

IL FABBISOGNO DI STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI NEL PLUS AREA OVEST

INTRODUZIONE E NOTA METODOLOGICA

I metodi di calcolo che definiscono il fabbisogno di strutture e servizi si riferiscono a due sistemi fondamentali. La prima definisce il fabbisogno sulla base della relazione esistente fra utilizzo del servizio e liste di attesa, la seconda fonda i suoi calcoli nella verifica dello scostamento esistente fra la presenza di un determinato presidio in un territorio e la sua presenza nel territorio nazionale. Nel primo caso si assume come ipotesi di partenza il fatto che il fabbisogno coincida con la richiesta esplicita di servizio, nel secondo si assume che il fabbisogno di un determinato servizio coincida con la aderenza a standard di copertura (che fanno riferimento o a regolamenti generali come nel caso dei LEA socio-sanitari, a obiettivi di servizio nazionali oppure a raffronti con altre realtà territoriali che sono confrontabili). Il settore in esame non presenta né standard esterni istituzionalmente assumibili, né documenti che mostrano la volontà da parte dello stato italiano di garantire un certo tipo di servizio alla popolazione in quantità riferite accettabili. La strada che resta aperta, dunque, è quella di procedere per una stima che tenga conto del fabbisogno presunto di servizio, individuando, cioè, la consistenza numerica degli individui che, nel territorio del PLUS Area Ovest, possano, per caratteristiche individuali, avere necessità del servizio. Per fare questo è necessario

1. Identificare con chiarezza il profilo tipo dei destinatari del servizio, desumendolo dalla normativa vigente a livello regionale
2. Identificare i fattori che potrebbero incidere nella scelta di un servizio residenziale per anziani autosufficienti e calcolarne la presenza nel territorio del PLUS Area Ovest
3. Verificare il tasso di copertura di strutture analoghe in Italia
4. Individuare il numero di strutture residenziali per persone anziane autosufficienti presenti nel territorio e calcolare il numero di posti letto disponibili in relazione alla popolazione anziana
5. Calcolare il tasso di copertura necessario rispetto ai parametri individuati in fase 1 e 2
6. Verificare lo scostamento esistente fra stato dell'offerta e bisogno potenziale

Ulteriori questioni terminologiche e metodologiche tipiche di ogni step di indagine saranno affrontati nei singoli paragrafi.

ANALISI DELLE CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO.

Il tipo di servizio per il quale è necessario individuare la consistenza del fabbisogno è la comunità alloggio per anziani. Il servizio è regolato, nei suoi aspetti generali dal D.P.G.R. 22 luglio 2008, n. 4 Regolamento di attuazione dell'articolo 43 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23. Organizzazione e funzionamento delle strutture sociali, istituti di partecipazione e concertazione e nei suoi aspetti specifici dalla delibera della Giunta Regionale n. 33/36 del 8.8.2013 (Requisiti specifici per le singole tipologie di strutture sociali ai sensi del Regolamento di attuazione della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23, art. 28, comma 1 ai fini dell'autorizzazione al funzionamento e art. 40, comma 3 ai fini dell'accreditamento).

Il regolamento di attuazione della legge 23 del 2005 restituisce un chiaro perimetro del tipo di utenza che potrebbe avere necessità della struttura di cui alla nostra analisi. All'art. 11, infatti, definisce le comunità alloggio come

... (1.) Le comunità alloggio sono strutture residenziali di piccole dimensioni destinate ad ospitare persone ultrasessantacinquenni autosufficienti, le quali non intendono vivere autonomamente presso il proprio nucleo familiare e richiedono servizi di tipo comunitario e collettivo ...

La definizione posta dal legislatore, qualifica chiaramente la tipologia di utenza, ma la riporta a una specifica deliberazione del singolo (non intendono vivere autonomamente) che mal si presta a una chiara definizione in termini numerici. L'atto successivo, la delibera della Giunta Regionale n. 33/36 del 8.8.2013 (Requisiti specifici per le singole tipologie di strutture sociali ai sensi del Regolamento di attuazione della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23, art. 28, comma 1

ai fini dell'autorizzazione al funzionamento e art. 40, comma 3 ai fini dell'accreditamento) ha uno scopo differente. Nella necessità di chiarire con precisione le modalità di accreditamento e autorizzazione al funzionamento, è costretto ad affrontare il tema della destinazione e della posizione della tipologia di struttura all'interno della rete dei servizi con un'ottica più procedurale. Il capo III, dedicato alle strutture residenziali, accoglie la definizione della struttura stabilendo che (pg. 11)

“Fermo restando le caratteristiche definite dall'art. 11 del Regolamento di attuazione della L.R.23/2005, le Comunità alloggio per anziani sono strutture residenziali a prevalente accoglienza alberghiera destinate ad ospitare persone con età superiore ai 65 anni, autosufficienti, che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà. L'assistenza medica di base per gli ospiti della Comunità Alloggio viene garantita dal Medico di Medicina generale che ha in carico l'utente. L'assistenza medica specialistica viene garantita ed erogata dal Servizio Sanitario Regionale in base alle norme di riferimento.”

La recettività di queste strutture è dedicata a “Persone con età superiore ai 65 anni totalmente autosufficienti.”

