

Paolo Ferrario

Docente di *Politica sociale*, Diploma Universitario in *Servizio Sociale* dell'Università di Venezia

POLITICHE LEGISLATIVE E PERSONE ANZIANE: SVILUPPO DEI SERVIZI

In Italia, le politiche legislative rivolte alla popolazione anziana hanno attraversato varie fasi di sviluppo ed attualmente sono coinvolte nei mutamenti più generali che stanno avvenendo nel sistema istituzionale di regolazione dei servizi. Tali politiche sono state influenzate dalle trasformazioni socio-demografiche, con i conseguenti processi di invecchiamento della popolazione, e dalla percezione dei loro effetti sulle condizioni di vita¹.

Per ricostruire l'andamento della legislazione in questo settore è necessario intrecciare due percorsi normativi: quello più generale, relativo alla struttura istituzionale ed organizzativa dei servizi sociosanitari e quello più specifico, relativo alle dinamiche di bisogno, domanda ed offerta che caratterizzano quest'area problematica.

Prima della istituzione delle regioni, il quadro di riferimento era caratterizzato da una scarsissima attenzione alla specificità ed articolazione dei bisogni dei cittadini anziani. Gli interventi si collocavano su tre aree di offerta:

- 0. pensioni, per i problemi di reddito sostitutivo a quelli da lavoro
- 1. le cure sanitarie in ambito mutualistico (Quadro 1);
- 2. l'assistenza agli anziani in situazione di povertà, cui erano delegati i comuni, gli ECA – Enti comunali di assistenza e le Ipab – Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Quadro 1 - Normative precedenti alle riforme degli anni '70

1953	Estensione dell'assistenza sanitaria ai pensionati statali
1955	Estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia
1956	Individuazione delle categorie diagnostiche delle malattie da considerarsi specifiche della vecchiaia
1968	Obbligatorietà del ricovero ospedaliero in caso di accertata necessità e individuazione degli ospedali per lungodegenti

REGIONI E SISTEMA DEI SERVIZI

A partire dagli anni '70, con l'introduzione delle regioni nell'ordinamento amministrativo italiano ed il consolidamento della loro posizione istituzionale (D.p.r. 616/1977), mutano le strategie dei soggetti delle politiche sociali e 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; alle autonomie locali, ed in particolare ai comuni, le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed erogazione dei servizi.

¹ Per una ricostruzione più analitica sulle politiche sociali rivolte alla popolazione anziana si rimanda a : Paolo Ferrario (2001), "Politiche e servizi per gli anziani", in *Politica dei servizi sociali – strutture, trasformazioni, legislazione*, Carocci Editore, Roma, p. 440-490

La riforma sanitaria (Legge 833/78) funziona secondo lo schema di ripartizione territoriale dei compiti sopra accennato. 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 (Quadro 2).

Quadro 2 - Servizio sanitario nazionale e anziani

OBIETTIVI	COMPITI DELLE UNITÀ SANITARIE LOCALI
<ul style="list-style-type: none"> - 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 morbosì, qualunque siano le cause, la natura, la durata 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 psichiche - riabilitazione

In connessione a queste riforme nazionali cominciano a definirsi le politiche regionali a favore delle persone anziane, la cui formazione e sviluppo può essere ricostruita lungo tre linee di azione: 1. le leggi specifiche per gli anziani; 2. le leggi istitutive delle U.s.l.; 3. le leggi di riordino istituzionale ed organizzativo dei servizi sociali.

Un primo gruppo di azioni è ravvisabile nella *specifica legislazione regionale* rivolta agli anziani, la cui progressione cronologica è la seguente:

- 1972: Friuli Venezia Giulia
- 1973: Umbria; Trento; Bolzano
- 1974: Liguria; Lombardia; Toscana
- 1975: Veneto; Sardegna
- 1976: Lazio; Piemonte
- 1978: Valle d'Aosta
- 1979: Emilia Romagna
- 1980: Calabria

Sul piano degli obiettivi, queste normative sono culturalmente orientate a principi innovativi: prevenire l'isolamento e l'emarginazione; favorire la partecipazione dei cittadini e degli utenti; limitare l'istituzionalizzazione; promuovere le collaborazioni con il volontariato. Sul piano organizzativo, la rete di offerta di servizi è sinteticamente rappresentabile secondo il quadro seguente.

