

CASO DI NON CONFORMITA' - ARTICOLO 23

DIRITTO DELLE PERSONE ANZIANE AD UNA PROTEZIONE SOCIALE

*“Una persona anziana è un cittadino adulto che nonostante sia più fragile e vulnerabile, resta pur sempre **un uomo o una donna a tutti gli effetti, con dei diritti e dei doveri**, come qualsiasi altro cittadino”.*

La discriminazione verso i più anziani è vietata. In Italia, la Costituzione, all'articolo 3 (Principio di uguaglianza), vieta qualsiasi forma di *"discriminazione basata sulle condizioni personali e sociali"*, genus nel quale la dottrina costituzionale ha fatto rientrare la specie della *"discriminazione basata sull'età"*. Anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000 vieta espressamente qualsiasi forma di *"discriminazione basata sull'età"*(art.21).

Il Comitato europeo dei diritti sociali ha sollevato un caso di non conformità riguardo al rapporto del governo italiano sull'art. 23 della Carta, rilevando che l'assegno sociale in Italia si trova al di sotto del 40% del reddito mediano equivalente Eurostat. Il Comitato inoltre chiede se esistano altre forme di benefici a favore degli anziani svantaggiati, oltre alla pensione minima e all'assegno sociale.

Va innanzitutto chiarito l'assetto delle competenze istituzionali. La riforma del titolo V della Costituzione, avviata nel 2000, ha attribuito alle Regioni la competenza legislativa e ai Comuni l'amministrazione delle politiche sociali. In questo settore lo Stato deve determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Il Welfare italiano garantisce prestazioni assistenziali nazionali alle fasce più deboli della popolazione, in particolare a chi ha raggiunto l'età pensionabile e agli invalidi civili. Non sono previsti strumenti che garantiscano un reddito minimo per la popolazione esposta al rischio povertà. In molte realtà territoriali vengono comunque erogati ulteriori strumenti di sostegno al reddito.

A conferma di quanto già affermato, si rappresenta che l'assegno sociale è una prestazione di carattere assistenziale che prescinde del tutto dal versamento dei contributi e spetta ai cittadini che si trovino in condizioni economiche disagiate ed abbiano situazioni reddituali particolari previste dalla legge. Il diritto alla prestazione è accertato in base al reddito personale per i cittadini non coniugati e in base al reddito cumulato con quello del coniuge, per i cittadini coniugati. L'assegno sociale è concesso con carattere di provvisorietà e non è soggetto a trattenute Irpef.

Hanno diritto all'assegno sociale i cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari titolari di carta di soggiorno o di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, i quali:

- sono in possesso del requisito anagrafico previsto dalle norme attualmente in vigore (dall'1.1.2013 il requisito anagrafico di 65 anni è stato posticipato al compimento del 65°anno e tre mesi);
- risiedono effettivamente ed abitualmente in Italia;
- sono sprovvisti di reddito, ovvero possiedono redditi di importo inferiore ai limiti stabiliti dalla legge.

La misura massima dell'assegno spettante è determinata dalla differenza tra il limite di reddito previsto annualmente e il reddito dichiarato. In relazione all'entità del reddito personale e/o coniugale, l'assegno sociale può essere liquidato in misura intera o ridotta. L'importo mensile dell'assegno è dato dalla misura massima spettante, divisa per 13 mensilità.

Con riferimento alle persone ultra sessantacinquenni beneficiarie di pensione o assegno sociale¹, il decreto legge n. 112 del 2008 ha istituito la Carta Acquisti per il sostegno della spesa alimentare, sanitaria e il pagamento delle bollette della luce e del gas,

¹ L'art. 26 della l. 153/1969 ha introdotto nell'ordinamento pensionistico italiano la pensione sociale sostituita dal 1.1.1996 dall' assegno sociale (art.3 della l. 335/1995) a tutela dei soggetti ultrasessantacinquenni.

rivolta a coloro che presentano una situazione economica e patrimoniale particolarmente svantaggiata.

La Carta Acquisti vale 40 euro al mese e viene caricata ogni due mesi con 80 euro (40 euro x 2= 80 euro all'inizio di ogni bimestre) sulla base degli stanziamenti disponibili. Viene concessa agli anziani di età superiore o uguale ai 65 anni o ai bambini di età inferiore ai 3 anni (in questo caso il titolare è il genitore) che siano in possesso di particolari requisiti, tra i quali un ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente), in corso di validità, inferiore a 6.235,35 euro.

Pertanto, nell'anno 2013 il supporto al reddito è stato complessivamente di € 482,30 al mese, anziché € 442,30 erogati dal solo assegno sociale.

Sebbene l'importo non sia elevato, la tutela dal rischio di povertà in Italia non può essere considerata discriminatoria nei confronti degli anziani. In Italia, come nella media comunitaria, gli anziani sono la fascia di popolazione maggiormente protetta mentre i minori risultano i più vulnerabili. Lo scarto nei valori dell'incidenza del rischio di povertà tra le due fasce di età è particolarmente marcato, quasi 10 punti percentuali, in Italia (16,3% tra gli anziani e 26,6% tra i minori), a fronte di uno scarto di 6,4 punti percentuali nella media EU27 (rispettivamente 20,8% e 14,4%). In Italia come sopra ricordato, è infatti assente una misura nazionale di protezione del reddito "*di ultima istanza*", ad eccezione di quelle rivolte alle persone anziane e alle persone con disabilità.