In questo caso si aggiunge un ulteriore elemento che qualifica il tipo di utenza che usufruisce delle strutture in esame, la necessità, individuata da un soggetto non meglio definito e specificato, di vita comunitaria. La curvatura è necessaria, visto che è difficile definire, in un quadro di servizi normati dall'ente pubblico, un tipo di bisogno fortemente qualificato sulla libera scelta dell'anziano di non vivere più a casa sua che è sì un bisogno, ma poco si presta a essere trattato come bisogno di cui una legge che regola servizi e strutture sociali si può ragionevolmente far carico. In sostanza si sposta il profilo tipo dell'usufruttore potenziale del servizio da quello di un soggetto che persegue una libera deliberazione di provvedere ai propri bisogni in modo comunitario, alla individuazione, da parte dei servizi, di una prospettiva comunitaria quale intervento che migliori la qualità della vita della persona e che si qualifichi, più precisamente, come bisogno, nei termini in cui questo concetto è inteso dalla ricerca e dalla prassi di servizio.

CONCLUSIONI E PROBLEMI METODOLOGICI

La regione Sardegna individua una tipologia di offerta che soddisfa le necessità di persone autosufficienti che avessero necessità di vita comunitaria e reciproca solidarietà. Le categorie di utenza potenzialmente interessate al servizio restano, dunque indefinite in quanto non esistono in letteratura indicatori che mostrano la necessità di vita comunitaria e reciproca solidarietà. La categoria di autosufficienza non ha sufficiente univocità di elementi definitori, ma ha il vantaggio di essere desunta per via negativa dalla categoria delle persone non autosufficienti. La categoria di volontà di non voler vivere più a domicilio e di necessità di vita comunitaria è invece indefinita e potrebbe essere rappresentati da diversi indicatori proxy quali, per esempio, il reddito, il consumo, la composizione del nucleo familiare, la vicinanza o meno dei parenti, alcune necessità soggettive rilevate attraverso colloquio dai servizi territoriali. I problemi individuati sono i seguenti

1. Non esiste una stima ufficiale del numero di persone autosufficienti
2. Il bisogno legato alla impossibilità di vivere nel proprio domicilio può essere affrontato da una pluralità di servizi (residenze comunitarie, alloggi diffusi con SAD, pagamento di affitto in posti letto comunitari, affidamento di anziani a famiglie disponibili) e non esiste una corrispondenza biunivoca fra bisogno e servizio che lo soddisfa rendendo impossibile una stima del bisogno effettuata calcolando i tassi di copertura territoriale
3. I motivi per cui i servizi scelgono una opzione o l'altra per rispondere al bisogno di vita comunitaria non sono rilevabili
4. La spesa per servizi residenziali per persone autosufficienti dei comuni dell'ambito è trascurabile, mostrando che raramente i servizi ricorrono a questa scelta finanziandone l'implementazione, ma spesso si limitano a consigliare alle famiglie l'intervento (vedi su questo approfondimenti successivi)

Le ipotesi in campo, dunque, richiamano la necessità di scegliere, per ridurre la complessità, alcuni indicatori che tengono insieme il concetto di residenza per anziani autosufficienti, con quello di servizio alla persona. La scelta operata dall'ufficio è quella di utilizzare, per definire il fabbisogno di strutture i seguenti indicatori

1. Le persone autosufficienti presenti nell'ambito

2. Le persone che vivono sole presenti nell'ambito
3. Il numero di strutture che operano nell'ambito

IL PROBLEMA DELLA CLASSIFICAZIONE DELLE PERSONE AUTOSUFFICIENTI

Non esiste attualmente un criterio univoco per definire la condizione di autosufficienza. Il concetto, infatti ha valore di tipo legale, in quanto determina la possibilità di una persona di aderire o meno a programmi di intervento, determinata da criteri che variano da regione a regione, da istituzione a istituzione, da programma a programma. La sua utilizzabilità pratica, la sua esistenza nel lessico istituzionale non consente, attualmente una definizione univoca. Esistono, infatti, variamente articolati, concetti di autosufficienza, parziale autosufficienza, non autosufficienza che sono più o meno determinati rispetto a singoli programmi di intervento. È possibile, infatti, affermare che ogni programma porti con sé un suo specifico concetto di non autosufficienza nel momento stesso in cui dichiara anche il metro di misura per calcolarla e, eventualmente gli strumenti pratici e operativi necessari a rilevarla. La difficoltà concettuale, dunque, non produce direttamente una impossibilità di operare praticamente con il concetto, determinando misure di intervento e protocolli operative, ma impedisce ai diversi programmi di intervento di comunicare efficacemente fra di loro. La difficoltà si moltiplica quando ci si trova davanti al concetto di parziale autosufficienza o a differenti gradazioni della capacità di svolgere diverse funzioni della vita quotidiana che producono diversi bisogni di assistenza. Il tentativo di assumere con decisione una definizione univoca è, comunque, reso difficile dalla preesistenza del concetto in differenti misure e programmi di assistenza, a valenza assistenziale e sociosanitaria, erogati da livelli istituzionali diversi. La chiave di volta potrebbe essere individuata nel passaggio da una modalità di erogazione delle prestazioni legata all'appartenenza o meno a una categoria di bisogno, a una modalità legata più chiaramente ai bisogni della persona, senza necessariamente inserirla in una categoria o nell'altra. Passaggio ancora lontano da ipotizzare. Ai fini del nostro studio, dunque, diventa necessario operare con una definizione che abbia un certo livello di condivisione scientifica, interpretando il dettato della regolamentazione regionale in senso assolutamente letterale. In altre parole interpretiamo la categoria di persona autosufficiente, prevista dalla RAS nella definizione del destinatario tipo della comunità alloggio per anziani, utilizzando i criteri che l'ISTAT utilizza per definire le persone non autosufficienti. In sintesi, non esistendo stima ufficiale delle persone autosufficienti noi ipotizziamo che siano autosufficienti tutte le persone che non fanno parte della categoria delle persone non autosufficienti. Questa ipotesi ci consente di effettuare una stima del fabbisogno di struttura che è sicuramente eccessivamente prudenziale (in comunità alloggio per anziani ci possono sicuramente vivere bene anche persone "parzialmente autosufficienti" che possono vivere una vita autonoma, se aiutati da ausili o da un minimo livello di assistenza personale), ma che consente di avvicinarsi con una buona approssimazione alle reali necessità di posti letto.