Quadro 3 - Orientamenti nelle leggi regionali per anziani

OBIETTIVI	TIPOLOGIE DI SERVIZIO
Vita di relazione	<ul style="list-style-type: none"> - Centri sociali e Centri diurni - Soggiorni di vacanza - Facilitazioni tariffarie - Università della Terza età - Segretariato sociale

Domiciliarità	<ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare - Assistenza economica - Contributi alloggiativi - Telesoccorso
Residenze	<ul style="list-style-type: none"> - Comunità alloggio o Case albergo - Case di riposo - Strutture protette

Il secondo gruppo di azioni è da ricercare nelle *leggi regionali istitutive delle U.s.l.*, che hanno rappresentato l'occasione per tentare di definire il quadro di riferimento per l'operatività territoriale dei servizi sociali e sanitari. Tra l'organizzazione funzionale molte regioni hanno definito gli interventi destinati alla popolazione anziana, collocandoli sul livello territoriale più periferico del Distretto socio-sanitario di base.

Il terzo gruppo di azioni è individuabile nelle *leggi di riordino dei servizi socioassistenziali* ed in quelle sui *piani sociosanitari*. Nel periodo 1980-1990 dieci regioni hanno adottato una legge organica di riordino del settore e sei il piano sociale. In questi legislazioni i Progetti-obiettivo per gli anziani hanno trovato un'adeguata trattazione programmatica e gestionale.

In rapporto ai richiamati processi legislativi, il sistema istituzionale per gli interventi rivolti agli anziani si fonda, dunque, su due livelli amministrativi:

0. le U.s.l., responsabili dell'assistenza generica, specialistica ed ospedaliera

1. i comuni, responsabili per i servizi di tipo socioassistenziale.

In tale contesto diventa cruciale la relazione Comuni-U.s.l., poiché la globalità dei bisogni rende necessarie azioni di integrazione fra i due livelli di gestione. Tuttavia, fino a quando non sarà definito il quadro istituzionale dei servizi sociali in quest'ambito rimarranno incertezze amministrative ed organizzative.

La recente legislazione sui servizi sanitari (Dlgs 502/1992; Dlgs 517/1993 con la tendenziale centralizzazione delle Aziende sanitarie (che sotto il profilo giuridico vanno a sostituire le Usl), ha addirittura reso ancora più difficili le relazioni inter-organizzative fra i due enti.

Nel settore sanitario l'accesso all'assistenza avviene attraverso la prescrizione del medico di base e la normativa individua i diritti di cittadinanza. Nel settore assistenziale l'accesso è riservato ai soli cittadini "inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere" ed è subordinata ad una valutazione sociale dello stato di bisogno. Sotto il profilo finanziario, le connessioni fra i due ambiti sono ancora oggi regolate da un decreto (D.p.c.m. 8/8/1985) che ha definito queste modalità amministrative:

- gravano sul Fondo sanitario nazionale i costi di ricovero in strutture protette che effettuano le cure degli stati morbosì non curabili a domicilio
- le attività puramente socio-assistenziali a carico dei comuni sono le seguenti: assistenza economica, assistenza domestica, comunità alloggio, centri anziani, soggiorni estivi, strutture protette extra ospedaliere sostitutive dell'assistenza domiciliare

Sulla base di tali regole, le regioni hanno adottato le proprie normative sui rapporti fra spesa sanitaria e spesa assistenziale. Si tratta di procedure di riparto finanziario che coinvolgono i vari soggetti responsabili della gestione di servizi.