La distribuzione della spesa per protezione sociale per funzione risulta in Italia maggiormente orientata, rispetto alla media comunitaria, verso le pensioni (61,3% a fronte di una media EU27 del 45,7%).

Le principali misure economiche di sostegno al reddito previste in Italia per gli anziani ai quali viene riconosciuta la condizione di invalidità sono le seguenti:

- a) le prestazioni agli invalidi civili anziani ultrasessantacinquenni. L'art.18 co.4 della legge n.111 del 15.07.2011 stabilisce che al compimento del requisito anagrafico dei 65 anni e 3 mesi è attribuito l'importo dell'assegno sociale nonché

l'assegno sociale sostitutivo della pensione di inabilità civile, dell'assegno mensile di assistenza agli invalidi parziali e della pensione non reversibile ai sordi. Deve essere adeguato all'incremento della speranza di vita, in attuazione dell'art.12 del D.L. 78/2010 convertito nella legge 122 del 30.07.2010. Ne possono beneficiare i cittadini italiani e comunitari residenti in Italia, i cittadini extracomunitari in possesso della carta di soggiorno e residenti in Italia e in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa vigente. Escluse le prestazioni a favore dei ciechi civili, l'importo della pensione di inabilità, di invalidità civile per le persone con invalidità totale e permanente al 100% che per affezioni fisiche o psichiche abbiano impossibilità alla deambulazione autonoma e mancanza assoluta di autosufficienza viene adeguato a quello dell'assegno sociale, al compimento del 65° anno di età (65 anni e tre mesi a decorrere dal 1° gennaio 2013). Per l'anno 2014 l'importo mensile è di € 447,61. Per ottenere l'assegno sociale, il richiedente deve dimostrare un reddito inferiore alla soglia stabilita dalla legge, e precisamente: se il richiedente non è coniugato, il reddito per il 2014 deve essere non superiore ad € 5.818,93; se, invece, il richiedente è coniugato, il reddito per il 2014 non deve essere superiore ad € 11.637,86 ed ovviamente si sommano i redditi di entrambi i coniugi. Ciò significa che se il limite di reddito è superato, l'assegno sociale non viene erogato. Se il richiedente ha un reddito inferiore al limite previsto dalla legge, allora l'assegno sociale viene erogato in maniera ridotta, ovvero viene corrisposta la differenza tra il reddito effettivo e l'importo annuale dell'assegno sociale. Se invece il proprio reddito personale è pari a zero, l'assegno sociale viene corrisposto interamente;

b) indennità di accompagnamento per invalidi civili totali ultrasessantacinquenni.

Istituita con la legge 18/1980 e modificata dall' art. 1 della legge 508/1988, è erogata solamente a titolo della minorazione ed indipendente dalle condizioni economiche, per le persone con riconosciuta invalidità totale e permanente del 100% e impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero *impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua.*

Relativamente ai soggetti con età superiore a 65 anni, che non sono più valutabili sul piano dell'attività lavorativa, il diritto all'indennità è subordinato alla condizione che essi abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età (art.6 d.lgs. 509/1988): impossibilità alla deambulazione autonoma e mancanza assoluta di autosufficienza. Il beneficio è a favore dei cittadini italiani residenti e dei cittadini comunitari iscritti all'anagrafe del Comune di residenza (d.lgs. n. 30/2007) e per i cittadini extracomunitari legalmente soggiornanti nel territorio dello Stato. Anche per i titolari ultrasessantacinquenni l'importo è di euro 504,07 per l'anno 2014, corrisposta per 12 mensilità. Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in istituto e percepiscano un'analogia indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole.

Per quanto concerne, in particolare, la richiesta di informazioni specifiche da parte del Comitato europeo dei diritti sociali, contenute nelle Conclusioni, si rappresenta quanto segue.

Il problema dei maltrattamenti agli anziani è un fenomeno verosimilmente assai più diffuso di quanto lascino intendere i pochi dati disponibili. L'impatto che i maltrattamenti possono avere sul benessere psicofisico dell'individuo rappresentano sempre più una problematica di salute pubblica, oltre che una questione di elementare garanzia dei diritti umani e di solidarietà sociale a una fascia debole della popolazione.

Per maltrattamento agli anziani si intende: *“un atto singolo o ripetuto, o la mancanza di azioni appropriate, che all'interno di una relazione in cui vi sia un'aspettativa di fiducia, provochino danno o sofferenza ad una persona anziana”* (Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS). I maltrattamenti sono perpetrati dunque principalmente da familiari o, talvolta, da operatori sanitari, a domicilio o presso le strutture di assistenza. Possono assumere varie forme: maltrattamenti fisici (inclusi coercizione fisica e abusi nella somministrazione

di farmaci), psicologici e affettivi, abusi di natura economica (uso improprio o illegale delle risorse economiche della persona anziana), abusi sessuali, incuria e abbandono della persona anziana.