L'ISTAT definisce persona non autosufficiente quando rileva che non sia in grado di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana, misurate secondo la scala ADL.

Il CNEL, in coerenza con questa impostazione, ritiene opportuno adottare una definizione di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana. Persona non autosufficiente, quindi, è quella che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione. In base a tale criterio, la persona non autosufficiente è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi da un letto o da una sedia, la varsi, vestirsi, ecc.....)."

Secondo il Network Non Autosufficienza (rapporto del 2011) "Le stime circa il fenomeno della non autosufficienza fornite dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT mostravano nel 2005 un tasso di prevalenza presso la popolazione anziana di circa il 18,7% con una progressione per classi di età".

In termini di proiezioni aumenta la fascia di ultraottantenni (aumentando conseguentemente la percentuale di persone non autosufficienti fra gli ultrasessantacinquenni. Questo dato si connette con la progressiva diminuzione di caregivers (Robine et al., 2007). Diminuiscono, infatti i giovani, si riduce il numero di figli e nipoti. Questo cambiamento è ben illustrato dall'incremento dell'indice di dipendenza degli anziani, che secondo le proiezioni dell'ISTAT passerà dal 29,4 dell'anno 2005 a circa 62,3 nel 2030. Il peggioramento dell'indice riflette la contestuale diminuzione della popolazione

“attiva” (tra i 15 ed i 64 anni) e l’aumento di quella anziana: tra il 2005 e il 2030 la fascia di popolazione in età lavorativa diminuirà dai 38,8 a 30 milioni. Nel medesimo arco temporale, gli over 65enni in termini assoluti passeranno da 11,4 a 18,8 milioni di abitanti: considerando solo la popolazione ultraottantenne la variazione sarà da 2,9 a 7,7 milioni (ISTAT, 2011).

Questi dati fanno presupporre che, in assenza di assistenti informali, un gruppo sempre più numeroso di persone anche autosufficienti si rivolgeranno a sistemi di tutela e protezione di tipo comunitario.

1. Gli elementi che caratterizzano la perdita di autosufficienza sono, dunque due
2. L’età in particolare la distribuzione delle persone ultraottantenni sul totale degli ultrasessantacinquenni
3. Le condizioni di salute, in particolare la probabilità di avere almeno due patologie invalidanti nel corso della vecchiaia

LE PERSONE SOLE

Il secondo indicatore rilevante rispetto alla stima del fabbisogno delle strutture per anziani autosufficienti è quello relativo alle persone sole che vivono nel territorio. È presumibile, infatti, che il bisogno di vita comunitaria (come da regolamento RAS) sia strettamente legato a condizioni individuali di solitudine e emarginazione sociale. L’indicatore, assunto come indicatore proxy dovrebbe essere corretto da un ulteriore studio finalizzato a cogliere non soltanto le persone sole, ma anche le persone che vivono lontane dai familiari, ma già da solo suggerisce, con buona approssimazione, un bisogno in termini di vita comunitaria in persone che, pur in condizioni di autosufficienza, potrebbero optare per una scelta di residenzialità condivisa.

Secondo la rilevazione ISTAT 2009 Gli anziani che vivono soli, in Italia sono uno su quattro (il 27,1% di tutti gli over 65 enni). Il fenomeno è rilevante soprattutto al Nord e interessa soprattutto le donne: infatti, mentre solo il 13,6% degli uomini di 65 anni ed oltre vive solo, tra le donne il dato è quasi tre volte maggiore (36,9%).

Questo dato deve, comunque, essere analizzato insieme a quello relativo alla consuetudine a vivere vicino ai propri familiari. In Italia, infatti e senza differenze territoriali significative, la famiglia è il perno delle relazioni affettive e di aiuto, tanto che la comunità coesa viene costruita in primo luogo a partire dalla coabitazione o dalla vicinanza alle abitazioni dei propri familiari. Più del 31% degli italiani maggiorenni abita con almeno un genitore e il 42,5% vive a un massimo di 30 minuti a piedi dalla loro abitazione. Questo bisogno di vicinanza riguarda non solo i più giovani (tra i 18-29enni coabita con i genitori il 60,7% e il 26,3% abita a meno di 30 minuti a piedi), ma anche i 30-45enni (il 26% coabita, il 43,1% abita nei pressi), i 45-64enni (il 11,4% coabita, il 57% abita in prossimità) e persino gli anziani (il 32,5% coabita, il 31,1% abita a mezz'ora al massimo a piedi). In aggiunta, il 54% degli italiani vive a un massimo di 30 minuti a piedi dall'abitazione di parenti stretti e il 64% da quella degli amici. L'accorpamento territoriale delle famiglie è oggi anche una risposta ai crescenti bisogni di tutela e non è certo estraneo alla tenuta sociale dei territori nella crisi.

I PRESIDI SOCIOASSISTENZIALI IN ITALIA

Il problema della univocità classificatoria si riverbera anche nel tentativo di trovare dati di conforto nazionali sulle strutture per comunità alloggio. Il migliore tentativo di unificare le definizioni sui servizi che vengono erogati a favore degli anziani autosufficienti è quello dell’ISTAT che, che distingue tra:

a) Residenze Sanitarie Assistenziali(RSA): 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;

b) Residenze Sociosanitarie (RS): 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);

c) Residenze Assistenziali (RA): 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)

Assumiamo questa classificazione, ricomprendendo la struttura comunità alloggio nel campo c) Residenze Assistenziali.

