognosi di assistenza nelle fasi della convalescenza. Dopo l'introduzione del sistema di finanziamento a tariffa, in alcuni paesi si è osservata una riduzione della mortalità intraospedaliera ed un complementare

---

<sup>33</sup> Decreto Ministero della Sanità 15.4.1994. Sull'argomento si veda: Mazzucconi R., Micossi P., Zoppei G., *Il sistema DRG*, Edizioni del Corriere medico, Milano, 1992, pp. 194; Bruzzi S., *Finanziamento e gestione delle aziende ospedaliere*, Giuffrè, Milano, 1997, pp. 170.

aumento della mortalità nei presidi residenziali extraospedalieri. Questo fenomeno è stato associato alla diminuzione della durata delle degenze ospedaliere ed alla conseguente ammissione di pazienti più debilitati nelle strutture residenziali territoriali<sup>34</sup>.

Ritornando al progetto obiettivo, l'organizzazione funzionale dell'assistenza sanitaria agli anziani si struttura attorno a due classi di servizi: quelli socio sanitari "di base" e quelli socio sanitari di tipo "specialistico" a loro volta articolati in altre tipologie. Il tabella 5 presenta il conseguente modello organizzativo.

*Tabella 5: Progetto Obiettivo Anziani: il modello organizzativo dei servizi*

Servizi socio sanitari di base	Servizi di tipo specialistico
Non residenziali - ambulatorio del medico di base - servizi di prevenzione dell'invalidità - segretariato e servizio sociale - assistenza domiciliare integrata	Non residenziali - poliambulatorio: consulenza specialistica, diagnostica strumentale, fisioterapia riabilitativa - ospedalizzazione domiciliare
Semiresidenziali - centro servizi socio assistenziali	Semiresidenziali - ospedale diurno (centro per dementi senili, centro dialisi, ecc.) - strutture territoriali di riabilitazione
Residenziali - strutture residenziali per anziani autosufficienti (case di riposo, case albergo, comunità alloggio) - strutture residenziali per anziani non autosufficienti (residenze sanitarie assistenziali)	Residenziali - ospedale generale o specializzato - unità operativa geriatrica di lungodegenza, di riabilitazione e unità di cura per malati terminali

Sulla realizzazione di questo programma ci sono varie informazioni, anche se non sistematiche, mancando ancora un organico monitoraggio sugli effetti delle politiche<sup>35</sup>.

L'UVG è stata istituita con atto normativo in alcune regioni (Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia). Tuttavia, in una ricerca del 1995 nell'ambito del Progetto Finalizzato Invecchiamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche, risulta che su 61 ASL che avevano istituito un servizio di ADI solo nel 57,3% dei casi viene condotta una valutazione multidimensionale. Inoltre, gli strumenti impiegati sono estremamente eterogenei e quindi difficilmente comparabili.

Il servizio ADI è stato avviato un alcune ASL, in gran parte situate nel Nord Italia, mentre in altre non è stato neppure progettato ed è difficile avere un tabella informativo sull'entità delle richieste soddisfatte rispetto alle domande inevase.

La sperimentazione della ospedalizzazione domiciliare, avviata a Torino<sup>36</sup>, ha avuto poco seguito in altre ASL o regioni italiane, date le condizioni organizzative che sono necessarie per attivare e mantenere questo tipo di offerta.

<sup>34</sup> Corsi M., Franci A., *Classificazione degli utenti nelle case per anziani*, Edizioni Summa, Padova, 1993.

<sup>35</sup> I dati sono stati raccolti ed elaborati dal Ministero della Sanità – Dipartimento Programmazione, 1996 e diffusi dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 1997.

<sup>36</sup> Fabris F., Pernigotti L., *Cinque anni di ospedalizzazione a domicilio*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1990, p. 178.

I dati a disposizione sulle RSA mostrano che la consistenza complessiva nel 1997 è quantificabile in 1.146 strutture con una dimensione media di circa 59 posti letto, per un totale di 68.108 posti residenziali, corrispondenti allo 0,69% della popolazione con più di 65 anni. Nel complesso la rete di offerta appare piuttosto ridotta, con l'eccezione di alcune regioni dove già negli anni Ottanta era stata sviluppata una politica di sviluppo delle strutture protette (Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Veneto).

Il *Piano Sanitario Nazionale* (PSN) 1994-1996 ha, successivamente, recepito il Progetto Obiettivo del 1992 affermando il principio che “scopo precipuo dell'assistenza all'anziano è il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza, la cui perdita, secondo la classificazione IDH dell'OMS (1980), è dovuta alla compromissione concomitante di più fattori, quali il deficit organico, il disagio psico-affettivo e lo svantaggio sociale”. Si richiama anche l'attenzione per le patologie invalidanti e cronico-degenerative e tra i “livelli uniformi di assistenza” si inserisce un livello di “assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati”, nel “livello di assistenza specialistica semiresidenziale” vengono ricomprese le prestazioni ambulatoriali e di assistenza diurna.

L'ulteriore passaggio legislativo è rappresentato dal *Piano Sanitario Nazionale 1998/2000*, che contiene anche la previsione per un successivo Progetto Obiettivo Anziani. Il Piano è stato proposto come un “Patto di Solidarietà” cui sono chiamati ad essere protagonisti i cittadini, gli operatori, le istituzioni, il volontariato, i produttori, il mondo della comunicazione e la comunità internazionale. Scopo fondamentale del PSN 1998-2000 è introdurre condizioni di maggiore equità nell'erogazione dei servizi, avendo presenti i seguenti obiettivi di carattere generale:

- promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza degli anziani;
- adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio (anche a tutela della salute della donna, sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza);
- promuovere l'assistenza continuativa ed integrata intra ed extraospedaliera a favore degli anziani;
- favorire l'integrazione interna al sistema sanitaria e fra questo e l'assistenza sociale.

Nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) si afferma che: “va perseguita una sistematica riduzione degli sprechi di risorse derivanti dalle cronicità evitabili, adottando soluzioni che rispondano a criteri di efficacia, economicità ed umanizzazione. Anche per questo i ricoveri sono giustificati solo quando non siano praticabili altre forme di intervento di natura ambulatoriale, intermedia e domiciliare”. Per ottenere questi risultati deve essere promossa un'assistenza continuativa ed integrata tra ospedale e territorio, organizzando nei distretti l'attività di valutazione multidimensionale, allo scopo di favorire un utilizzo della rete di offerta adeguata ai bisogni delle persone. Sempre nel PSN 1998-2000 si prevede un'attenzione particolare a persone affette da patologie irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi, con assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psico-sociale.

Un ulteriore obiettivo del Piano è migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, attraverso le seguenti azioni: potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica al domicilio, erogazione di assistenza farmaceutica al domicilio tramite le farmacie ospedaliere, potenziamento degli interventi di terapia antalgica, sostegno psico-sociale al malato e ai suoi famigliari,

promozione e coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali. In rapporto alla politica di servizi occorre segnalare che una recente legislazione prevede un programma di realizzazione, di strutture “dedicate all’assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e dei familiari”<sup>37</sup>.

Le azioni previste nel PSN 1998-2000 sono:

- garantire nei distretti la presenza delle unità di valutazione geriatria (UVG), atte a fornire analisi globale del bisogno dell’anziano e favorire un’assistenza personalizzata e continuativa;
- sviluppare le forme alternative al ricovero, mediante l’assistenza domiciliare integrata (ADI) e quella semiresidenziale, l’ospedalizzazione a domicilio, favorendo l’integrazione fra le diverse forme di intervento;
- realizzare le residenze sanitarie assistenziali (RSA) previste nella legge finanziaria del 1998.

Sembra opportuno segnalare anche il documento “Questioni etiche nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: le persone affette da patologie croniche” elaborato dal Consiglio Superiore di Sanità nel marzo 1999. Tale documento, dopo essersi soffermato sulla definizione e rilevanza delle patologie croniche, indica la necessità di modificare il “privilegio dell’acuto” che ancora caratterizza largamente sia la mentalità medica sia quella della popolazione in generale e di soddisfare in via prioritaria i bisogni legati alla possibilità di sopravvivere, tenendo conto che nelle patologie croniche l’esito non è la guarigione, ma la sopravvivenza della persona, senza pretendere che essa coincida con la salute e i bisogni indispensabili al poter esprimere l’intelligenza e la libertà di una vita guidata da una coscienza responsabile. Questi orientamenti culturali, decisamente appropriati alla condizione anziana, si traducono in doveri e responsabilità della pianificazione sanitaria, nella direzione di un uso delle strutture diverso da quello tradizionalmente prevalente: “l’ospedalizzazione tradizionale, con un ingresso e un periodo di degenza che si conclude, non è più la risposta adatta alla persona affetta da patologia cronica”. Sono invece altre le modalità per meglio servire ed assistere i cronici: ospedalizzazione di giorno (*day hospital*); ospedalizzazione ciclica (due-tre giorni ogni tanto per controllare il paziente o aiutare la famiglia a sopportare il peso dell’assistenza); ospedalizzazione a domicilio (per fornire prestazioni equivalenti a quelle ospedaliere sulla base di programmi terapeutici definiti nel tempo); assistenza domiciliare integrata (per realizzare la continuità terapeutica tra ospedale e territorio). Le condizioni necessarie per lo sviluppo di quest’ultima unità d’offerta sono: il consenso del soggetto; un buon livello organizzativo della struttura sanitaria territoriale; un sufficiente grado di accettazione e di preparazione della famiglia. In questa tabella dovrebbe essere più accentuata l’attenzione alla riabilitazione, che è una fase della cura dei pazienti che viene molto sottovalutata. Basti pensare che nonostante che i DRG per la cura di fatti acuti prevedano anche la fase della riabilitazione, in genere le ASL tendono a dimettere al più presto un paziente guarito, anche se non ancora sottoposto a riabilitazione. Si tratta di validissime indicazioni che purtroppo non sono state portate a compimento sotto il profilo progettuale ed organizzativo, poiché gli orientamenti

---

<sup>37</sup> Legge 29.2.1999 n. 39, art. 1.

sanitari degli anni successivi hanno di nuovo privilegiato l'attenzione all'ospedale quale luogo elettivo della cura in fase acuta con una scarsa elaborazione culturale sul tema della cronicità e della riabilitazione.