Con riferimento all'assistenza alle famiglie ed all'erogazione dei servizi socio-assistenziali, si può constatare che la loro produzione può avvenire in molteplici forme:

- Produzione diretta da parte degli enti pubblici
- Produzione da parte di soggetti privati convenzionati con gli enti pubblici, che mantengono il governo delle regole di accesso degli utenti alla fruizione e pagano direttamente le tariffe concordate
- Produzione da parte di soggetti non convenzionati e rimborso dell'ente pubblico all'utente privato per le spese sostenute

La terza formula è di frequenza del tutto eccezionale, mentre le prime due sono quelle correntemente usate, con tutte le possibili forme di combinazione. Per le funzioni di ricovero di anziani è molto frequente che l'ente pubblico appalti a soggetti privati la pulizia dei locali, la fornitura di pasti, la manutenzione ordinaria delle attrezzature e degli immobili. Esiste anche la formula della concessione, che consente di esercitare l'attività entro locali di proprietà di finanziarie private.

I comuni utilizzano molto l'appalto della gestione a cooperative ed altri enti privati (religiosi e non; a fini di lucro e senza fini di lucro). Questi appalti sono molto diffusi anche per la prestazione di alcuni specifici servizi (come lavanderia, mensa, trasporto handicappati e malati, ecc.) nell'ambito di servizi gestiti direttamente dal comune, che li utilizza insieme al proprio personale dipendente e propri immobili per la gestione diretta, sotto la sua diretta responsabilità. Ci sono molte forme possibili di appalto, la cui procedura avviene secondo regole molto precise. In rapporto a queste particolari modi di amministrazione dei servizi, occorre ricordare alcune situazioni tipiche:

- Convenzioni con associazioni volontarie senza fini di lucro che prevedono in genere il rimborso delle spese
- Relazione contrattuale con cooperative sociali
- Convenzioni con Ipab, per l'erogazione di servizi residenziali
- Pagamento di tariffe ad enti pubblici e privati per l'erogazione di servizi

La gestione dei servizi alle persone anziane, dunque, s'inserisce nel quadro più ampio dell'amministrazione pubblica ed avviene con modalità molto differenziate e con un forte ruolo regolativo da parte delle regioni. In questo periodo siamo nella fase dell'attuazione delle cosiddette "Leggi Bassanini" (in particolare la Legge 59 e il Dlgs 112/1998), che prevedono una ulteriore regionalizzazione del sistema di offerta dei servizi alla persona.

DOMICILIARITÀ E RESIDENZIALITÀ NELLA LEGISLAZIONE REGIONALE

Sul versante dell'offerta, l'area problematica anziani si caratterizza per la presenza di due importanti poli di servizi:

- Le strutture residenziali non autosufficienti
- Le varie forme di assistenza domiciliare

Si tratta di due sistemi assistenziali fortemente disconnessi che si sono venuti costruendo e consolidando certamente in rapporto all'evoluzione dei bisogni ed alle trasformazioni socioculturali, ma anche grazie alla legislazione.

Ancora una volta i passaggi importanti per comprendere l'assunzione in termini di politiche sociali della condizione degli anziani in situazione di non autosufficienza vanno ricercati sia nella produzione normativa regionale sia in quella nazionale. Infatti negli anni '80 è continuata l'azione legislativa delle regioni, che si è indirizzata su questi aree organizzative:

- norme per la realizzazione di servizi ed interventi rivolti in modo specifico agli anziani non autosufficienti, sia nell'area della residenzialità sia in quella della domiciliarità (Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia; Liguria; Toscana, Veneto)
- finanziamenti specifici ed indicazioni operative per il raggiungimento di standard dei servizi residenziali (Basilicata, Campania, Lombardia, Puglia, Sicilia)
- piani sociosanitari, con l'inclusione di progetti-oggetto rivolti agli anziani (Emilia Romagna, Marche, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Bolzano)

In queste normative si trovano riferimenti alle dimensioni strutturali ed organizzative dei servizi: capienza e ricettività, dimensioni delle camere da letto, standards relativi al personale.