I fattori che aumentano il rischio di mettere in atto maltrattamenti includono stress (*burnout del caregiver*), difficoltà economiche, precedenti comportamenti violenti, problematiche mentali (in particolare depressione), abuso di sostanze e in particolare di alcol. Fattori relazionali quali un elevato grado di dipendenza dall'anziano, sia di natura economica che emotiva, la coabitazione e la qualità della relazione passata sono anch'essi associati al rischio di abusi, così come l'isolamento sociale e la mancanza di risorse e sistemi di supporto sociale.

Gli abusi perpetrati in strutture di assistenza sembrano essere favoriti da bassa qualificazione professionale, livelli elevati di stress nella vita privata e bassa soglia di tolleranza del personale, *burnout*, atteggiamenti negativi verso gli anziani, poca attenzione al rispetto delle norme vigenti.

Un osservatorio importante sia in termini preventivi che di intervento può essere rappresentato dal medico di base, il quale potrebbe essere oggetto di politiche formative per individuare eventuali situazioni di violenza psicologica anche grazie all'implementazione dell'uso di ausili specialistici.

Al medico spetta non solo un obbligo di segnalazione dei casi di abuso previsto dal Codice Penale, ma anche un obbligo di ordine disciplinare dettato dal Codice di Deontologia medica, il cui articolo 29 esprime: *“il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano ed il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, in cui vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali...”*. Se il problema del “maltrattamento” dell'anziano venisse messo a fuoco dai medici, dagli operatori sanitari e dagli assistenti sociali, probabilmente parte del problema sommerso potrebbe affiorare in superficie e, prendendo coscienza direttamente dei casi, delle circostanze, dei fattori che inducono le varie forme di abuso, si potrà allora prevenirle.

Un'altra area di promozione degli interventi dovrebbe essere quella di diminuire il tasso di numero oscuro circa la conoscenza del fenomeno. In altri termini sarebbe utile, seguendo anche le indicazioni che vengono dall'OMS, programmare interventi mirati su tre livelli: consapevolezza, educazione e difesa.

A livello, per esempio, delle risorse sociosanitarie territoriali si potrebbero implementare: centri di emergenza, linee telefoniche di aiuto, somministrazione di questionari di screening, domande a parenti e vicini con eventuali visite a casa del nucleo familiare dell'anziano.

Si vedano anche alcuni approfondimenti nell'ultima parte del rapporto (assistenza istituzionale).

Il primo pilastro sul quale si poggia il sistema di servizi territoriali a favore delle persone anziane è costituito dai **servizi di assistenza domiciliare**. Essi consistono in *prestazioni assistenziali erogate presso l'abitazione della persona non autosufficiente, che consentono all'utente di affrontare le patologie in atto, contrastare il declino funzionale e migliorare la propria qualità di vita senza ricorrere all'istituzionalizzazione*. Erogare cure presso il domicilio degli utenti significa contenere inoltre i costi dell'assistenza, riducendo il ricorso a forme di assistenza più onerose quali le prestazioni residenziali ed ospedaliere.

E' il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio. Le *"cure domiciliari"* consistono in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi. Esse sono erogate con modalità diverse, in base all'organizzazione dei servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL); tuttavia, sono generalmente gestite e coordinate direttamente dal Distretto sociosanitario (DSS) delle ASL, in collaborazione con i Comuni. Per le prestazioni sociali il cittadino deve fare riferimento al Comune di residenza.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, si distinguono alcune tipologie di cure domiciliari:

Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): erogata dal Medico di Medicina Generale a casa del proprio assistito, previa autorizzazione della Asl di riferimento e secondo un programma ben definito;

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): comprende interventi di natura sanitaria e socio assistenziale, erogati in modo coordinato secondo un piano assistenziale individualizzato. È competenza delle ASL per quanto concerne le prestazioni sanitarie e dei Comuni per la parte sociale. I pazienti anziani (sono considerati tali quelli con età uguale o superiore a 65 anni) rappresentano più del 84% del totale dei pazienti assistiti in ADI;

Ospedalizzazione Domiciliare: consente di erogare a domicilio una serie di prestazioni ad alta complessità, per mezzo di equipe di professionisti e tecnologie normalmente di pertinenza ospedaliera;

Servizio di Assistenza Domiciliare (Sad): ha caratteristiche puramente assistenziali ed è inteso a fornire alla persona non autosufficiente sostegno nelle attività di vita quotidiana e nelle cure della propria persona².

Con l'eccezione del Sad e della componente sociale di assistenza erogata nell'ADI, che rientrano nelle competenze dei Comuni e per le quali agli utenti è richiesto il pagamento di un contributo economico proporzionale al reddito, le restanti forme di assistenza domiciliare sono di competenza del settore sanitario e sono quindi erogate gratuitamente dalle Asl.

Nella Regione Lombardia l'ADI è fornita dalle ASL attraverso il voucher socio-sanitario in modo completamente gratuito agli assistiti di qualsiasi età. Con il voucher (una sorta di "assegno mensile") il cittadino che necessita di farsi curare a casa ha la possibilità di:

² Tra le attività previste rientrano quelle di aiuto nella cura personale, per il governo e la pulizia della casa, nel disbrigo di pratiche burocratiche, nell'acquisto della spesa e nella preparazione dei pasti, attività di lavanderia, accompagnamento negli spostamenti in città per necessità mediche o personali.