In conclusione, il PSN 1998-2000 ripropone l'UVG territoriale già introdotta dal Progetto Obiettivo Anziani del 1992 allo scopo di garantire sia un'*integrazione gestionale* (traduzione sul piano operativo delle scelte di carattere politico effettuate con l'integrazione istituzionale), sia un'*integrazione professionale*. Non viene esplicitamente espressa la figura del *case-manager* all'interno o a supporto dell'UVG, anche se l'esercizio di questo ruolo appare indubbiamente essenziale per garantire la gestione dei processi di aiuto dal momento dell'insorgenza del bisogno e della domanda, fino alla utilizzazione dei vari nodi disponibili nella rete dei servizi territoriali.

Infine, si può ritenere che questi interventi legislativi programmatori, pur collocandosi in una tabella di differenziate competenze finanziarie (quella sanitaria e quella socio assistenziale), tentano di elaborare un modello di assistenza continuativa orientata all'integrazione delle risorse. È evidente che per rendere concreto questo orientamento occorre che le innovazioni previste incidano positivamente sulle volontà di cooperare dei diversi soggetti istituzionali coinvolti.

## 5. I servizi sociali comunali

Il ruolo dei comuni e le attribuzioni in materia assistenziale si sono andate sempre più ampliando nel corso del tempo e con una particolare accelerazione negli anni Settanta (con il primo trasferimento dei poteri amministrativi dallo stato alle regioni ed alle autonomie locali) e con la fondamentale recente riforma della legge sui servizi sociali<sup>38</sup>.

L'importanza del comune è dovuta in particolare ai seguenti fattori: è l'ente locale più ramificato sul territorio nazionale; alimenta una vasta di istituzioni locali che ricevono da esso sovvenzioni e appoggi sotto forma di contributi, pagamenti diretti e prestazioni dei servizi prevalentemente rivolti a persone anziane. In questa evoluzione, è possibile distinguere alcune fasi:

- prima del 1977: ruolo sussidiario, ossia sostitutivo delle autonome capacità di mantenimento da parte dell'utente e della famiglia;
- 1977: estensione dei compiti in connessione all'introduzione in Italia delle regioni a statuto ordinario;
- anni Ottanta: significativo ruolo politico ed amministrativo nella progettazione ed attivazione di *servizi domiciliari a valenza assistenziale*. Questi processi organizzativi sono stati particolarmente incentivati dalle cosiddette leggi di riordino in materia di servizi socio assistenziali che le regioni hanno approvato in questo decennio;
- anni Novanta: ulteriore rafforzamento di ruolo circa le riforme dell'ordinamento degli enti locali;
- dal 2000: chiara e definitiva attribuzione in materia di responsabilità nel settore dei servizi sociali, attraverso l'adozione delle forme di gestione più adatte ad amministrare i servizi stessi<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Legge n. 328/2000.

<sup>39</sup> Convenzioni intercomunali, consorzi intercomunali, esercizio associato delle funzioni, istituzioni per l'istituzione di servizi sociali, aziende speciali per la gestione dei servizi, accordi di programma, gestione

Nello sviluppo di queste politiche amministrative, un tema cruciale è quello dell'*obbligo degli alimenti*<sup>40</sup> che comporta il dovere di fornire il necessario per sopravvivere in caso di assenza di mezzi di sostentamento. Per "alimenti" si intendono le prestazioni di ordine patrimoniale dovute da un privato ad un altro privato, nell'ambito dei rapporti familiari ed interpersonali. Sono obbligati a prestare gli alimenti i seguenti soggetti (in ordine di responsabilità): il coniuge, i figli (legittimi, legittimati, naturali o adottivi) e, in loro mancanza, i loro discendenti; i genitori (in loro mancanza gli ascendenti), i generi, le nuore; il suocero, la suocera; i fratelli e le sorelle germani (nati dalla stessa madre o dallo stesso padre) o unilaterali.

Attorno a tale normativa del diritto civile che ha sia l'obiettivo di coinvolgere e responsabilizzare la famiglia nell'assistenza alle persone anziane, sia di contribuire al costo di esercizio dei servizi, si è sviluppato un acceso dibattito relativamente alla prassi da parte dei comuni e di altri enti pubblici di chiedere ai parenti tali contribuzioni<sup>41</sup>. In seguito a varie decisioni dei tribunali sembra affermarsi un'interpretazione in base alla quale "gli alimenti possono essere richiesti solo da chi versa in stato di obbligo e non è in grado di provvedere al proprio mantenimento". Non può dunque l'ente, ponendosi in veste di sostituto processuale (ovvero colui che agisce in giudizio in luogo di altri), proporre una domanda in tal senso ove non vi provveda l'interessato, unico legittimato<sup>42</sup>.

Si è voluto segnalare questo importante argomento per questa ragione: se le scelte giuridiche, anche in base alle sentenze, appaiono sostenibili, appare per lo meno contraddittoria una politica tesa a responsabilizzare le famiglie nell'aiuto assistenziale e nello stesso un'altra, tesa ad eliminare gli effetti di uno strumento giuridico che comunque andava in questa direzione. Molte famiglie, pur in buone condizioni di reddito, potrebbero deresponsabilizzarsi sotto il profilo economico, poiché è difficilissimo che persone anziane non autosufficienti attivino azioni giudiziali nei confronti di propri parenti.

Il numero crescente di persone che possono vivere a lungo in situazione di cronicità, ha suggerito la necessità di formulare nuove regole per la *tutela giuridica ed economica* senza dover fare ricorso agli strumenti più radicali della interdizione<sup>43</sup> o della inabilitazione<sup>44</sup>. In un progetto di legge, non arrivato ad approvazione, è stata prevista la nuova figura dell'*amministratore di sostegno*<sup>45</sup>, che dovrebbe essere nominato dal giudice tutelare e dovrebbe vigilare sugli interessi civili e patrimoniali

---

delegata alle aziende sanitarie locali. Per approfondimento sul tema si consiglia la consultazione del sito [www.segnalo.it](http://www.segnalo.it) (area delle politiche). Una ricostruzione del ruolo dei comuni nel sistema dei servizi sociali è in: Ferrario P., "Il sistema dei servizi sociali", in *Politica dei servizi sociali*, Carocci Editore, Roma, 2001, pp. 95-159.

<sup>40</sup> Codice Civile, art. 433 e seguenti. Per una trattazione della materia si veda: Borghetti, 1995, pp. 100-129.

<sup>41</sup> Questa azione è stata particolarmente sostenuta dalla rivista *Prospettive Assistenziali* di Torino.

<sup>42</sup> In Volpin N., "Obblighi dei congiunti di un anziano non autosufficiente", in *Politiche sociali*, Fondazione Zancan, n. 2, 1997, pp 77-78.

<sup>43</sup> Procedimento giuridico in base a cui la persona è dichiarata incapace di provvedere ai propri interessi (Codice civile, art. 414).

<sup>44</sup> Situazione giuridica conseguente a particolari condizioni psico-fisiche del soggetto che determinano una sua condizione di parziale incapacità (codice civile, art. 414).

<sup>45</sup> Camera dei Deputati – II Commissione Permanente (Giustizia), *Disposizioni in materia di funzioni del giudice tutelare e dell'amministratore di sostegno*, trasmesso al Senato il 7/10/1998.



delle persone disabili, fra cui anche gli anziani che fossero in tali condizioni. In sintesi il progetto prevedeva quanto segue:

- *obiettivi*: limitare ai casi estremi il ricorso agli istituti dell'inabilitazione e interdizione;
- *destinatari*: persone che, per effetto di gravi malattie e menomazioni, fossero nella impossibilità, anche temporanea, di provvedere alla cura dei propri interessi o di amministrare il proprio patrimonio. Il beneficiario, per tutti gli atti che non fanno parte dell'amministrazione di sostegno, conserva la capacità di agire;
- *amministratore di sostegno*: è nominato dal giudice tutelare su istanza dell'interessato, di altri soggetti previsti dalla legge o del responsabile del servizio socio sanitario impegnato nella cura e nell'assistenza; la durata della nomina può essere a tempo determinato o indeterminato; gli atti di sua competenza sono stabiliti nel decreto di nomina;
- *procedimento*: il giudice tutelare deve sentire direttamente la persona disabile e deve tenere conto dei suoi interessi e bisogni.

In sintesi questo disegno di legge mirava a favorire giuridicamente il miglioramento della qualità della vita dei disabili, prevedendo servizi di tutela dei loro interessi economici che potrebbero essere compromessi a causa della riduzione delle loro capacità. È auspicabile che il tema venga ripreso dalle successive legislature.

Con la definitiva approvazione della legge di riforma dei servizi sociali si è aperta una nuova fase nello sviluppo delle politiche amministrative ed organizzative che riguardano il settore. Nella realizzazione di questo importante programma legislativo vari soggetti pubblici e privati saranno coinvolti in processi di comunicazione, progettazione, creazione di strumenti operativi, valorizzazione delle risorse sociali e professionali.