Secondo la rilevazione del 2006 in Italia erano disponibili 330898 posti letto nei presidi residenziali socio assistenziali dei quali 6477 in Sardegna. L'indagine, che resta la più completa rispetto al tipo di dati presentati, ha subito diverse riarticolazioni metodologiche, finalizzate a standardizzare meglio la complessità dell'offerta di servizio residenziale per anziani autosufficienti, e differenziarla rispetto a offerte a maggiore intensità assistenziale e sanitaria, fino a assumere la caratteristica di indagine annuale, che ci consente di fissare con precisione lo stato dell'offerta in Italia e confrontarla con l'offerta nel PLUS Area Ovest.

Nel 2010 l'Istat ha rilevato la presenza di posti letto in Sardegna nei presidi socio assistenziali e socio sanitari (senza distinzione di età) e ha individuato in Sardegna 7892 posti. Di questi 1990 erano disponibili con funzione principalmente abitativa e 4786 erano dedicati agli anziani (anche se l'80,3% erano destinati al settore socio sanitario).

Le persone autosufficienti ospitate nei presidi socioassistenziali e sociosanitari in Sardegna erano 2.218

Tavola 4.2 - Anziani autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari						
per genere, nazionalità straniera e Regione presenti il 31 dicembre 2010 (valori assoluti)						
REGIONE	Maschi	Femmine	Totale	di cui stranieri		
				Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	3.777	9.952	13.729	2	26	27
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	41	89	130	1	0	1
Liguria	1.225	3.101	4.326	6	4	10
Lombardia	1.632	4.188	5.820	69	23	93
Trentino-Alto Adige/Südtirol	205	348	553	1	2	3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>48</i>	<i>52</i>	<i>100</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Trento</i>	<i>157</i>	<i>296</i>	<i>453</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Veneto	1.568	4.523	6.091	8	53	61
Friuli-Venezia Giulia	593	1.773	2.366	2	0	2
Emilia-Romagna	1.555	3.571	5.126	26	16	42
Toscana	1.147	3.429	4.576	23	3	26
Umbria	169	519	688	2	0	2
Marche	536	1.276	1.812	1	1	3
Lazio	2.050	6.385	8.435	43	34	77
Abruzzo	545	1.473	2.018	7	24	31
Molise	198	479	678	0	0	0
Campania	1.925	4.177	6.102	4	0	4
Puglia	830	2.157	2.987	1	1	3
Basilicata	232	384	617	0	0	0

Calabria	503	1.009	1.512	0	2	2
Sicilia	2.018	4.070	6.088	25	36	61
Sardegna	703	1.515	2.218	3	1	4
Nord Ovest	6.676	17.329	24.005	78	53	131
Nord Est	3.921	10.216	14.137	37	71	108
Centro	3.901	11.610	15.511	69	38	107
Sud	4.233	9.680	13.913	12	27	39
Isole	2.721	5.585	8.306	27	38	65
ITALIA	21.452	54.420	75.872	224	226	450

Il tasso di copertura in Sardegna di posti letto sul totale delle persone autosufficienti è stato di 650,5 ogni 100.000 residenti, mentre in Italia è stato di 616,8

Tavola 4.2 - Anziani autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari						
per genere, nazionalità straniera e Regione presenti il 31 dicembre 2010						
(valori per 100.000 residenti di 65 anni e oltre)						
REGIONE	Maschi	Femmine	Totale	di cui stranieri (a)		
				Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	878,0	1.688,5	1.346,5	41,1	452,3	290,6
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	362,6	571,5	483,3	1.090	-	441
Liguria	691,2	1.218,9	1.002,2	339,3	145,8	226,6
Lombardia	197,4	359,9	292,4	843,0	190,6	451,5
Trentino-Alto Adige/Südtirol	253,1	311,1	286,7	75,1	110	95,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>123,3</i>	<i>100,1</i>	<i>110,0</i>	-	-	-
<i>Trento</i>	<i>373,0</i>	<i>494,4</i>	<i>444,3</i>	<i>204,1</i>	<i>255</i>	<i>235,5</i>
Veneto	382,8	790,0	620,1	244,4	1.031,9	723,8
Friuli-Venezia Giulia	496,5	1.043,5	817,7	168,8	-	70,5
Emilia-Romagna	372,1	627,9	519,5	613,9	235,8	381,8
Toscana	311,5	679,8	524,3	502,9	42,3	240,7
Umbria	189,9	431,6	328,9	157,5	-	65,2
Marche	357,3	632,3	515,1	76,4	56,0	64,6
Lazio	429,8	968,7	742,5	861,1	367,9	539,6
Abruzzo	445,4	905,4	708,0	706,0	1.707,6	1.305,1
Molise	667,9	1.188,6	967,7	-	-	-
Campania	483,5	768,1	647,8	349	-	134
Puglia	255,0	499,5	394,5	98,0	82	89,3
Basilicata	452,5	572,9	520,7	-	-	-
Calabria	305,3	474,8	400,8	-	228,8	118,0

Sicilia	502,9	760,7	650,2	1.838,4	2.158,1	2.015,7
Sardegna	500,3	816,9	680,5	398,0	192,7	293,7
Nord Ovest	461,8	856,6	692,1	564,9	255,1	379,1
Nord Est	381,4	717,8	576,7	365,4	456,8	420,6
Centro	359,9	781,4	603,6	548,3	194,1	332,8
Sud	387,8	663,8	545,6	278,0	466,0	386,4
Isole	502,2	775,2	658,0	1.375,8	1.604,2	1.499,3
ITALIA	413,3	765,3	616,8	521,9	354,0	421,4
(a) Il tasso relativo agli stranieri è stato calcolato rapportando la frequenza alla sola popolazione straniera residente (fonte STRASA).						