- acquistare le prestazioni che gli servono (infermieristiche, riabilitative, di aiuto infermieristico);
- scegliere liberamente da chi farsi assistere, consultando un elenco di organizzazioni (Enti Erogatori ADI) accreditate dalla Regione.

Il voucher è rivolto alle persone “fragili” (come ad esempio anziani non autosufficienti, o disabili in condizioni di compromissione psicofisica anche grave) che necessitano di essere assistite a casa, quando le condizioni cliniche e familiari lo consentano.

La ASL effettua periodicamente dei controlli a campione sulla qualità delle prestazioni (ad es. professionalità dell’operatore, puntualità, cortesia, etc.) fornite dalle organizzazioni accreditate.

Con la legge 11 giugno 2009, n.69 (D.lgs. 3 ottobre 2009, n.153 che attua la delega), anche le farmacie pubbliche e private in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale sono tenute ad offrire servizi di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti, spesso anziani, del proprio territorio con la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari alle cure e la messa a disposizione degli operatori socio sanitari, infermieri e fitoterapisti per visite domiciliari.

In ordine alla richiesta di maggiori informazioni, formulata dal Comitato, sugli sviluppi del Piano Nazionale di Edilizia abitativa si precisa quanto segue.

Come già riportato precedentemente, l’articolo 11 del decreto legge n. 112/2008, convertito nella Legge del 6 agosto 2008, n. 133, introduce i contenuti fondamentali di un nuovo Piano Nazionale di Edilizia Abitativa (“Piano Casa”), innovando in modo significativo l’approccio al mercato dell’edilizia residenziale assistita dall’intervento pubblico. Il suddetto Piano approvato con DPCM 16 luglio 2009 (la cui dotazione complessiva ammonta ad oltre 800 milioni di euro) consente di proseguire nell’attività

istituzionale di riduzione del disagio e di incrementare l'offerta abitativa a canoni sostenibili mediante programmi costruttivi orientati alla sostenibilità ambientale ed energetica promuovendo, al contempo, la partecipazione di soggetti pubblici e privati.

In particolare, il Piano Nazionale individua come categorie beneficiarie delle realizzazioni, da destinare prioritariamente a prima casa, i nuclei familiari a basso reddito anche monoparentali o monoreddito, giovani coppie a basso reddito, anziani in condizioni sociali o economiche svantaggiate, ecc.

Il Piano si configura come un complesso di interventi da attivare con il cofinanziamento degli enti locali (Regioni, Comuni, ex Iacp) da realizzare nel rispetto dei criteri di efficienza energetica. Il sistema degli interventi è riconducibile alle seguenti tre macro-aree di intervento: interventi di edilizia residenziale pubblica, accordi di programma con le regioni e sistema integrato dei fondi immobiliari.

Per quanto concerne gli interventi del Piano, destinati al sistema dell'edilizia residenziale pubblica si segnala che il programma consente di rendere disponibili 5059 alloggi di cui n. 146 mediante acquisto, n. 209 da locazione, n. 4220 da recupero/ristrutturazione e 484 da nuova costruzione.

Lo stato di avanzamento del programma è pari ad oltre il 70% essendo state erogate risorse per circa 140 milioni di euro a fronte di 197 milioni di euro programmati.

Invece per quanto concerne gli accordi di programma già sottoscritti con 18 Regioni e con le Province autonome di Trento e di Bolzano si renderanno disponibili 16986 alloggi (di cui 13705 di nuova costruzione, 3138 da recupero/ristrutturazione e 143 da acquisto di immobili già esistenti). A questa linea di intervento del Piano Nazionale sono stati poi destinati ulteriori 112 milioni di euro nel 2011 che renderanno possibile la sottoscrizione di una seconda tornata di Accordi.

Il Comitato europeo dei diritti sociali, nelle Conclusioni 2013, ha chiesto ulteriori delucidazioni sull'assistenza istituzionale, se disponibilità e tipi di strutture rispondono ai bisogni degli anziani e se i loro diritti vengono salvaguardati.

L'accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. L'utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il SSN.

Poiché il sistema prevede prestazioni a diversi livelli di intensità di cura, l'accesso alle stesse e la prosecuzione del trattamento avverrà coerentemente con la verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell'utente.

Il secondo pilastro sul quale si poggia il sistema di servizi territoriali a favore delle persone anziane è costituito dalle **strutture residenziali e semiresidenziali**.

Per assistenza residenziale e semi-residenziale, secondo la definizione del Ministero della Salute, si intende il *“complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei <nuclei accreditati> per la specifica funzione”*. Tale forma di assistenza non si realizza in un singolo atto assistenziale, ma comprende l'insieme di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore. I destinatari di tali interventi sono soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o in presenza di condizioni cliniche stabilizzate; per questa ragione, le prestazioni residenziali vanno distinte dagli interventi di *“terapia post-acuzie”* (Riabilitazione e Lungodegenza Post-Acuzie), che di norma vengono operati a seguito di un ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani, negli ultimi anni si sono registrati importanti mutamenti nell'organizzazione e diversificazione delle residenze: mentre in passato gli anziani, autosufficienti e non, erano accolti indistintamente nelle stesse strutture, oggi si tende ad organizzare i presidi secondo l'intensità dell'assistenza prestata. È difficile tuttavia proporre una classificazione delle strutture residenziali che abbia valenza nazionale, dal momento che ogni Regione ha la facoltà di adottare in autonomia le proprie modalità organizzative. Si riporta di seguito la classificazione utilizzata dall'ISTAT nel corso dell'indagine annuale sui presidi residenziali e socio assistenziali. Tale classificazione distingue tra:

Residenze Assistenziali: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali (es. Case di Riposo);

Residenze socio-sanitarie: presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti (es. Residenze Protette e Comunità alloggio per anziani);

Residenze Sanitarie Assistenziali: presidi residenziali per anziani non autosufficienti o persone disabili che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un elevato livello di assistenza tutelare e alberghiera (es. RSA – Case Protette).