La riforma va collocata nel tabella degli intensi cambiamenti che sono stati introdotti nell'amministrazione pubblica italiana durante anni '90:

- nuova regolazione normativa dei comuni<sup>46</sup>;
- mutati rapporti stato-regioni<sup>47</sup>;
- crescita di ruolo dei soggetti del "terzo settore"<sup>48</sup>;
- orientamento alla qualità, tramite le Carte dei Servizi<sup>49</sup>.

La legge di riforma è suddivisa attorno a sei punti chiave:

- i principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- l'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema;
- disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale;
- gli strumenti per favorire il riordino del sistema;
- interventi e servizi;
- finanziamento del sistema.

---

<sup>46</sup> Legge n. 142/1990; Legge n. 265/1999; Decreto Legislativo n. 267/2000.

<sup>47</sup> Legge n. 59/1997; Decreto Legislativo n. 112/1998.

<sup>48</sup> Legge n. 381/1991; Legge n. 266/1991; Decreto Legislativo n. 460 /1997.

<sup>49</sup> Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 27.1.1994; Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 19.5.1995.

Un primo importante principio che riguarda anche la popolazione anziana è il riconoscimento del diritto soggettivo a fruire di “livelli essenziali e omogenei di prestazioni”. Un altro importante principio ispiratore è quello della sussidiarietà intesa come principio riorganizzativo che valorizza la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali e sociali alla produzione dei servizi alla persona: la famiglia in primo luogo, se in grado di intervenire; la comunità locale, se capace di esprimere azioni solidaristiche; il comune quale ente locale rappresentativo degli interessi dei cittadini che lo abitano; la provincia quale ente intermedio; la regione quale ente che oggi possiede un potere legislativo autonomo anche rispetto a quello dello stato.

La maggiore difficoltà operativa riguarda la definizione dei livelli essenziali che investono soprattutto l’ambito dell’integrazione socio sanitaria. Rispetto alle prestazioni, e quindi allo sviluppo della rete di protezione degli anziani, è di particolare rilievo progettuale ed organizzativo l’identificazione delle prestazioni che dovranno essere realizzate negli ambiti territoriali di azione dei comuni:

- servizio sociale professionale e segretariato sociale con funzioni di informazione e consulenza;
- il servizio di pronto intervento sociale;
- l’assistenza domiciliare;
- le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
- i centri di accoglienza residenziale o diurni a carattere comunitario;

La legge definisce anche un ambito di livelli minimi essenziali in materia di erogazioni economiche: lo stanziamento complessivo del fondo per le politiche sociali (da cui dipende la determinazione dei livelli essenziali) deve comunque garantire la copertura delle prestazioni relative all’invalidità civile, cecità e sordomutismo<sup>50</sup>. Di particolare significato per le politiche sociali rivolte alle persone in situazione di fragilità sono le prestazioni rivolte specificatamente a tre tipologie di utenza:

- la disabilità;
- la persona anziana non autosufficiente;
- la famiglia.

A sostegno dei disabili<sup>51</sup> si prevede la possibilità di accedere a progetti individuali di inserimento scolastico, lavorativo e/o familiare, realizzato attraverso intese tra i comuni e l’azienda sanitaria. Agli anziani non autosufficienti<sup>52</sup> viene riservata una quota di Fondo Nazionale per le Politiche Sociali allo scopo di sostenere il nucleo nell’assistenza domiciliare. Una quota dei finanziamenti è riservata al potenziamento dell’integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all’assistenza domiciliare integrata.

Infine, in materia di valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari<sup>53</sup> si prevede l’erogazione di assegni o di altre prestazioni economiche, atti a favorire i compiti di cura e di accoglienza della famiglia; la messa a punto di politiche conciliative

---

<sup>50</sup> Legge n. 328, art. 20.

<sup>51</sup> Legge n. 328, art. 14.

<sup>52</sup> Legge n. 328, art. 15.

<sup>53</sup> Legge n. 328, art. 16.

tra tempi di lavoro e tempi di cura; la realizzazione di servizi formativi e informativi a sostegno dei compiti educativi della famiglia.

L'insieme delle prestazioni erogabili dal sistema dei servizi sociali può essere offerto dai comuni direttamente mediante propri servizi, attraverso l'affidamento di attività a soggetti erogatori esterni, o ancora attraverso i processi amministrativi dell'accreditamento. È prevista anche la concessione di "titoli validi per l'acquisto di servizi sociali" (i cosiddetti buoni servizi) purché vengano organizzati e utilizzati "nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per l'integrazione o la reintegrazione dei soggetti beneficiari"<sup>54</sup>.

L'ambizione del programma legislativo di questa legge è di sviluppare una pratica interattiva con gli utenti, le associazioni ed i professionisti dei servizi. Viene assunta un'ottica organizzativa di tipo progettuale che coinvolga singoli, famiglie, gruppi, soggetti della società civile, in un contesto relazionale collaborativo.

Sotto il profilo culturale, da un lato la famiglia è riconosciuta come soggetto di sicurezza sociale, ossia come un soggetto attivo capace derogare servizi primari per la vita quotidiana; dall'altro si riconosce la necessità di rafforzarne la sua capacità di autonomia, ovvero di metterla in condizione di poter affrontare i conflitti interni e gestire le necessità dei suoi membri.

La cultura politica e sociale del nostro paese tende a considerare la famiglia come responsabile dei suoi membri in difficoltà, mettendo in ombra la sua reale capacità di cura, in quanto la si dà per scontata, anzi sono presenti orientamenti culturali per i quali il solo problematizzare la pesantezza dell'impegno familiare viene considerato spesso un indicatore della dilagante cultura individualistica. Il risultato è che non si è data rilevanza al prezzo che la famiglia paga quando si assume i carichi, ad esempio, degli anziani non autosufficienti.

La legge di riforma dei servizi sociali punta a valorizzare le risorse familiari dove esistono e possono essere aiutate a dispiegare la loro forza, ma contemporaneamente mira ad aiutare le famiglie in difficoltà.

Non è un risultato scontato, anzi molti segnali mettono in evidenza una diversa concezione che punta a "scaricare" sulle famiglie il peso della mancanza di servizi sociali e socio sanitari presenti e capaci di intervenire sulle situazioni problematiche<sup>55</sup>.

## **6. Politiche legislative per l'integrazione socio sanitaria**

Una questione di fondo per le politiche riguardanti la popolazione anziana e disabile è rappresentata dalla attuale separazione fra le competenze sanitarie e quelle socio assistenziali. Questo aspetto è stato parzialmente affrontato solo sotto il profilo economico-finanziario. Nel 1985<sup>56</sup> un decreto ha individuato i seguenti flussi di spesa:

- attività socio assistenziali di rilievo sanitario, comprendenti fra l'altro i ricoveri in strutture protette e la riabilitazione o rieducazione funzionale di handicappati o disabili (a carico del fondo nazionale);
- attività socio assistenziali comprendenti fra l'altro: assistenza economica; assistenza domestica; ricoveri in strutture sostitutive dell'assistenza familiare (a carico dei fondi sociali dei comuni e delle famiglie).

---

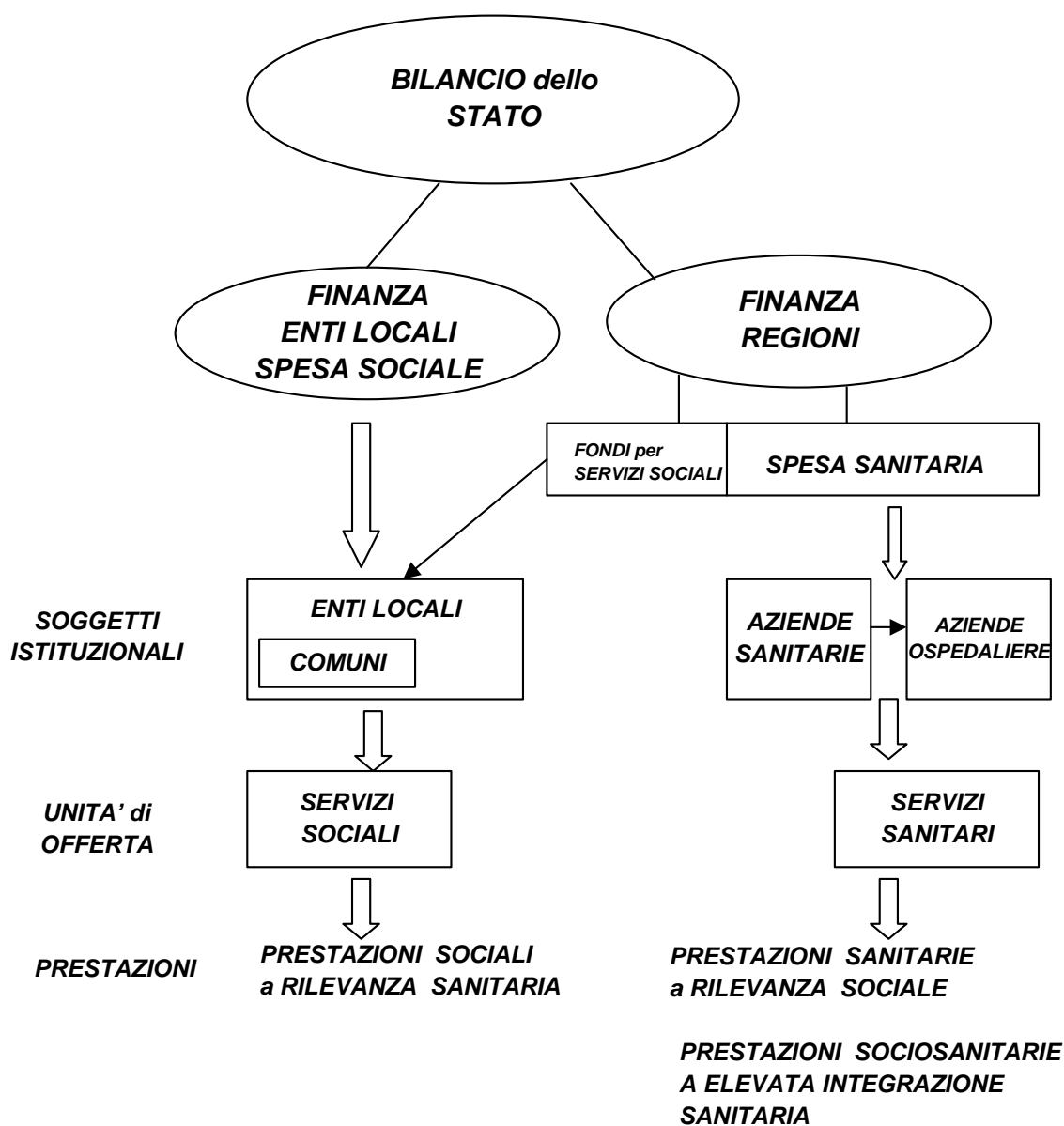
<sup>54</sup> Legge n. 328, art. 17.