Stimiamo, dunque, che per mantenere un tasso di copertura standard il PLUS Area Ovest debba avere un tasso di copertura pari a quello medio della Sardegna, ma tendere a raggiungere i risultati superiori.

Individuiamo, dunque, due tassi di copertura, uno minimo di 650,5 ogni 100.000 residenti (scegliamo la media sarda perché è più alta della media nazionale, trascinata in basso dalle basse performance del sud) e una soglia obiettivo pari al migliore risultato nazionale che è quello del Piemonte, di 1.346,5 posti letto ogni 100.000 abitanti

TASSO MINIMO 650,5 su 100.000 persone residenti oltre i sessantacinque anni (standard Sardegna)

VALORE OBIETTIVO 1346,5 ogni 100.000 persone residenti oltre i sessantacinque anni (standard Piemonte)

PERSONE POTENZIALMENTE INTERESSATE AL SERVIZIO RESIDENTI NEL PLUS OVEST

Nel 2010 gli anziani ultrasessantacinquenni in Italia erano 12206470 e in Sardegna 319073. Ipotizzando che il tasso di autosufficienza si sia mantenuto costante rispetto all'ultima rilevazione da noi presa in considerazione stimiamo una presenza in Sardegna di 259406 anziani ultrasessantacinquenni autosufficienti, che nell'ambito OVEST dovrebbero distribuirsi come segue

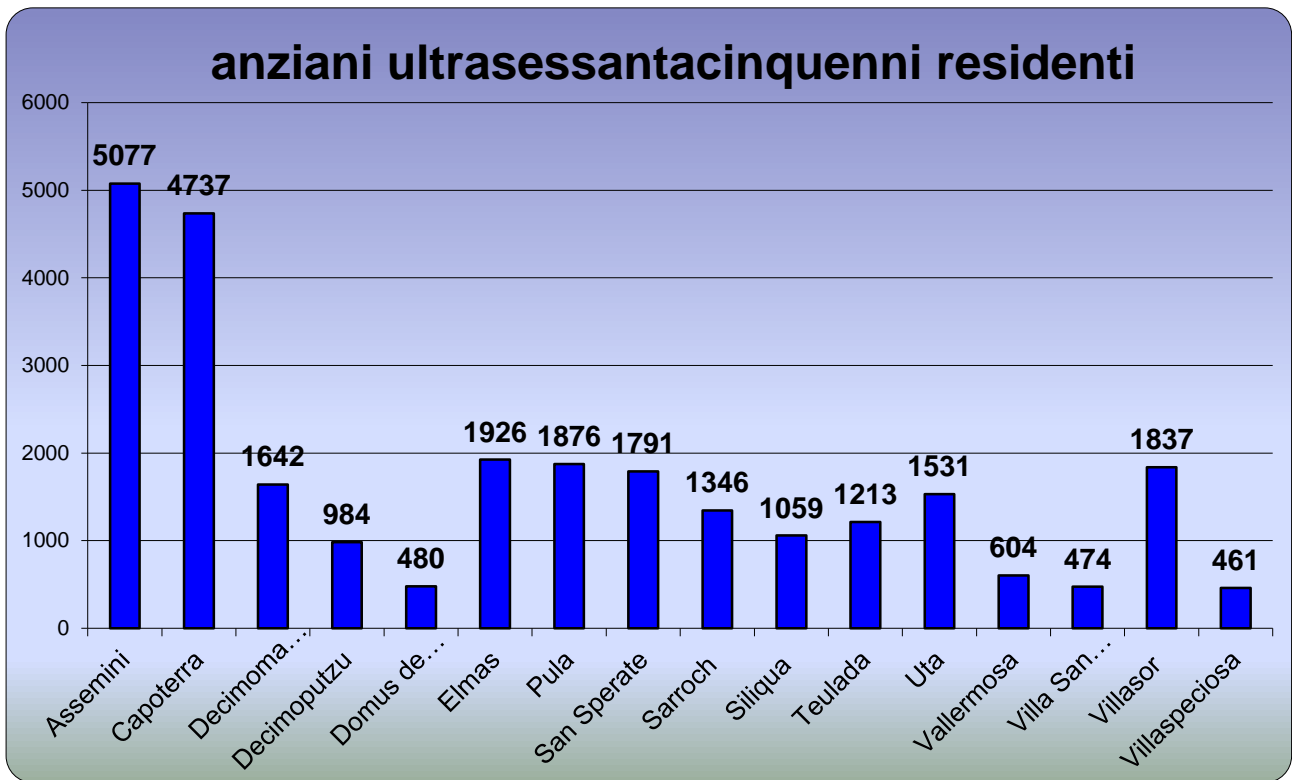
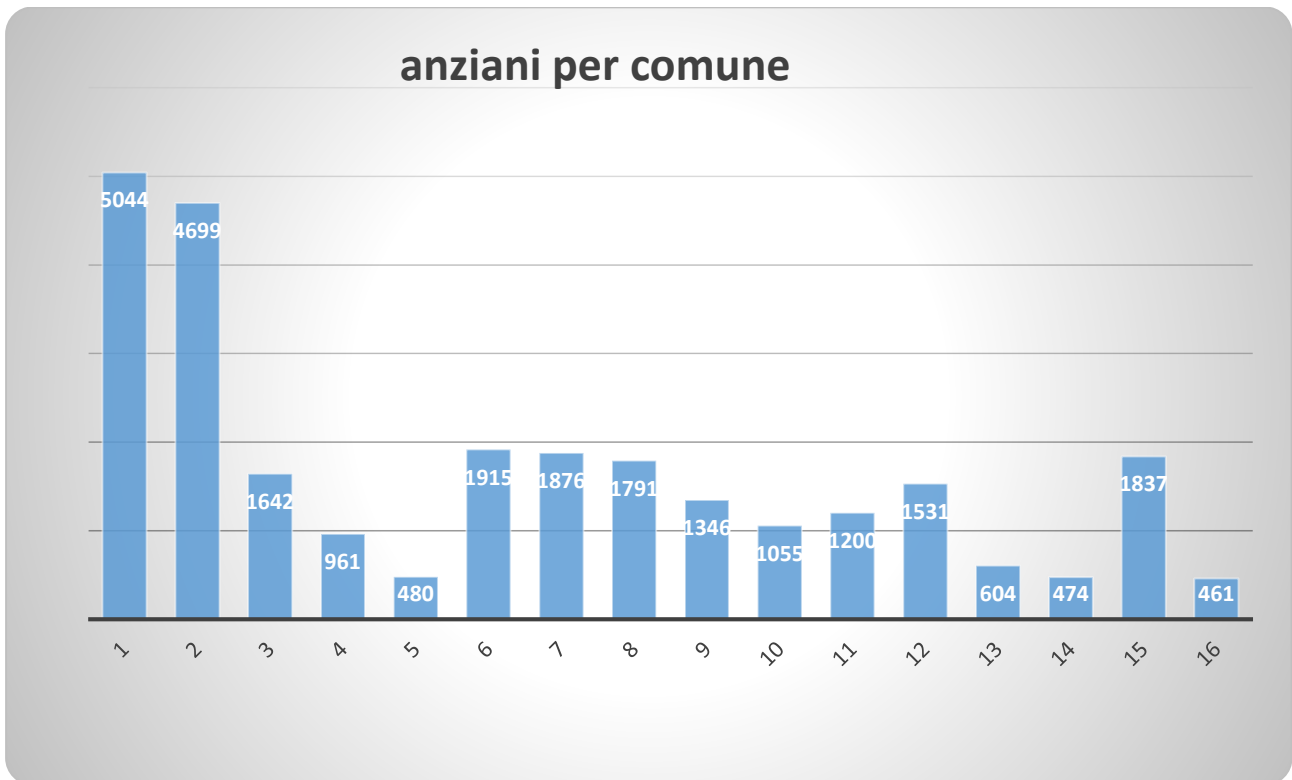