La spesa a carico degli utenti nel caso delle prestazioni residenziali (le rette) riguarda la sola componente sociale, mentre le quote di costo per la componente sanitaria (le tariffe) sono sostenute dal SSN.

Le strutture a prevalente connotazione sociale sono una minoranza, mentre la maggior parte delle residenze si caratterizza per la presenza di programmi riabilitativi che

ne consentono la permanenza all'interno della completa copertura del Fondo Sanitario Nazionale.

Nell'assistenza semiresidenziale rientrano i servizi che operano in regime diurno, destinati a persone non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autonomia, alle quali vengono garantiti interventi di natura socio-assistenziale e sanitaria, ma anche di animazione e di socializzazione. Si configurano quali servizi intermedi tra l'Assistenza domiciliare e residenziale; di norma, vi si fa ricorso quando sussistono le condizioni per una permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e, al tempo stesso, si intende offrire un servizio di sollievo ai relativi *caregivers*. Come nel caso delle prestazioni residenziali, sul versante dei costi per l'utilizzo dei centri diurni è necessario distinguere tra la tariffa, quota sanitaria interamente sostenuta dalle Asl, e la retta, costituita da una compartecipazione richiesta agli utenti per ricoprire i costi di natura sociale.

Si forniscono dati relativi ai presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, periodo 2011, pubblicati dall'Istat.

L'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari³ rileva informazioni su tutte le strutture di tipo residenziale che accolgono e assistono persone in stato di bisogno. In Italia, al 31 dicembre 2011, risultano attivi 12.033 presidi residenziali. Le "unità di servizio"⁴ che operano al loro interno ammontano a 14.586 e dispongono complessivamente di 386.803 posti letto, 6,5 ogni mille residenti.

La parte prevalente dell'offerta residenziale è di tipo socio-sanitario. Le "unità di servizio" che svolgono una funzione di protezione sociale di tipo socio-sanitario sono 7.875 per un ammontare di oltre 280 mila posti letto (il 74% dei posti letto complessivi). Le unità di tipo socio-sanitario si rivolgono prevalentemente a utenti anziani (autosufficienti e non) destinando a questa categoria di ospiti l'81% dei posti letto disponibili.

³ Si definisce Presidio residenziale la struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno. Sono escluse le strutture ospedaliere pubbliche e private.

⁴ Le "unità di servizio" vengono classificate secondo tre livelli: la funzione di protezione sociale, il livello di assistenza sanitaria erogata, il carattere della residenzialità. Ai tre criteri di classificazione viene inoltre associato il target d'utenza prevalente.

L'offerta residenziale si riduce considerevolmente nelle *"unità di servizio"*, che svolgono prevalentemente funzione di protezione sociale diversa da quella socio-sanitaria. Queste unità, che sono classificate come socio-assistenziali⁵, ammontano a 6.523 e dispongono complessivamente di 99.818 posti letto, il 26% dei posti letto complessivi.

Gli ospiti assistiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ammontano a 369.513 persone. Circa 280 mila sono anziani con almeno 65 anni di età e costituiscono il 76% degli ospiti complessivi.

In Italia, circa 23 anziani su 1.000 sono ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e circa 210 mila sono in condizione di non autosufficienza (18 ogni 100 anziani residenti). Tra gli ospiti anziani prevalgono le donne che costituiscono circa il 75% dell'intero collettivo.

In merito alla richiesta riguardante il personale si precisa quanto segue.

Solitamente in una struttura sanitario-assistenziale a carattere residenziale che fornisce ospitalità e servizi a persone con diversi livelli e condizioni di autosufficienza il team di professionisti che operano nella struttura comprende:

- **il Direttore di struttura** che dirige e coordina la struttura sotto tutti gli aspetti amministrativi e sanitari. E' il punto di riferimento del personale, dell'ospite e dei familiari per qualsiasi necessità;
- **il Direttore Sanitario** che si occupa delle ammissioni degli ospiti, delle valutazioni periodiche del loro stato di salute e dei protocolli sanitari. Inoltre coordina medici e paramedici e controlla l'appropriatezza delle cure;
- **il Fisiatra** nei nuclei di riabilitazione valuta e affronta le problematiche relative alla limitazione dell'autonomia dell'ospite e ne stima le capacità di partecipazione, in relazione al proprio ambiente fisico, familiare, lavorativo e sociale. Coordina il team riabilitativo

⁵ Si tratta di tutte le *"unità di servizio"* che svolgono le seguenti funzioni di protezione sociale: accoglienza di emergenza, accoglienza abitativa, funzione tutelare, funzione socio-educativa, funzione educativo-psicologica.