<sup>55</sup> Sull'argomento si veda: Quaia L., 2001; Taccani P., 2002.

<sup>56</sup> DPCM 8.8.1985.

Dopo l'approvazione del terzo riordino amministrativo degli anni Novanta e la concomitante riforma dei servizi sociali, di cui si è parlato in precedenza, la questione è stata ripresa attraverso un atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione fra i due sistemi<sup>57</sup>. Il provvedimento mira a favorire, esclusivamente sotto il profilo dei flussi di spesa, le connessioni fra l'area sanitaria, di competenza delle regioni e delle ASL, e quella socio assistenziale, di competenza dei comuni (grafico 1).

Grafico 1: La distribuzione della spesa socio sanitaria



<sup>57</sup> DPCM 14.2.2001.

Effettivamente non è facile districare i nodi istituzionali ed organizzativi. Si tratta di regolare i meccanismi della finanza pubblica che attualmente è articolata fra i tre livelli: statale, regionale e locale. Ma non basta: a causa del pluralismo degli enti gestori dei servizi alla persona è assolutamente comune la situazione di strutture che debbono cercare di combinare nei propri bilanci sia i trasferimenti su fondo sanitario sia quelli su fondo sociale.

Il legislatore, mediante questa normativa, mira a procedere con un metodo rigoroso ed analitico. Innanzitutto definisce il contenuto delle *prestazioni socio sanitarie*: “attività atte a soddisfare mediante percorsi assistenziali integrati bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”.

Successivamente distingue:

- le *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*: attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*: attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- le *prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*: caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria (nell’area materno-infantile; anziani; handicap; patologie psichiatriche; dipendenze da droga; alcool o farmaci; patologie per infezioni da HIV; patologie in fase terminale; inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative).

Le prestazioni socio sanitarie sono definite in base a vari criteri: la natura del bisogno (funzioni psico-fisiche; attività del soggetto e relative limitazioni; partecipazione alla vita sociale; contesti ambientali e familiari); complessità dell’intervento assistenziale (composizione dei fattori produttivi e professionali impiegati; loro articolazione nel progetto personalizzato); intensità e durata dell’intervento assistenziale.

Questi due ultimi criteri consentono di definire tre modalità e momenti di erogazione del processo assistenziale:

- *fase intensiva*, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- *fase estensiva*, caratterizzata da una minore intensità terapeutica tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- *fase di lunga assistenza*, finalizzata a mantenere l’autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale

L’esplicitazione dei criteri e le conseguenze relative ai tipi di prestazione hanno l’obiettivo di attribuire il costo o sui fondi sanitari o su quelli sociali. In particolare, le “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria” diventano di competenza dei comuni; le “prestazioni sanitarie a rilevanza sociale” sono di competenza delle ASL e a carico delle

stesse; le “prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione” sono erogate dalle ASL e quindi a carico del fondo sanitario.

Questa complessa architettura, tutta condizionata dai vincoli di spesa, si conclude con l’elaborazione di alcune tabelle (per le aree: materno-infantile; disabili; dipendenze da droga alcool e farmaci; patologie psichiatriche; patologie da HIV; anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative) che mettono in evidenza l’imputazione dei costi.

Nel tabella 6 si indica la distribuzione dei costi per l’area anziani.

*Tabella 6: Prestazioni e criteri di finanziamento nell’area anziani*

Prestazioni e funzioni	Aziende Sanitarie Locali	Comuni
Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicili, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia	100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale l’assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva  Nelle forme di lungoassistenza la spesa viene ripartita a carico del Servizio Sanitario Nazionale nella misura del 60% della tariffa media regionale e comunque pari al costo del personale sanitario	30% della spesa per l’assistenza tutelare alberghiera
Assistenza Domiciliare Integrata	100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni a domicilio di medicina generale specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione  50% a carico del Servizio Sanitario Nazionale l’assistenza tutelare	100% a carico dei comuni l’aiuto domestico familiare  50% a carico dei comuni l’assistenza tutelare

Emerge un modello socio sanitario, in parte delineato a livello nazionale ma da applicare concretamente nelle singole regioni, finalizzato a presidiare le crescenti dinamiche di costo attraverso un tentativo di distribuirne i carichi. È evidente che il nodo critico è rappresentato dalla spesa sanitaria. Infatti, una volta definiti le prestazioni a carico di questo sistema, ne derivano di conseguenza i carichi sugli enti locali.

A definire ulteriormente questo modello di politica istituzionale dei servizi è intervenuta la normativa sui “livelli essenziali di assistenza” (LEA)<sup>58</sup> che rappresentano l’insieme delle attività e prestazioni che debbono essere erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. La loro definizione è materia che risente più di altre della transizione dal sistema centralistico a quello strutturato su responsabilità condivise tra stato e regioni. Da un lato permane la finalità di garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso e di

<sup>58</sup> Conferenza stato-regioni, accordo 22.11.2001 n. 1318, poi tradotto nel DPCM 29.11.2001.

assicurare il soddisfacimento di una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie. Dall'altro l'indicazione dei livelli si colloca in contesti regionali molto diversi per orientamenti politici, cultura, caratteristiche socio economiche, dotazioni strutturali, competenze tecnico-scientifiche, capacità gestionali nel settore sanitario. Le stesse regioni hanno oggi la responsabilità legislativa di integrare con proprie risorse aggiuntive i livelli, definendo modelli organizzativi attraverso i quali erogare le prestazioni.

Nel decreto i LEA sono articolati nel modo seguente<sup>59</sup>:

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro [...]
2. Assistenza distrettuale:
  - assistenza sanitaria di base (medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare; continuità assistenziale notturna e festiva [...]);
  - attività di emergenza sanitaria territoriale;
  - assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali [...];
  - assistenza integrativa (prestazioni terapeutiche e riabilitative; diagnostica strumentale e di laboratorio);
  - assistenza protesica (fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali);
  - assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare (assistenza programmata a domicilio: assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale; [...] attività sanitaria e socio sanitaria rivolto alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie; attività riabilitativa sanitaria e socio sanitaria rivolto alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; [...]; attività sanitaria e socio sanitaria rivolta a pazienti in fase terminale; [...]),
  - assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale (attività sanitaria e socio sanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti; [...]; attività sanitaria e socio sanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici; attività riabilitativa sanitaria e socio sanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; attività sanitaria e socio sanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale; [...]);
  - assistenza termale (cicli di cure idrotermale a soggetti affetti da determinate patologie);
  - assistenza ospedaliera (pronto soccorso; degenza ordinaria; *day hospital*; *day surgery*; interventi ospedalieri a domicilio in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni; riabilitazione; lungodegenza; [...]);
  - assistenza specifica rivolta a particolari categorie di cittadini (invalidi [...]; soggetti affetti da fibrosi cistica [...]; neuropatici cronici in trattamento dialitico [...]; soggetti affetti da diabete mellito [...]).

Viene, tuttavia, escluso dai LEA un gruppo di prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale che sicuramente interessano la popolazione anziana in situazione di invalidità: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia in onde corte e microonde; agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, presso terapia o presso-depressoterapia intermittente,

---

<sup>59</sup> Il documento normativo è riportato in maniera semplificata. Le regole riguardanti gli anziani sono evidenti in corsivo.

elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea<sup>60</sup>.

Il decreto indica inoltre un gruppo di prestazioni erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche, fra cui la medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale solo a fronte della sussistenza di alcuni presupposti (presenza di quadri patologici definiti, età degli assistiti, congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.), ovvero di specifiche modalità di erogazione (ad esempio durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.).

## 7. Servizi residenziali e servizi domiciliari

Nel tabella delle trasformazioni socio demografiche e dell'accrescimento delle disabilità, negli ultimi anni ha assunto un grande rilievo il sistema di offerta delle residenze assistite per anziani.