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

A livello nazionale la legge finanziaria del 1988 (Legge 67/1988) definiva l'obiettivo programmatico per la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani non assistibili a domicilio. La previsione era di ricavare tali strutture presso aree e spazi derivanti dalla riduzione di posti letto ospedalieri. L'obiettivo esplicito di quest'azione programmativa era quella di ridurre progressivamente i posti letto ospedalieri, ed in particolare l'ospitalità prolungata nei reparti ospedalieri, per costituire il sistema sociosanitario parallelo delle Rsa – Residenze sanitarie assistenziali, da finanziare attraverso la combinazione tre flussi economici: i redditi delle famiglie, la finanza locale ed il Fondo sanitario.

Successivamente sono state introdotte le regole edilizie generali del settore delle Rsa (Dpcm 22/12/89 e linee guida 1/94). Questi standard prevedono:

- per le nuove costruzioni, il divieto di costruire strutture con più di 120 posti letto
- l'articolazione in nuclei elementari singoli da 20 posti, collegati ai servizi sociosanitari di distretto ed all'assistenza domiciliare
- sistemi di più nuclei con al massimo 80 posti residenziali (fino a un massimo di 120 posti nelle grandi città, purché sia garantita una adeguata separazione fra i nuclei) dotati di propri servizi sanitari e sociali

Nelle motivazioni delle norme di legge a favore delle Rsa è presente l'obiettivo di farne un esperimento innovativo in tema di case per anziani non autosufficienti. L'organizzazione per nuclei consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti con diverse problematiche di disabilità, di salvaguardare gli aspetti di riservatezza personale e di offrire occasioni di socializzazione. La normativa tecnica prevede anche gli standard dimensionali cui riferirsi nella realizzazione delle residenze (superficie disponibili, servizi igienici, aree di servizio).

L'organizzazione del lavoro assistenziale nelle Rsa è un aspetto rilevante che non è regolato a livello nazionale. Gli standard gestionali sono invece previsti in alcune normative regionali: il quadro 4 indica quelli della regione Lombardia.

Quadro 4 - Standard gestionali delle Rsa

PERSONALE DI ASSISTENZA	STANDARD PROGRAMMATORIO (in min./ospiti/settimana)
Medico	28
Riabilitatore	42
Infermiere	140
Ausiliario socio-assistenziale	672
Animatore	42

Fonte: Bozza Progetto Obiettivo Anziani, Regione Lombardia, 1994

LA DOMICILIARITÀ

I riferimenti normativi del circuito organizzativo dei servizi domiciliari vanno ricercati, oltre che nelle leggi regionali, nella legislazione sul volontariato (Legge 266/1991) ed in quella sull'handicap (Legge 104/1992).

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

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 assicura:

- prestazioni sanitarie: assistenza medica del medico di base e del medico specialista, assistenza infermieristica e riabilitativa, eventuali prelievi per esami clinici, ecc.
- prestazioni socio-assistenziali: aiuto domestico, igiene della persona, consegna di pasti caldi, servizio di lavanderia, collegamento con altri servizi sociali, effettuazione di pratiche amministrative

PIANI SANITARI E PROGETTO – OBIETTIVO ANZIANI

I principali orientamenti programmatici del Progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani” (approvato nel 1992) si possono riassumere attorno ai seguenti punti:

- per quanto riguarda gli 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
- per quanto riguarda lo 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
 - attivazione di servizi di assistenza domiciliare integrata (Adi) per l'erogazione di prestazioni sociali, infermieristiche e mediche a domicilio
 - programmi di ospedalizzazione a domicilio
 - realizzazione di Centri diurni di riabilitazione e Day hospital
 - sviluppo delle Residenze sanitarie assistenziali

Nel progetto indicate linee e interventi di politica sanitaria per prevenire la non autosufficienza, curare le malattie acute e attivare interventi di riabilitazione. Gli obiettivi del progetto, con riferimento agli anziani di oltre sessantacinque anni, parlano di interventi di assistenza domiciliare integrata per almeno il 2% e di posti in strutture residenziali per circa il 5% delle persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza

L'organizzazione funzionale all'assistenza agli anziani si struttura su due classi di servizi: servizi sociosanitari “di base”; servizi sociosanitari “di tipo specialistico” a loro volta articolati in altre tipologie (quadro 5)

Quadro 5 – Progetto obiettivo anziani: il modello organizzativo dei servizi

SERVIZI SOCIO-SANITARI DI BASE	SERVIZI DI TIPO SPECIALISTICO
---------------------------------------	--------------------------------------

<i>Non residenziali</i>	<i>Non residenziali</i>
<ul style="list-style-type: none"> - ambulatorio del medico di base - servizi di prevenzione dell'invalidità - segretariato e servizio sociale - assistenza domiciliare integrata 	<ul style="list-style-type: none"> - poliambulatorio: consulenza specialistica, diagnostica strumentale, fisioterapia riabilitativa - spedalizzazione domiciliare
<i>Semiresidenziali</i>	<i>Semiresidenziali</i>
<ul style="list-style-type: none"> - centro servizi socio-assistenziali 	<ul style="list-style-type: none"> - ospedale diurno (centro per dementi senili, centro dialisi, ecc.) - strutture territoriali di riabilitazione -
<i>Residenziali</i>	<i>Residenziali</i>
<ul style="list-style-type: none"> - strutture residenziali per anziani autosufficienti (case di riposo, case albergo, comunità alloggio) - strutture residenziali per anziani non autosufficienti (residenze sanitarie assistenziali) 	<ul style="list-style-type: none"> - ospedale generale o specializzato - unità operativa geriatrica di lungodegenza, di riabilitazione e unità di cura per malati terminali

Il recente Piano sanitario nazionale 1998-2000 contiene la previsione di un successivo Progetto obiettivo Anziani e individua i seguenti punti programmatici:

- per quanto riguarda gli obiettivi:
 - mantenimento e recupero dell'autosufficienza dell'anziano
 - politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio
 - assistenza continuativa e integrata intra ed extra ospedaliera
 - integrazione interna al sistema sanitario e tra questo e l'assistenza sociale
- per quanto riguarda gli interventi:
 - adeguare il numero di posti letto ospedalieri dedicati alla lungodegenza riabilitativa allo standard di 1 posto per mille abitanti
 - garantire nei distretti la presenza delle unità di valutazione geriatrica
 - sviluppo di forme alternative al ricovero, mediante l'assistenza domiciliare integrata, quella semiresidenziale e l'ospedalizzazione a domicilio
 - realizzare le residenze sanitarie assistenziali previste nella legge finanziaria n. 67 del 1988

IL PROBLEMA DELLE DEMENZE

Un ulteriore problema che si presenta a livello assistenziale e che comincia ad essere assunto i termini di politica sociale è quello delle demenze.

I preoccupanti dati epidemiologici, che mostrano una crescita in termini esponenziali riscontrabile soprattutto nella popolazione superiore ai 65 anni, stimano in Italia un numero di circa 90-120 mila casi nuovi all'anno.

L'interessante modello predisposto della Regione Lombardia "Sperimentazione gestionale della rete regionale dei servizi per gli anziani affetti da Alzheimer" del 1994 progetta una serie di servizi in grado di

offrire risposte flessibili al decorso di questa malattia, che si presenta molto lungo, con ampie variazioni individuali e con bisogni molto diversificati.

I principali livelli di offerta dei servizi riguardano:

- i servizi domiciliari attraverso il coinvolgimento della medicina di base, l'assistenza domiciliare integrata e l'unità di valutazione geriatrica territoriale;
- i servizi semi-residenziali con l'attivazione del centro diurno integrato, servizio intermedio tra l'assistenza domiciliare e la struttura residenziale;
- i servizi residenziali con la costituzione del Nucleo Alzheimer, nuclei con una disponibilità di 20 posti letto inseriti in un ambiente strutturalmente idoneo a garantire la massima sicurezza dell'ospite.