interdisciplinare nella realizzazione del progetto riabilitativo che ha come obiettivo il massimo recupero delle abilità e funzioni residue, con un approccio globale al paziente;

- **i Fisioterapisti** si occupano della fisioterapia finalizzata al recupero del movimento, alla prevenzione dei danni legati all'immobilità, al mantenimento e alla valorizzazione delle capacità residue. I fisioterapisti collaborano con infermieri, operatori socio-sanitario (OSS) e con l'equipe psico-socio-educativa al fine di mantenere la soddisfazione dell'ospite, promuovendo il suo benessere fisico;
- **L'Equipe socio-educativa** è composta da educatore/animatore e/o assistente sociale che collaborano con i familiari nella programmazione del ricovero e nel processo di accoglienza. Al momento della presa in carico (ovvero l'ingresso all'interno della Residenza) acquisiscono le informazioni essenziali che permettono un inquadramento adeguato dell'ospite e la conseguente compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). L'Equipe, in collaborazione con personale OSS, infermieristico e riabilitativo, lavora quotidianamente accanto all'ospite in una relazione di cura volta all'ascolto e alla realizzazione di attività finalizzate al benessere, alla prevenzione ed alla riabilitazione, favorendo il mantenimento delle autonomie, lo sviluppo delle potenzialità e delle relazioni interpersonali;
- **il Coordinatore dei servizi infermieristici e socio sanitari** si occupa dell'organizzazione e del controllo di tutte le attività e delle procedure assistenziali della Residenza. Coordina il personale OSS ed infermieristico;
- **gli Operatori socio-assistenziali (OSS)** presenti nelle 24 ore, si occupano degli interventi di tipo assistenziale, in collaborazione con il personale medico, il responsabile dei servizi infermieristici e le altre figure professionali. Svolgono un'attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona. In particolare, le attività dell'OSS riguardano l'assistenza diretta dal punto di vista domestico alberghiero (assistenza all'assunzione dei pasti) e l'intervento igienico-sanitario (assistenza all'igiene corporea). Le loro funzioni sono di grande importanza, non solo dal punto di vista tecnico, ma anche di relazione poiché essi sono gli operatori costantemente presenti nei nuclei e diventano il punto di riferimento degli ospiti.

Per quanto concerne la tutela degli anziani non in grado di badare a sé stessi totalmente o parzialmente, l'ordinamento italiano predispone la possibilità di instaurare una procedura di amministrazione di sostegno introdotta dalla legge 9 gennaio 2004, n. 6. Obiettivo della legge è di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente (art. 1). Si tratta quindi di un ampliamento della categoria dei "*soggetti deboli*" rispetto a quella tradizionalmente intesa. Nel perseguire l'obiettivo di sostegno dei soggetti deboli il disposto legislativo affianca ai tradizionali istituti dell'interdizione giudiziale e dell'inabilitazione l'amministrazione di sostegno, superando i limiti e le insufficienze degli istituti tradizionali, nella disciplina dei quali è particolarmente evidente la preoccupazione del legislatore di salvaguardare il patrimonio degli interessati, tutelando le aspettative degli eredi degli stessi, più che un effettivo interesse per la cura della persona dell'infermo. In relazione alla prassi giurisprudenziale questa procedura è stata applicata principalmente nei confronti degli anziani in caso di gestione dei beni patrimoniali, mobili e immobili, compresa la riscossione della pensione, manifestazione del consenso informato alla somministrazione di cure e di terapie, specie in relazione a malattie tipiche della condizione senile. Nel caso si tratti di anziani affetti da malattie croniche, quali ad esempio il Morbo di Alzheimer, l'amministrazione di sostegno agevola la cura del familiare affetto, anche se questi ancora non ha del tutto perso la capacità di intendere e di volere, in considerazione che la suddetta patologia è cronica nonché soggetta ad un costante peggioramento. La cura dei familiari soggetti a peggioramento delle proprie condizioni psichiche e fisiche a causa dell'avanzare dell'età viene agevolata dall'istituto dell'amministrazione di sostegno poiché si tratta di un istituto assai plasmabile a seconda delle peculiarità del caso concreto che l'operatore giuridico si trova ad affrontare.

Altro discorso riguarda il Tribunale per i diritti del malato (TDM) che è un'iniziativa di *Cittadinanzattiva*, nata nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito

dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il TDM è una rete costituita da cittadini comuni, ma anche da operatori dei diversi servizi e da professionisti che si impegnano a titolo volontario (circa 10.000). L'attività del TDM è volta alla ricerca delle soluzioni finalizzate a rimuovere situazioni di sofferenza inutile e di ingiustizia, non esclude la protesta pubblica e il ricorso all'autorità giudiziaria, ma privilegia l'esercizio dei poteri di interpretare le situazioni, di mobilitare le coscienze, di rimediare agli intoppi istituzionali e infine di conseguire nel più breve tempo possibile i cambiamenti materiali della realtà che permettano il soddisfacimento dei diritti violati. L'attività è attuata senza fini di lucro.