Il programma legislativo riguardante queste unità di offerta va inquadrato nell'ambito della legge finanziaria del 1988<sup>61</sup>, che definiva l'obiettivo di realizzare 140.000 posti in struttura residenziale per anziani non assistibili a domicilio. La previsione era di ricavare tali strutture attraverso la riconversione di aree e spazi derivanti dalla modifica funzionale di alcuni ospedali. Obiettivo esplicito di questa azione programmatica era pertanto quello di ridurre progressivamente i posti letto ospedalieri, ed in particolare l'ospitalità prolungata nei reparti ospedalieri, per costituire un sistema socio sanitario parallelo basato sulla rete di RSA da finanziare attraverso la combinazione di tre flussi economici: i redditi delle famiglie, la finanza locale, il fondo sanitario.

Successivamente a quella legge sono state introdotte nell'ordinamento le regole edilizie generali riguardanti il settore delle RSA<sup>62</sup>. Le regole di funzionamento a livello statale in questo settore possono essere riassunte nei seguenti punti:

- *definizione*: la RSA è una “struttura extra-ospedaliera finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti”. Presupposto per la fruizione della RSA è la comprovata mancanza di un idoneo supporto familiare in grado di erogare al domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza sanitaria necessaria;
- *fruibilità degli spazi*: abolizione delle barriere architettoniche e progettazione degli spazi orientati a persone in tendenziale situazione di handicap. L'obiettivo è di consentire alle persone con maggiore autosufficienza di usufruire di adeguati spazi di relazione, mentre per le persone non autosufficienti occorre riservare spazi per le manovre indispensabili alle attività di servizio degli operatori, al letto degli assistiti, nonché alle attività ricreative per le persone stesse;
- *localizzazione*: le RSA vanno localizzate in territori già urbanizzati o ben collegati con centri urbani, allo scopo di prevenire l'isolamento e le difficoltà dei rapporti con le famiglie;

---

<sup>60</sup> Su disposizione regionale la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia possono essere incluse nelle prestazioni erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche.

<sup>61</sup> Legge n. 67/1988.

<sup>62</sup> D.P.C.M. 22.12.1989.



- *sicurezza, riservatezza e tecnologie innovative*: nelle RSA si deve tendere a conciliare le esigenze di assistenza, prevenzione degli infortuni e quella del rispetto della riservatezza degli ospiti, anche utilizzando tecnologie innovative (sistemi di allarme personale, rilevatori, segnaletica appropriata, impiego dei colori per caratterizzare gli ambienti, ecc.);

- *concezione architettonica degli spazi*: individuazione di spazi privati personalizzati, articolati per piccoli nuclei di ospiti di dimensioni modulari rispetto agli standard e di spazi comuni per attività varie. Le soluzioni architettoniche devono configurare, a scala di residenza, un tessuto abitativo articolato in cui siano presenti, accanto alle camere e alloggi (sostitutivi dell'abitazione) anche zone dedicate alle relazioni sociali, collegamenti fra le varie aree per agevolare la mobilità degli ospiti e spazi riservati a attività occupazionali e laboratorio per impegnare gli ospiti secondo le loro esperienze ed attitudini;

- *tipologie e dimensioni delle residenze*: le RSA si suddividono in: *nuclei elementari singoli* (fino a 20 posti) che beneficiano dei servizi sanitari e sociali di distretto, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare; *sistemi di più nuclei* che non vanno oltre i 60 posti residenziali, dotati di propri servizi sanitari e sociali secondo le caratteristiche degli ospiti e le connessioni con il territorio. In zone di alta densità abitativa ed urbana, la ricettività delle residenze può essere accresciuta fino a 120 posti, comunque organizzati in nuclei di 20 persone. Questi standard sono specifici per le nuove realizzazioni;

- *articolazione delle residenze*: a) aree non abitative (aree di servizio, laboratori, spazi per attività sociali; centro servizi e servizi di vita collettiva: ingresso, portineria, uffici amministrativi, servizi igienici collettivi, soggiorno comune, musica, lettura, bar, ristorante, sala polivalente; locali per il culto, parrucchiere, barbiere, pedicure; locali ausiliari: deposito materiali sanitari, camera mortuaria, servizi generali, cucina, dispensa, locali accessori, lavanderia e stireria, spogliatoio del personale con servizi igienici, magazzini, locale deposito a disposizione degli ospiti, deposito biancheria pulita; servizi sanitari: ambulatori, podologia, palestra, servizi igienici); b) aree abitative (camere o alloggi destinati a uno o due persone o comunque fino a un massimo di quattro ospiti nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali: ogni camera o alloggio deve essere dotata di vano autonomo ed in ogni caso la soluzione strutturale costituita da camere deve prevedere servizi igienici collegati alle camere – un numero minimo di uno ogni due camere, in rapporto comunque ad un massimo di quattro ospiti – e particolare attenzione va posta alla personalizzazione della camera o alloggio dotandoli di contrassegni propri delle abitazioni e consentendo l'inserimento di arredi personale; servizi di nucleo ogni 15-20 ospiti: soggiorno, gioco, TV, cucina, saletta da pranzo, servizi igienici, bagno assistito, locale di servizio per il personale di assistenza dotato di servizi igienici);

- *standard dimensionali*: superficie totale utile funzionale della struttura di mq 40-45 per ospite; superficie per gli alloggi di mq 28 per una persona, di mq 38 per due persone e di mq 52 per tre persone; superficie per le camere (bagno escluso) di mq 12 per una persona, di mq 18 per due persone, di mq 26 per tre persone e di mq 32 per quattro persone. Le restanti aree di attività e di servizio sono da dimensionarsi nel computo complessivo. Nel caso di strutture preesistenti e di ristrutturazioni, sono accettabili misure in eccesso e in difetto entro il 20% degli standard di riferimento.

Già in questa prima fase dello sviluppo delle RSA appare chiaramente l'obiettivo di costruire una rete di residenze caratterizzate dalla lungo-degenza, soprattutto al fine

di ridurre una parte del carico assistenziale sugli ospedali, favorendone così la loro vocazione di centri per l'attività diagnostica e terapeutica in fase acuta.

Va anche osservato che in questi provvedimenti la principale attenzione è dedicata agli standard strutturali, ossia agli aspetti ambientali caratteristici per le strutture dedicate ad una residenzialità protratta. Scarsa attenzione è data, all'opposto, agli standard gestionali, ossia alla cruciale questione del personale sanitario, infermieristico, assistenziale, riabilitativo, psico-sociale e di animazione, che invece sono importantissimi per la qualità dei servizi erogati.

Questi aspetti sono stati di fatto demandati alle regioni, alcune delle quali hanno provveduto ad elaborare specifiche politiche in ordine a:

- requisiti del personale, distinti per qualifica professionale;
- formazione di base e la riqualificazione, con particolare riferimento alla figura degli operatori assistenziali per la cura della persona<sup>63</sup> (definiti in vari modi nelle specifiche normative regionali: ausiliari socio assistenziali; addetti all'assistenza; assistente domiciliare e dei servizi tutelari).

Si deve segnalare che l'organizzazione del lavoro socio sanitario ed assistenziale delle RSA è un aspetto rilevante che non risulta regolato analiticamente a livello nazionale. Gli standard gestionali sono invece previsti in alcune normative regionali. A titolo esemplificativo nella tabella 7 sono indicati quelli del Piano Socio Assistenziale della regione Lombardia<sup>64</sup>.

*Tabella 7: Standard gestionali delle RSA nella regione Lombardia*

Figure professionali	Standard programmatico	Autorizzazione al funzionamento		Idoneità al convenzionamento	
		Subito	A fine triennio	Subito	A fine triennio
Responsabile	1	1	1	1	1
Operatore	1: 2,5	1: 10	1: 6	1: 6	1: 3
Socio assistenziale					
Infermiere	1: 15	1: 40	1: 24	1: 24	1: 18
Medico	1: 60	1: 90	1: 90	1: 90	1: 60
Terapista riabilitazione	1: 60	-	1: 80	1: 80	1: 70

Dopo la normativa del 1989, sono stati successivamente elaborati altri numerosi atti di indirizzo nazionale (norme di legge, circolari, linee-guida) che hanno precisato ancora più diffusamente le caratteristiche tipologiche, strutturali e funzionali delle RSA.

Fra questi si ricordano:

<sup>63</sup> Sul tema della formazione degli operatori addetti all'assistenza si segnala il testo: Longoni B., Perucci Giovanna, 1997.

<sup>64</sup> Regione Lombardia, D.C.R. 12/2/1991 n. V/22. Nel corso del 2002 è prevista una completa revisione degli standard per l'accreditamento nelle RSA.

- il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Anziani, 1992;
- le linee-guida “Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali”<sup>65</sup>, che inquadrano le RSA nella rete dei servizi territoriali di primo livello e che ne ridefiniscono alcuni aspetti organizzativo gestionali, 1994;
- i criteri generali per la fissazione delle tariffe di assistenza specialistica, riabilitativa, ospedaliera e di assistenza residenziale extra-ospedaliera<sup>66</sup>, 1994;
- la seconda fase del programma straordinario di investimento per la riconversione ospedaliera e lo sviluppo delle RSA<sup>67</sup>, 1997;
- le linee-guida per l'erogazione<sup>68</sup> di interventi di riabilitazione estensiva o intermedia anche presso le RSA, 1998;
- il piano sanitario nazionale 1998-2000 che colloca le RSA all'interno dell'assistenza distrettuale quali strutture operative di servizio necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di assistenza continuativa ed integrata a favore degli anziani, 1998;
- la terza riforma amministrativa delle ASL e la riforma dei servizi sociali, che ribadiscono la necessità di attivare strutture residenziali ad elevata integrazione socio sanitaria per le persone non assistibili a domicilio all'interno di ambiti territoriali individuati dalle regioni e di norma coincidenti con i distretti sanitari<sup>69</sup>, 1999.