Figura 1- popolazione ultrasessantacinquenne residente nell'ambito valore assoluti fonte ISTAT

Applicando questa ipotesi di lavoro al territorio del PLUS la stima delle persone che potrebbero rivolgersi al servizio è di 26918,93 persone, così distribuite



I posti letto attualmente disponibili sono 147 così distribuiti

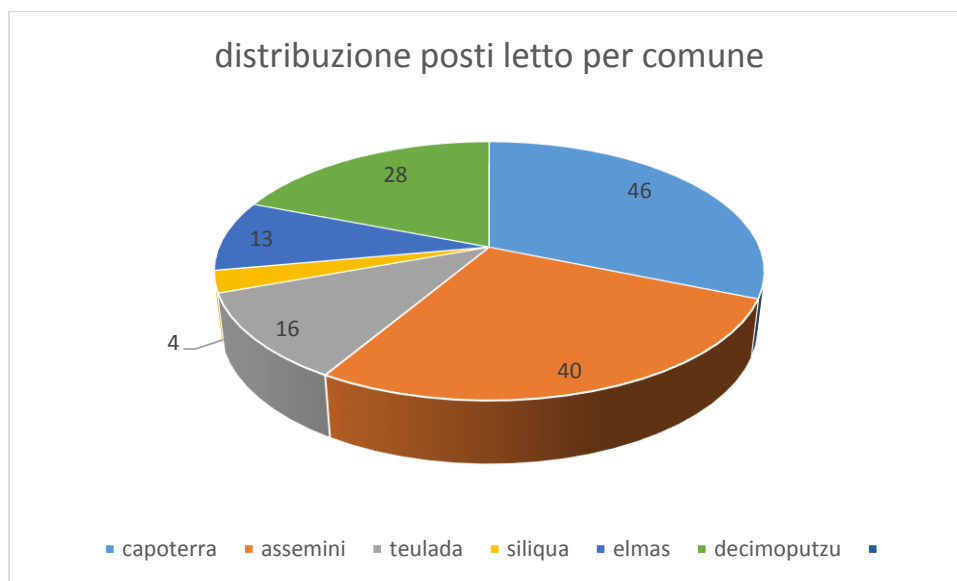


Figura 2- posti letto per comune. dati comunicati dalle dai servizi sociali

I posti letto coprono un limitato numero di posti letto rispetto alla popolazione e sono così distribuiti