L'analisi delle normative nazionali e regionali in tema di interventi per anziani ha messo in evidenza un processo frammentario di costruzione di un compiuto sistema di protezione. Tuttavia il sistema di offerta si è esteso e si sono create forti competenze professionali in questi settori.

Nei prossimi mesi occorrerà seguire con molta attenzione la possibile riforma dei servizi sociali, con la quale si potrebbero armonizzare le competenze sanitarie con quelle socio-assistenziali.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI:

Costituzione della Repubblica: art. 2, 3, 32, 38, 117

Legge 17.7.1890 N. 6972 e R. D. 5.2.1891 N. 99 - Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza

Legge 30/10/1953 n. 851 - Estensione dell'assistenza sanitaria ai pensionati statali e sistemazione

Legge 4/8/1955 n. 684 - Estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia

Decreto Ministro del lavoro 21/12/1956 - Malattie da considerarsi specifiche della vecchiaia

Legge 12/1/1968 n. 132 – Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

Dpr 24/7/1977 n. 616, Delega in materia di ordinamento regionale ed organizzazione della pubblica amministrazione

Legge 23/12/1978 n. 833 – Istituzione del servizio sanitario nazionale

Dpcm 8/8/85 – Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali

Legge 11/3/1988 n. 67 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988), art. 20

Dpcm 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 o nei servizi semiresidenziali

Dm 29/8/1989 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 finanziaria n. 67/1988

Legge 11/8/1991 N. 266 – Legge quadro sul volontariato

Legge 5/2/1992 n. 104 – Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate

Dlgs 30/12/1992 n. 502 – Riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modifiche (Dlgs 517/1993)

Ministero della Sanità, Linee – guida n. 1/94, Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali

Progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani”, approvato dal Consiglio dei ministri nel 1991 e da Camera e Senato con Risoluzione 30/1/1992

Dpr 1/3/1994 – Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996

Dpr 14/1/1997 – Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

Regione Lombardia, Sperimentazione gestionale della rete regionale dei servizi per gli anziani affetti da Alzheimer, Novembre 1994

Dpr 23/7/1998 – Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000

Per le leggi regionali le fonti di documentazione sono: l'archivio legislativo della rivista *Prospettive sociali e sanitarie* di Milano e la Rassegna legislativa della Rivista di servizio sociale di Roma

ALCUNI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

Associazione “La Bottega del possibile”, *Domiciliarità e residenzialità*, Edizioni L’Altro Mondo, Pinerolo 1999, p.180

Taccani Patrizia, Tramma Sergio, Barbieri Dotti Antonia, *Gli anziani nelle strutture residenziali*, La Nuova Italia Scientifica-Carocci Editore, Roma 1997, p.170

Fargion Valeria, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia – Regioni e politiche assistenziali dagli anni settanta agli anni novanta*, Il Mulino, Bologna 1997, p. 351

Anfossi Lorenza, Bausano Fiorentina, Boffelli Alma, Chiavinato Gian Luigi, Colombo Massimiliano, Cremoncini Vodia, Delpierre Graziana, Hanau Carlo, Ivaldo Marzia, Noto Vito, Sacchetta Abelardo, *Anziani, bisogni, servizi, progetti*, Fondazione Zancan, Padova 1995, p.200

Ministero dell'Interno – Direzione generale dei servizi civili, *I servizi di assistenza domiciliare per anziani: premesse per la costruzione di una banca dati*, Roma 1995, p. 194

Consiglio Sanitario nazionale, *Le residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti* – Atti del seminario di Trieste 29-30 Ottobre 1990, Roma 1991, p.312

Ministero dell'Interno – Direzione generale dei servizi civili, *Politica per gli anziani nella legislazione regionale* – a cura del Labos e dell'IRS, Roma 1988, p.324

Facchini Carla (2001), *Anziani, pluralità e mutamenti – condizioni sociali e demografiche, pensioni, salute e servizi in Lombardia. Rapporto 2000 Spi Cgil-Cadef*, FrancoAngeli, Milano