In riferimento all'intreccio di questi processi istituzionali di tipo generale e specifico, è opportuno sottolineare gli ulteriori caratteri funzionali assegnati dalla legislazione a queste particolari strutture extra-ospedaliere. Nel 1997<sup>70</sup> le RSA sono ridefinite nel modo seguente: “presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare ed alberghiera”.

Ancora secondo questa normativa, le RSA dovrebbero prevedere “ospitalità permanente di sollievo alla famiglia non superiore ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del Servizio Sanitario Nazionale”.

In tale prospettiva va messo in evidenza l'obiettivo di distinguere nel nostro ordinamento fra:

- *residenze assistenziali* come le case di riposo, le case albergo, le comunità alloggio, rivolte a soggetti autosufficienti o parzialmente autosufficienti ed appartenenti al comparto assistenziale, e quindi al di fuori dei flussi finanziari del Servizio Sanitario;
- *presidi di riabilitazione*, che rientrano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ma caratterizzati da una minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti;
- *residenze sanitarie assistenziali* (RSA), appartenenti al comparto socio sanitario e che integrano sia le caratteristiche funzionali del sistema sanitario sia quelle del sistema socio assistenziale. La distribuzione dei costi di queste strutture grava sul comparto sanitario, su quello assistenziale e sui redditi delle famiglie.

<sup>65</sup> Ministero della Sanità – Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria, linee-guida n. 1/1994.

<sup>66</sup> Decreto Ministero Sanità 15.4.1994

<sup>67</sup> Legge n. 21/1997; Circolare del Ministero della Sanità 18.6.1997.

<sup>68</sup> Ministero della Sanità, linee-guida per le attività di riabilitazione, 7.5.1998.

<sup>69</sup> D.lgs. n. 229/1999 e Legge n. 328/2000.

<sup>70</sup> D.P.R. 14.1.1997.

Occorre anche ricordare che le strutture residenziali di assistenza agli anziani esistenti in Italia, oltre ad avere le eterogenee caratteristiche strutturali e funzionali appena ricordate, possono essere gestite da una pluralità di enti, fra cui: le IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza); i comuni; i consorzi o altre forme associative fra enti locali; le ASL; gli enti del terzo settore ed enti privati.

Attraverso queste politiche istituzionali, anche se in modo non del tutto organico ma per tentativi e continui aggiustamenti in corso d'opera, si è venuto organizzando un vero e proprio "sistema di assistenza continuativa a lungo termine" dell'anziano con l'attivazione di una rete di servizi di tipo domiciliare (in capo ai comuni ed alle ASL) e di servizi residenziali molto articolati sul piano gestionale.

Secondo le intenzionalità del legislatore, l'accesso a queste reti dovrebbe avvenire tramite le "unità valutative geriatriche" delle ASL, che hanno l'obiettivo socio sanitario di indirizzare la domanda in base ad una valutazione effettuata sull'anziano per favorire l'utilizzo dei servizi presenti sul territorio. L'esperienza insegna che questo obiettivo, di sicuro interesse metodologico e tecnico sul lato dell'offerta e importante per quanto riguarda gli utenti e le loro famiglie, è di difficile realizzazione proprio a causa della estrema frammentazione sia delle tipologie di servizio, che degli enti impegnati a progettare e gestire i servizi.

In conclusione, i punti nodali che contraddistinguono sia la potenzialità che i limiti di questo sistema sono così sintetizzabili:

- *forme di gestione*: l'attuale sistema normativo consente di affidare la gestione di una RSA ad enti pubblici, privati o misti, purché soddisfino i requisiti minimi<sup>71</sup> strutturali, tecnologici e organizzativi fissati dal legislatore nazionale e regionale. La selezione delle strutture cui gli utenti possono rivolgersi avviene mediante la procedura dell'accreditamento istituzionale<sup>72</sup>;

- *modalità assistenziali*: la RSA ha l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale alle persone anziane non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza e dovrebbe funzionare come struttura intermedia fra i servizi socio sanitari del territorio, l'ospedale per acuti e gli istituti di riabilitazione. L'insistenza del legislatore di inquadrare questa unità d'offerta nell'ambito dei distretti è dovuta all'intenzione di puntare su un modello organizzativo che prevede: la valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite dal momento dell'emergenza del problema alla presa in carico, all'ammissione e alla valutazione e monitoraggio dell'attività svolta. L'enfasi posta sui piani di assistenza individualizzata, il lavoro in équipe interdisciplinare degli operatori, i sistemi di raccolta dati, il coinvolgimento della famiglia è la testimonianza più esplicita della necessità di connettere le politiche istituzionali alle più concrete ed operative politiche organizzative e professionali;

- *modalità di accesso*: ogni struttura dovrebbe predisporre regolamenti interni e linee-guida per quanto concerne le liste d'attesa, l'accoglimento e la registrazione. Poiché l'accesso dell'anziano in RSA dovrebbe essere deciso dalla "unità di valutazione geriatria" è del tutto evidente la necessità di coordinare sul piano funzionale ed operativo le diverse prese in carico che si possono determinare (medico di base, servizio sociale territoriale, servizi domiciliari, centri diurni, strutture residenziali);

- *caratteristiche strutturali e capacità ricettiva*: le normative nazionali definiscono i requisiti minimi ai fini dell'autorizzazione, mentre i processi di accreditamento sono

---

<sup>71</sup> D.P.R. 14.1.1997.

<sup>72</sup> D. Lgs. 229/1999, art. 8 quarter.

affidati alle normative regionali. A livello nazionale dunque risultano abbastanza chiaramente definiti gli aspetti strutturali, mentre per la più puntuali analisi di quella gestionale occorre fare riferimento alle politiche legislative e finanziarie delle singole regioni;

- *organizzazione del lavoro*: la RSA deve prevedere figure professionali specifiche (medici, infermieri, addetti all'assistenza alla persona, riabilitatori, assistenti sociali, psicologi, animatori). Tali figure non sono regolate in atti normativi nazionali. Tuttavia vari gruppi di lavoro organizzati dal Ministero della Sanità hanno individuato le seguenti figure tipiche: responsabili di RSA; capo-sala; infermiere professionale; terapeuta della riabilitazione; coordinatore degli addetti all'assistenza; addetto all'assistenza; terapeuta occupazionale/animatore; assistente amministrativo<sup>73</sup>. Oltre all'organico appena indicato, le esperienze mettono in evidenza che le RSA tendono ad avvalersi anche della consulenza continua da parte di: geriatri, fisiatristi, psicologi, assistenti sociali;

- *costi di gestione*. I costi di gestione di una RSA dipendono da variabili quali: il tipo di struttura, la sua localizzazione, le caratteristiche degli ospiti, l'organizzazione del lavoro. Alcune linee di metodo per formulare piani di calcolo dei costi di gestione sono contenute nelle linee-guida del Ministero della Sanità<sup>74</sup> che distinguono quattro macro-livelli omogenei di costi (a loro volta suddivisi in sotto-punti): costi edilizi (investimento e manutenzione edilizia, impiantistica e tecnologica); costi alberghieri e generali; costi di assistenza sanitaria; costi di assistenza sociale a rilievo sanitario

- *finanziamento*: nel sistema è presente una separazione tra il finanziamento della parte sanitaria (a carico del Servizio Sanitario Nazionale) e il finanziamento della parte sociale e alberghiera delle prestazioni erogate dalla RSA (a carico dell'ospite o, in caso di insufficienza di reddito, del comune). Le linee-guida precedentemente citate forniscono le indicazioni utili ad individuare la componente di costo sanitaria e quella non sanitaria, distinguendo: 1) costi totalmente sanitari: personale specifico (medici, infermieri, riabilitatori); spesa farmaceutica e presidi sanitari; prestazioni diagnostico-terapeutiche; 2) costi totalmente non sanitari (ristorazione e preparazione pasti; lavanderia e guardaroba; pulizia ambienti); 3) costi riferibili al mantenimento della struttura edilizia, alle funzioni di amministrazione e direzione ed alle funzioni di animazione, socializzazione, assistenza psicologica, attività ricreativa e motoria.

Le dinamiche sociali e demografiche in atto dovrebbero richiedere una forte attenzione alla progettazione delle residenze per le persone non autosufficienti. Accanto al necessario ed importante sviluppo dei servizi domiciliari occorre intervenire anche sugli spazi di vita che non vengono scelti, ma che si impongono sulla spinta della necessità. Le domande salienti sono: è possibile realizzare servizi residenziali per anziani anche in un'ottica di miglioramento della qualità della vita e di assistenza alla persona che non può contare su soluzioni alternative al ricovero? È possibile trasformare i "non luoghi"<sup>75</sup>, quelli nei quali è debolissima o inesistente la personalizzazione dei rapporti interpersonali, in ambienti dotati ancora di senso e di significato per la propria memoria e per la propria storia<sup>76</sup>?

---

<sup>73</sup> Ministero della Sanità – Centro studi, 1995.

<sup>74</sup> Ministero della Sanità, linee-guida, n. 1/1994.

<sup>75</sup> Una analisi di questi spazi, che potremmo definire di bassa identificazione personale, è contenuta in Augé M., *Nonluoghi*, Elèuthera, Milano, 1993, pp. 111.

<sup>76</sup> Censi, 2001; Taccani, Tramma, Barbieri Dotti 1997.