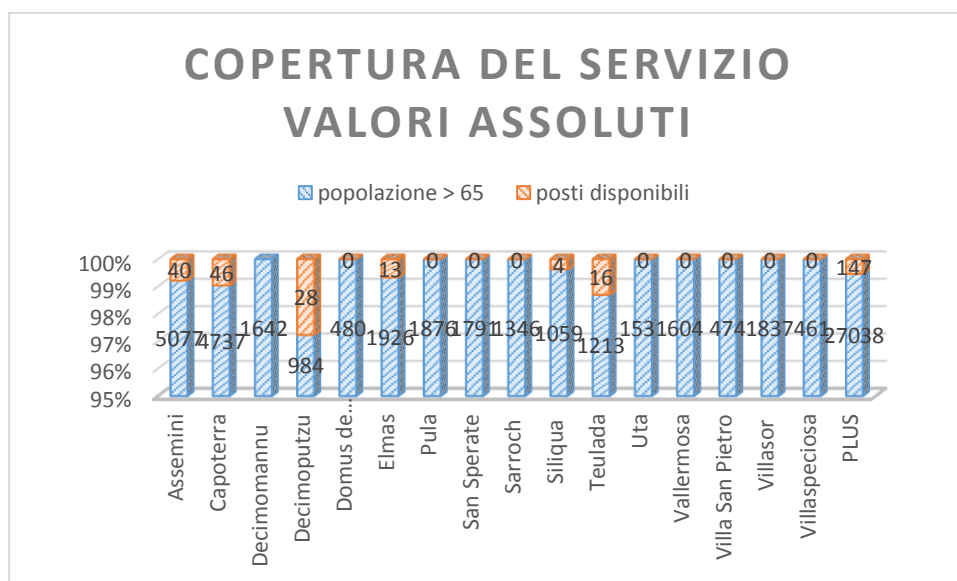


Figura 3- posti letto per comune rispetto al numero degli ultrasessantacinquenni nostra elaborazione su dati ISTAT e dati comunicati dai servizi

La percentuale di copertura di servizi per anziani autosufficienti, dunque è molto disomogenea all'interno del PLUS. Possiamo verificare la capacità che ogni comune ha di rispondere, al suo interno al fabbisogno di strutture, calcolando il numero di posti letto e mettendolo in relazione con l'utenza potenziale, come dal grafico successivo



Figura 4- copertura di servizio comune per comune

STIMA DEL FABBISOGNO RISPETTO AI VALORI INDIVIDUATI

Il tasso di copertura dovrebbe oscillare fra un minimo di 650 e un valore obiettivo di 1346,5 posti letto per 100000 persone anziane autosufficienti sul totale della popolazione anziana

Almeno 175 posti letto ma è meglio 362

Secondo i due valori soglia assunti a riferimento sarebbero necessari, dunque, posti letto da un minimo di 175 a un massimo (inteso come valore da perseguire in riferimento agli standard più avanzati) di 362. Possiamo dunque ipotizzare un fabbisogno in termini assoluti ancora da soddisfare che va da 28 posti a 215, distribuiti nel territorio del PLUS OVEST. Abbiamo fatto una ulteriore stima che individua le necessità di servizio comune per comune rispetto ai due standard individuati. Come vediamo i comuni di Assemini, Capoterra, Decomoputzu e Teulada hanno una copertura superiore rispetto allo standard della Sardegna, ma se ci paragoniamo al Piemonte (migliore standard Italiano) hanno ancora spazi di crescita.

Ne mancano da 28 a 125

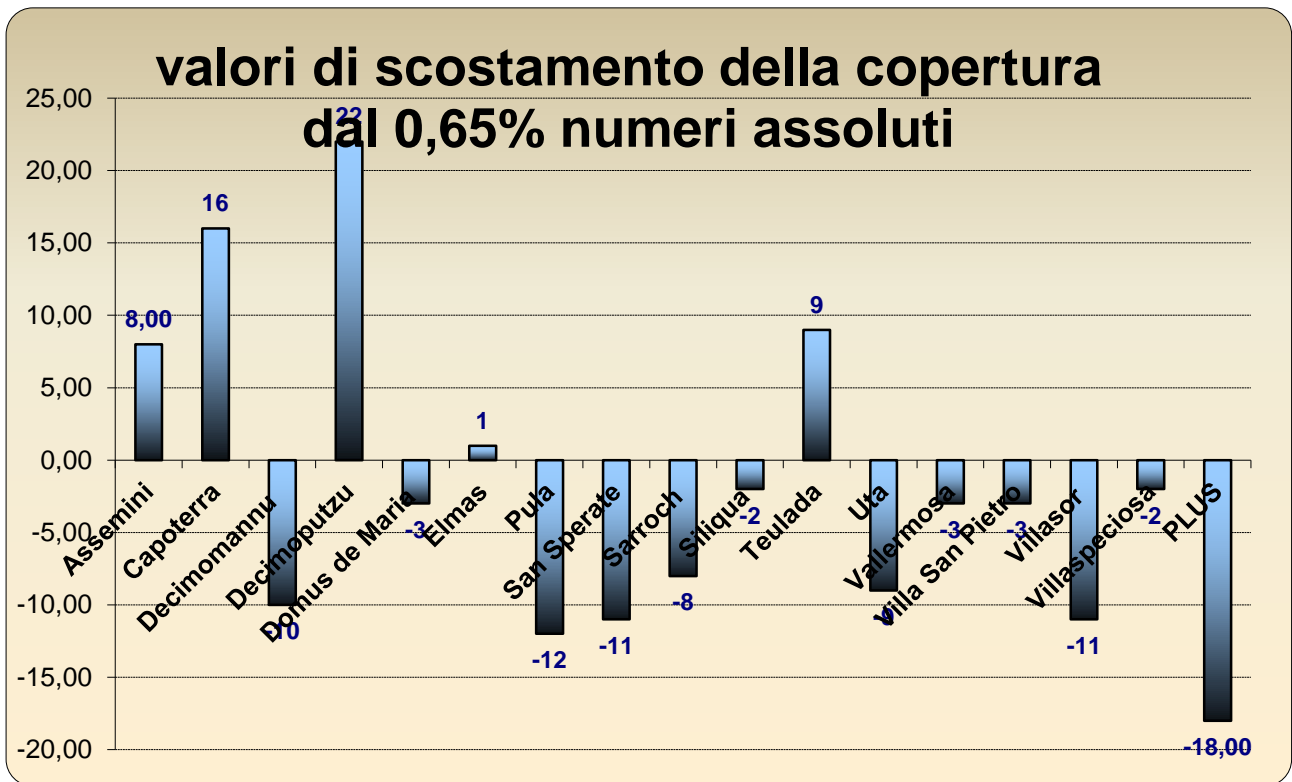


Figura 5-fabbisogno di strutture per comune

Rispetto allo standard piemontese solo il comune di Decimoputzu ha una copertura superiore e non ha dunque bisogno di nuove strutture