È possibile ottenere informazioni, orientamento, consulenza ed assistenza, anche nella propria città e Regione, semplicemente rivolgendosi alle sedi del TDM o ai servizi PiT (Progetto integrato di Tutela) regionali e locali presenti su tutto il territorio nazionale. I servizi PiT e le sedi del TDM rispondono ai cittadini che hanno necessità di ricevere informazione e consulenza sui temi inerenti l'assistenza sanitaria. Tra le principali aree di intervento ci sono assistenza ospedaliera, assistenza territoriale di base (medici di medicina generale, pediatri, guardia medica, assistenza domiciliare, assistenza protesica ed integrativa, servizi di dialisi, salute mentale), liste d'attesa, invalidità civile ed handicap, ecc.

La Carta europea dei diritti del malato è il risultato di un lavoro congiunto tra il TDM e 15 organizzazioni civiche partner della rete europea di *Cittadinanzattiva*, *Active Citizenship Network*. Elaborata nel 2002, si è basata sia sulla esperienza del TDM, ed in particolare sulle precedenti Carte per i diritti del malato promulgate in Italia, a livello nazionale, regionale e locale, sia sulla Carta Europea dei diritti Fondamentali.

La Carta Europea raggruppa i diritti inalienabili del paziente che ogni Paese dell'Unione Europea dovrebbe tutelare e garantire. 14 diritti che si trovano a rischio, tra l'altro, a causa della crisi finanziaria dei sistemi nazionali di *welfare*: diritto a misure

preventive, diritto all'accesso, diritto all'informazione, diritto al consenso, diritto alla libera scelta, diritto alla privacy e alla confidenzialità, diritto al rispetto del tempo dei pazienti, diritto al rispetto di standard di qualità, diritto alla sicurezza, diritto all'innovazione, diritto a evitare sofferenze e dolore non necessari, diritto ad un trattamento personalizzato, diritto al reclamo, diritto al risarcimento. Tutti questi diritti, in base alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, sono fondamentali nei confronti dei cittadini europei e dei servizi sanitari.

In merito alla richiesta riguardante l'uso dei sistemi di contenzione, si precisa quanto segue.

Ai sensi dell'art.13 della Costituzione italiana *“la libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, ne qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato delle autorità giudiziarie nei soli casi e modi previsti dalla legge”*.

La contenzione può essere definita come un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- contenzone fisica: applicazione presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell'ambiente che riducono o controllano i movimenti;
- contenzone chimica: somministrazione di farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi;
- contenzone ambientale: attuazione di cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti;
- contenzone psicologica o relazionale o emotiva: ascolto e osservazione empatica del soggetto che si sente rassicurato e potrebbe ridurre l'aggressività.

L'unica ragione che può sostenere l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente, in particolare per quanto attiene la prevenzione delle cadute.

A partire dagli anni '80 la contenzione del paziente è stata messa in discussione sia in termini di efficacia sia sul piano etico. Ancora oggi è acceso il dibattito per definire se è opportuno e quando ricorrere a mezzi di contenzione. La contenzione, infatti, oltre a rappresentare una limitazione della libertà della persona, può avere ripercussioni sul piano psicologico del paziente e dei familiari e determinare una sequela di conseguenze fisiche al paziente "*contenuto*". Codice Penale e Codice Deontologico dell'Infermiere indicano che **la contenzione deve essere limitata solo a eventi straordinari e deve essere sostenuta da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali** (articolo 30, Codice Deontologico dell'Infermiere). L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice Penale. Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (articolo 33 Codice Deontologico dell'Infermiere).

La costante attività dei Carabinieri dei Nas è a garanzia della salute e del benessere dei cittadini, con particolare riferimento ai controlli effettuati dalla *Task Force* sulle strutture per disabili non autosufficienti e anziani. L'azione di monitoraggio e controllo svolta dai Carabinieri dei Nas in totale, nel 2013, hanno interessato oltre 1.200 strutture dislocate su tutto il territorio nazionale. Queste sono state ispezionate dai 38 Nas, che hanno segnalato 102 persone all'Autorità Giudiziaria e 192 a quella sanitaria; hanno accertato 174 violazioni penali e 251 amministrative; hanno sequestrato confezioni di farmaci scadute di validità ed alimenti in cattivo stato di conservazione. 16 le strutture chiuse e 2 quelle sequestrate.

Nell'ambito delle ispezioni, i militari dei Nuclei hanno verificato le autorizzazioni ed il rispetto delle prescrizioni, la sussistenza dei requisiti igienico sanitari e strutturali, le condizioni di degenza degli ospiti, la corretta conservazione di cibi e farmaci, nonché la regolarità delle figure professionali (medici e infermieri) operanti.

In relazione alla richiesta riguardante l'impatto delle politiche sociali volti a ridurre il numero di anziani che vivono nelle residenze assistenziali, si precisa quanto segue.

Si evidenzia che negli ultimi anni diversi interventi sono stati intrapresi allo scopo di ridurre il numero di anziani che vivono nelle residenze assistenziali mediante il potenziamento dell'assistenza domiciliare, tra i quali:

Fondo per le non autosufficienze. Come già riportato nel rapporto precedente la Legge n. 296 del 27 dicembre 2006, ha istituito il Fondo Nazionale per le non autosufficienze. Al Fondo sono stati assegnati 275 milioni di euro per l'anno 2013, da ripartire tra le Regioni e le Province autonome in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e di indicatori socio-economici. Il Fondo è destinato a finanziare la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali. Per le ultime annualità, una quota non inferiore al 30% è stata destinata agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio assistenza continua nelle 24 ore (gravi patologie cronico degenerative non reversibili, sclerosi laterale amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc.)