L'attivazione della politica di sviluppo delle RSA è leggibile soprattutto in relazione alle seguenti scelte:

- riportare l'ospedale alla sua prevalente missione di fornire assistenza sanitaria in fase acuta;
- trasferire le funzioni di assistenza di tipo riabilitativo e di lungodegenza ad altre tipologie di servizio residenziale solo parzialmente facenti parte del settore sanitario, coinvolgendo in tal modo nel concorso al costo, sia gli enti locali (fondi sociali), sia i redditi delle famiglie.

In questa operazione (non ancora generalizzata sul territorio nazionale) è comunque ravvisabile un orientamento importante sul piano dell'organizzazione del servizio. In queste residenze le direzioni, e gli operatori socio sanitari sono impegnati a rendere possibile condizioni di maggior attenzione alla qualità della vita dell'anziano. In tali strutture, infatti, obiettivi importanti non sono solo quelli sanitari, ma anche altri, fra cui l'attenzione relazionale, lo sviluppo di attività di animazione e di sostegno psicologico, il tentativo di riallacciare rapporti con le famiglie di appartenenza, i gusti alimentari, le caratteristiche ambientali, ecc.

Tutto questo può essere raggiunto solo attraverso percorsi impegnativi, nei quali occorre sviluppare una sensibilità verso il nuovo modello di residenza e contemporaneamente agire interventi formativi verso il personale, sia in fase di prima qualificazione sia in quella di aggiornamento tecnico-professionale.

I riferimenti normativi del circuito organizzativo dei servizi domiciliari vanno ricercati, oltre che nelle leggi regionali, nella legislazione sul volontariato ed in quella sull'handicap<sup>77</sup>. Quest'ultima, infatti, contiene affermazioni importanti per la valorizzazione della domiciliarità:

- *principi* (art. 1): pieno rispetto della dignità umana e diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata; piena integrazione nella famiglia; prevenzione delle forme invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana; raggiungimento della massima autonomia;
- *obiettivi* (art. 5 e 7): mantenere la persona handicappata nell'ambiente familiare; assicurare la collaborazione della famiglia, della comunità e della persona handicappata nella scelta e attuazione degli interventi; garantire servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici; promuovere, anche attraverso l'apporto di enti ed associazioni, iniziative per la prevenzione, cura, riabilitazione e inserimento sociale; garantire il diritto di scelta dei servizi; promuovere il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale; effettuare interventi di cura e riabilitazione a domicilio;
- *strumenti per l'integrazione* (art. 8): interventi di carattere socio psico-pedagogico, di assistenza sociosanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico; interventi per assicurare il diritto di accesso agli edifici pubblici e privati; organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e servizi residenziali inseriti nei centri abitati.

---

<sup>77</sup> Legge 266/1991, Legge 104/1992.

Un altro significativo riferimento è contenuto nel Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, dove viene affermato che: “gli anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza, devono essere curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune, ricordando che la valorizzazione del domicilio come luogo primario delle cure costituisce non solo una scelta umanamente significativa, ma soprattutto una modalità terapeutica spesso irrinunciabile”.

Infine, è da richiamare l'introduzione dei programmi di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), affidati al comparto sanitario. L'ADI si configura come un sistema integrato di interventi domiciliari, di natura sanitaria e socio assistenziale, a favore di persone che necessitano di un'assistenza continuativa, per consentire loro di rimanere nel proprio ambiente, evitare il ricovero, garantire un soddisfacente livello di qualità di vita.

L'ADI dovrebbe essere orientata a rendere disponibile:

- *prestazioni sanitarie*: assistenza di medicina generale; consulenza medico-specialistica; assistenza infermieristica; assistenza riabilitativa e di recupero funzionale; fornitura di ausili e presidi sanitari; prelievi per esami clinici;
- *prestazioni socio assistenziali*: aiuto domestico; igiene della persona; consegna di pasti caldi; servizio di lavanderia; collegamento con altri servizi sociali; effettuazione di pratiche amministrative; utilizzo della teleassistenza.

L'assistenza domiciliare potrà acquisire una centralità solo se sarà capace di agire sui “momenti di crisi” (es. la dimissione dall'ospedale) ed anche sui casi complessi, cioè di difficile gestione con le sole risorse familiari.

I servizi di questo tipo tendono ad essere riservati agli anziani che vivono soli, mentre in tutti gli altri casi è scontato che la cura degli stessi faccia parte dei compiti della famiglia. In più, anche quando i servizi esistono, non coprono adeguatamente le esigenze di una persona anziana che vive sola. Le visite domiciliari sono fatte, ma solo un paio di volte alla settimana. I servizi forniti dall'organizzazione familiare sono perciò essenziali persino per accedere alle altre prestazioni disponibili<sup>78</sup>.

La priorità assegnata nei sistemi socio sanitari all'assistenza domiciliare si fonda su motivazioni di efficacia e di vantaggio relazionale che può essere ottenuto con la permanenza dell'assistito nella propria casa e luogo di vita. È difficile, invece, formulare conclusioni condivise circa la maggiore o minore economicità della scelta domiciliare rispetto a quella residenziale, poiché la valutazione dipende dal livello di gravità delle condizioni sanitarie e funzionali degli assistiti e dall'ottica che si assume nell'osservazione (breve o lungo periodo).

Il problema cruciale a tutt'oggi sembra essere il seguente: la rete organizzativa della residenzialità è quella su cui avvengono i maggiori investimenti (comunque scarsi se comparati ad altre situazioni internazionali) a detrimento di quelli sulla domiciliarità. Questo rende i due circuiti organizzativi estremamente disconnessi, tanto più che quello dei servizi domiciliari si appoggia su enti gestori differenti per ruolo, posizione funzionale ed obiettivi (le ASL e i comuni).

Occorre puntare sulla programmazione locale, attraverso i *piani di zona* previsti dalla legge di riforma dei servizi sociali<sup>79</sup>, per costruire due reti fortemente

---

<sup>78</sup> In Balbo L., *Il lavoro di servizio nella società capitalistica*, in *Azienda famiglia*, Laterza, Bari, 1983, p. 236.

<sup>79</sup> Legge n. 328, art. 19.

interconnesse dove sia possibile agli operatori sociali costruire percorsi assistenziali congruenti ai bisogni delle persone anziane.



**Politiche istituzionali per gli anziani:  
normative nazionali generali e specifiche dal 1978 al 2001**

*LEGGE, 30/10/1953 n. 841*

Estensione dell'assistenza sanitaria ai pensionati statali

*LEGGE, 04/08/1955 n. 692*

Estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia

*DECRETO MINISTERIALE, 21/12/1956*

Malattie specifiche della vecchiaia (art. 3 della Legge 692/1955)

*LEGGE, 12/02/1968 n. 132*

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 24/07/1977 n. 616*

Attuazione della delega di cui all'art.1 della Legge 22/7/1975 n. 382 (trasferimento delle competenze socio sanitarie dallo stato alle regioni)

*LEGGE, 23/12/1978 n. 833*

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

*SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE, 30/07/1981 n. 173*

IPAB operanti in ambito regionale

*LEGGE, 26/02/1982 n. 51*

Conversione in Legge del d.l. 22/12/1981 n. 786 in materia di servizi pubblici a domanda individuale

*DECRETO MINISTERO DELL'INTERNO, 31/12/1983*

Individuazione delle categorie dei servizi pubblici locali a domanda individuale

*DELIBERA COMITATO INTERMINISTERIALE DELLA PROGRAMAMZIONE ECONOMICA, 20/12/1984*

Parametri per la programmazione sanitaria

*D.P.C.M., 08/08/1985*

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio assistenziali ai sensi dell'art. 5 della Legge 23/12/1978 n. 833

*LEGGE, 23/10/1985 n. 595*

Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988

*LEGGE, 11/03/1988 n. 67*

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (Legge finanziaria 1988)

*DELIBERAZIONE, 17/03/1988*

Istituzione di una commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano (in gazzetta ufficiale 24/3/1988 n. 70)

*SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE, 07/04/1988 n. 396*

Parziale illegittimità costituzionale della Legge 17.7.1890 n. 6872 sulla personalità giuridica di diritto privato delle IPAB che ne abbiano i requisiti

*RELAZIONE CONCLUSIVA, 27/07/1989*

Commissione parlamentare di inchiesta sulla dignità e condizione sociale dell'anziano

*D.M., 29/08/1989 n. 321*

Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell'art. 20, c. 2 e 3, della Legge 67/1988

*D.P.C.M., 22/12/1989*

Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio e nei servizi semiresidenziali

*D.P.C.M., 13/02/1990 n. 109*

Regolamento concernente istituzione ed organizzazione del dipartimento per gli affari sociali nell'ambito della Presidenza del Consiglio dei Ministri

*DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI, 16/02/1990*

Direttiva alle regioni in materia di riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza a carattere regionale ed infraregionale

*Legge, 08/06/1990 n. 142*

Ordinamento delle autonomie locali

*SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE, 20/07/1990 n. 345*

Strutture sanitarie residenziali per anziani: competenze in ordine agli standard dimensionali

*DELIBERAZIONE C.I.P.E., 03/08/1990*

Approvazione del programma nazionale straordinario nella sanità per il triennio 1989/1991

*LEGGE, 22/11/1990 n. 354*

Istituzione della commissione d'indagine sulla povertà e sull'emarginazione

*MINISTERO SANITA' E SINDACATI, 11/01/1991*

Protocollo d'intesa Sindacati Nazionali Pensionati e Ministero della Sanità sulle politiche dei servizi per la popolazione anziana