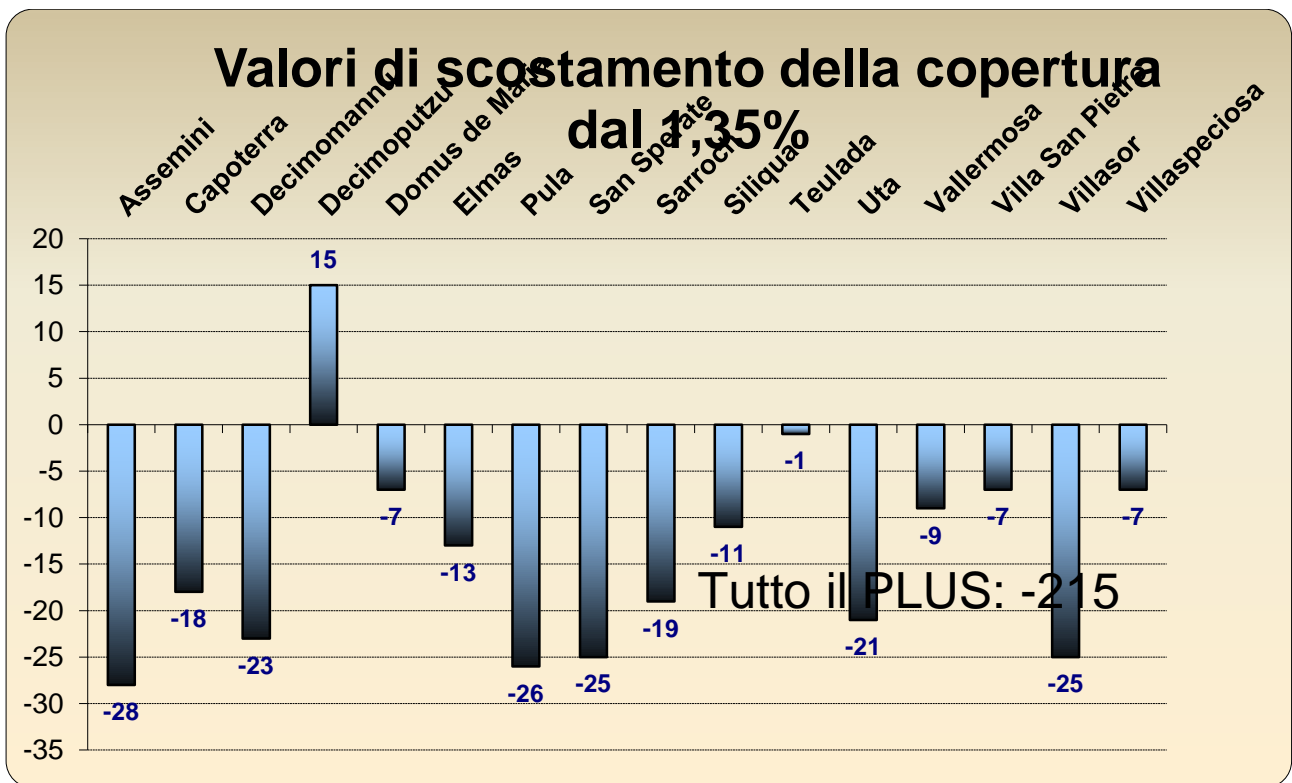


Figura 6-necessità di posti letto rispetto allo standard piemontese

Conclusioni

Il fabbisogno delle strutture residenziali per persone autosufficienti è difficilmente stimabile per motivi legati a

1. Non univocità del concetto di autosufficienza presso i diversi livelli di servizio
2. Utilizzo improprio della struttura da parte di persone non autosufficienti che rende impossibile definire il tasso di copertura a partire dal numero di posti letto occupati. Questa problematica rileva anche nella individuazione delle strutture presenti nel PLUS OVEST che, pur autorizzate come strutture destinate a persone autosufficienti potrebbero ospitare persone che non lo sono.
3. Presenza di diverse soluzioni alle esigenze abitative di persone autosufficienti che non vogliono vivere da sole, soluzioni che non possono essere mappate e che impediscono di calcolare il fabbisogno a partire dallo stato dell'offerta.
4. Il finanziamento quasi esclusivamente privato del servizio, che pone problemi nella individuazione dell'utenza potenziale (autosufficiente, solo, ma capace di sostenere una spesa consistente

Stante la difficoltà di stima abbiamo calcolato il tasso ottimale di copertura del servizio attraverso il confronto con la situazione sarda e con il risultato più alto a livello nazionale. I due numeri valgono come riferimento esterno e possono essere assunti a conforto di scelte autorizzatorie, tenendo presente che un numero molto alto di posti letto per abitante in Piemonte potrebbe non indicare un buon tasso di copertura, ma una assenza di soluzioni diverse allo stesso problema o una scelta regionale di finanziare questa soluzione rispetto ad altre. Si ritiene tuttavia che, non essendo implicate al momento necessità di finanziare con fondi pubblici questo tipo di strutture ed esistendo molte soluzioni più economiche al problema di una persona autosufficiente che decida di non vivere più nel suo domicilio o che non abbia più un domicilio suo, si può consentire all'iniziativa privata di aumentare l'offerta entro limiti che non superino il maggior tasso di copertura rilevato in Italia.