Riguardo alla questione del progetto ADI, citato nelle Conclusioni, si precisa quanto segue.

Con riferimento al Quadro Strategico Nazionale (QSN) 2007-2013 ed al progetto generale "Azioni di sistema e assistenza tecnica degli obiettivi di servizio", il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ad inizio 2009 ha avviato il progetto denominato "Azioni di

sistema e assistenza tecnica per il conseguimento del target relativo ai servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per la popolazione anziana”, per supportare le otto Regioni del Mezzogiorno (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna) nella realizzazione di interventi tesi al raggiungimento dell’obiettivo di servizio S.06 (“Incremento della percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata dall’1,6% al 3,5%”).

Sul piano operativo, il progetto ha assistito le amministrazioni regionali nel porre in essere un sistema di modelli organizzativi e strumenti adeguati a realizzare sul territorio uno standard di erogazione e valutazione di servizi di assistenza domiciliare agli anziani, attraverso l’analisi approfondita delle situazioni territoriali, la definizione di linee guida di azione, la ricerca e la diffusione di buone pratiche. Si è quindi avviato un processo di perseguimento di una complessiva riqualificazione del sistema di erogazione dei servizi e la relativa predisposizione e diffusione di strumenti di regolazione e organizzazione dei processi di *governance*. In particolare il progetto è stato focalizzato sul sostegno del percorso di programmazione integrata dei servizi ADI, sullo sviluppo e organizzazione dei Punti Unici di Accesso (PUA)⁶, sulla disciplina delle modalità di presa in carico dell’utente, sull’individuazione di un percorso individuale di assistenza, sull’integrazione professionale degli operatori socio sanitari. Tale percorso ha avuto come effetto il miglioramento delle modalità di erogazione e organizzazione dell’ADI sul territorio in vista del raggiungimento da parte delle Regioni meridionali del target per il 2013 dell’obiettivo di servizio del 3,5% di assistiti rispetto al totale della popolazione anziana (>65 anni).

⁶ Il Punto Unico di Accesso (PUA), in alcune Regioni è chiamato anche Punto Unico di Accesso Socio Sanitario (PUASS), che può essere collocato presso il Distretto sanitario oppure in locali messi a disposizione dal Comune (ex Segretariato sociale), ed è il luogo a cui ogni cittadino può rivolgersi per ottenere qualsiasi informazione relativa alle prestazioni sanitarie erogate dalla Asl e ai servizi sociali erogati dal Comune, o per segnalare la necessità di assistenza sanitaria e/o sociale.

Piano d'azione Coesione (PAC). Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti è un programma nazionale che si colloca nell'ambito del Piano d'azione Coesione. E' di competenza del Ministro per la Coesione Territoriale ed è stato avviato, d'intesa con la Commissione europea, per accelerare l'attuazione di programmi finalizzati a favorire la coesione tra le Regioni dell'Unione Europea riducendo le disparità esistenti. Il Programma nazionale ha una durata triennale, dal 2013 al 2015. Le risorse stanziare sono destinate alle 4 regioni ricomprese nell'obiettivo europeo "*Convergenza*": Calabria, Campania, Puglia, Sicilia.

La strategia che contraddistingue il programma è quella di mettere in campo un intervento aggiuntivo rispetto alle risorse già disponibili i cui beneficiari intermedi sono i Comuni, perché soggetti responsabili dell'erogazione dei servizi di cura sul territorio. Essi potranno avere accesso alle risorse una volta soddisfatti i requisiti organizzativi e progettuali richiesti dai piani territoriali di riparto. L'obiettivo posto è quello di potenziare nei territori ricompresi nelle 4 regioni l'offerta dei servizi all'infanzia (0-3 anni) e per gli anziani non autosufficienti (over 65), riducendo l'attuale divario dell'offerta rispetto al resto del Paese. La dotazione finanziaria è di € 730 milioni, di cui € 400 milioni per i servizi di cura all'infanzia e € 330 milioni agli anziani non autosufficienti. Le risorse saranno ripartite secondo piani regionali di intervento. Con questa scelta si vuole favorire la presentazione e l'attuazione di progetti differenziati in relazione alle diverse normative regionali e alle diverse realtà territoriali.

Per quanto concerne l'ambito di intervento dedicato agli anziani non autosufficienti i risultati attesi sono i seguenti: aumento del numero di anziani in assistenza domiciliare; aumento e qualificazione dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali; miglioramento delle competenze di manager, operatori professionali e assistenti familiari; sperimentazione di protocolli innovativi di presa in carico personalizzata dell'anziano socialmente "*fragile*".

Inoltre, il 7 giugno 2012 è stato approvato il Piano nazionale per la famiglia. Le priorità individuate dal Piano, quali aree su cui intervenire con maggior urgenza sono:

- le famiglie con minori, in particolare quelle numerose;
- le famiglie con disabili o anziani non autosufficienti;
- le famiglie con disagi conclamati sia nella coppia, sia nelle relazioni genitori-figli.