*LEGGE, 11/08/1991 n. 266*

Legge-quadro sul volontariato

*LEGGE, 08/11/1991 n. 381*

Disciplina delle cooperative sociali

*LEGGE, 30/12/1991 n. 412*

Disposizioni in materia di finanza pubblica

*RISOLUZIONI COMMISSIONI CAMERA E SENATO, 03/01/1992*

Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani

*MINISTERO SANITA' E SINDACATI, 27/01/1992*

Attuazione di programmi finalizzati alla tutela della salute degli anziani di cui al protocollo d'intesa dell'11/1/1992: Assistenza Domiciliare Integrata, Residenze Sanitarie Assistenziali, educazione sanitaria, controllo sulla qualità dei servizi

*RISOLUZIONE DELLA CAMERA E DEL SENATO, 30/01/1992*

Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani (stralcio dal piano sanitario nazionale 1991-1995)

*LEGGE, 05/02/1992 n. 104*

Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione e i diritti delle persone handicappate

*CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE, 26/03/1992 n. 1/92*

Linee di indirizzo in ordine all'Assistenza Domiciliare, alle Residenze Sanitarie Assistenziali, all'educazione sanitaria ed alla qualità dei servizi e delle prestazioni a favore degli anziani

*MINISTERO DELLA SANITA', 05/08/1992*

Linee-guida per la realizzazione del progetto obiettivo tutela della salute degli anziani

*LEGGE, 23/10/1992 n. 421*

Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale

*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 24/12/1992*

Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria

*DECRETO LEGISLATIVO, 30/12/1992 n. 502*

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23/10/1992 n. 421, testo aggiornato con le modifiche apportate dal Dlgs 7/12/1993 n. 517

*DECRETO LEGISLATIVO, 30/12/1992 n. 503*

Norme per il riordinamento del sistema previdenziale dei lavoratori pubblici e privati

*DECRETO LEGISLATIVO, 03/02/1993 n. 29*

Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego a norma dell'art. 2 della Legge 23/10/1992 n. 421, modificato con il Dlgs 31/3/1998 n. 80

*RELAZIONE DIPARTIMENTO FUNZIONE PUBBLICA, 31/10/1993*

Carta dei servizi pubblici e proposta e materiali di studio

*DECRETO LEGISLATIVO, 07/12/1993 n. 517*

Modificazioni al decreto legislativo 30/12/92 n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della 23/10/92 n. 421

*DOCUMENTO MINISTERO DELLA SANITÀ, 01/01/1994 n. 1/94*

Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali

*MINISTERO DELLA SANITÀ, 12/01/1994*

Atto di intesa tra stato e regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996

*DIRETTIVA PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI, 27/01/1994*

Principi sull'erogazione dei servizi pubblici

*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 01/03/1994*

Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996

*MINISTERO DELLA SANITÀ E SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, 31/03/1994*

Linee guida n. 1/94, indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali

*DECRETO MINISTRO PER LA FUNZIONE PUBBLICA, 31/03/1994*

Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni

*DECRETO MINISTERO DELLA SANITÀ, 15/04/1994*

Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera

*D.P.C.M., 09/05/1994 n. 412*

Regolamento per il riordino delle competenze e dell'organizzazione del dipartimento per gli affari sociali nell'ambito della Presidenza del Consiglio dei Ministri

*DIRETTIVA PRESIDENTE CONSIGLIO MINISTRI, 11/10/1994*

Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico

*D.P.C.M., 18/01/1995*

Costituzione del ministero della famiglia e della solidarietà sociale

*DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO MINISTRI, 19/05/1995*

Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini della emanazione degli schemi generali di riferimento di "carte dei servizi pubblici"

*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 19/05/1995*  
 Schema generale di riferimento della “carta dei servizi pubblici sanitari”  
*DECRETO MINISTERO DELLA SANITÀ, 24/07/1995*  
 Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale  
*LEGGE, 08/08/1995 n. 335*  
 Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare  
*LINEE GUIDA MINISTERO SANITÀ, 31/08/1995 n. 2/95*  
 Attuazione della carta dei servizi nel Servizio Sanitario Nazionale  
*CIRCOLARE IST. NAZ. PREV. DIP. AMM. PUBBL., 30/11/1995 n. 62*  
 Legge 8/8/95 n. 335, pensioni di anzianità: accesso ai requisiti. pensioni ai superstiti, prime disposizioni  
*DPCM, 21/12/1995*  
 Schema generale di riferimento per la predisposizione delle “carte dei servizi pubblici del settore previdenziale e assistenziale”  
*DECRETO MINISTERO SANITÀ, 15/10/1996*  
 Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere  
*LEGGE, 31/12/1996 n. 676*  
 Delega al governo in materia della salute delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali  
*LEGGE, 31/12/1996 n. 675*  
 Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali  
*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 14/01/1997*  
 Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private  
*LEGGE, 15/03/1997 n. 59*  
 Delega al governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa  
*DECRETO LEGISLATIVO, 09/05/1997 n. 123*  
 Disposizioni correttive ed integrative della Legge 675/96 in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali  
*LEGGE, 15/05/1997 n. 127*  
 Misure urgenti per lo snellimento dell’attività amministrativa e dei procedimenti di decisione e di controllo  
*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 04/06/1997 n. 216*  
 Regolamento recante modificazioni alle modalità di erogazione degli assegni e delle pensioni e dell’indennità di accompagnamento a favore degli invalidi civili  
*CIRCOLARE MINISTRO DELLA SANITÀ, 18/06/1997*  
 Programma straordinario di investimenti ex art. 20 Legge 67/1988 e successive modifiche seconda fase  
*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 24/07/1997 n. 503*  
 Regolamento recante norme per l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici

*DECRETO LEGISLATIVO, 04/12/1997 n. 460*

Disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, in attuazione dell' art. 3, commi 186, 187, 188, 189 della Legge 662/1996  
*LEGGE, 27/12/1997 n. 449*

Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica

*DECRETO LEGISLATIVO, 31/03/1998 n. 112*

Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo 1 della Legge 15/3/1997 n. 59

*DECRETO LEGISLATIVO, 31/03/1998 n. 109*

Definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate a norma dell'art. 59, c. 51, della Legge 27/12/1997 n. 449

*DELIBERAZIONE CIPE, 06/05/1998*

Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità, art. 20 della Legge 11/3/1988 n. 67, secondo e terzo triennio

*MINISTERO DELLA SANITÀ LINEE GUIDA, 07/05/1998*

Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione

*DECRETO LEGISLATIVO, 18/06/1998 n. 237*

Disciplina dell'introduzione in via sperimentale, in talune aree, dell'istituto del reddito minimo di inserimento a norma dell'art. 59, c. 47 e 48, della Legge 27/12/1997 n. 449

*CIRCOLARE MINISTERO FINANZE, 26/06/1998 n. 168/E*

Decreto legislativo 4/12/1997 n. 460, disposizioni riguardanti le Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale (ONLUS)

*DECRETOPRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 23/07/1998*

Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000

*LEGGE, 30/07/1998 n. 281*

Disciplina dei diritti dei consumatori e degli utenti

*LEGGE, 30/11/1998 n. 419*

Delega al governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, modifiche al Dlgs 30/12/1992 n. 502

*LEGGE, 26/02/1999 n. 39*

Conversione in Legge con modificazioni del Decreto Legge 28.12.1998 n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

*DECRETO LEGISLATIVO, 30/03/1999 n. 96*

Intervento sostitutivo del governo per la ripartizione di funzioni amministrative tra regioni ed enti locali a norma dell'art. 4, c. 5, della Legge 15/3/1997 n. 59 e successive modificazioni

*CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ*

Questioni etiche nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: le persone affette da patologie croniche", marzo 1999

*DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI, 07/05/1999 n. 221*

Regolamento concernente le modalità attuative e gli ambiti di applicazione dei criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni agevolate

*DECRETO LEGISLATIVO, 18/06/1999 n. 229*

Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

*DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI, 21/07/1999 n. 305*  
Regolamento recante disposizioni per la certificazione della situazione economica dichiarata, a norma dell'art. 4, c. 5 del Decreto Legislativo 31/3/1998 n. 109

*DECRETO MINISTRO PER LA SOLIDARIETÀ SOCIALE, 29/07/1999*  
Approvazione dei modelli tipo di dichiarazione sostitutiva, attestazione provvisoria, certificazione e relative istruzioni e caratteristiche informatiche per la richiesta di prestazioni sociali agevolate di cui al decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 109

*LEGGE, 03/08/1999 n. 265*  
Disposizioni in materia di autonomia e ordinamento degli enti locali, nonché modifiche alla Legge 8.6.1990 n. 142

*LEGGE, 08/03/2000 n. 53*  
Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città

*MINISTERO DELLA SANITÀ E PROTOCOLLO, 03/05/2000*  
Alzheimer: protocollo per il monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico

*DECRETO LEGISLATIVO, 18/08/2000 n. 267*  
Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali

*LEGGE, 18/11/2000 n. 328*  
Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

*DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI, 14/02/2001*  
Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie

*DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI, 30/03/2001*  
Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della Legge 8 novembre 2000 n. 328

*DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 03/05/2001*  
Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003

*DECRETO LEGISLATIVO, 04/05/2001 n. 207*  
Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'art. 10 della Legge 328/2000

*DECRETO PRESIDENTE CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE, 21/05/2001 n. 308*  
Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della Legge 328/2000”

*LEGGE COSTITUZIONALE, 18/10/2001 n. 3*  
Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione

*CONFERENZA STATO-REGIONI – ACCORDO 22/11/2001 n. 3118*  
Accordo tra governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del Dlgs 30/12/1992 n. 502 e successive modificazioni

*DPCM 29/11/2001*  
Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)