

REGIONE PUGLIA

Nel periodo '96-97 si è proseguito nell'impegno di migliorare la qualità dei servizi residenziali, verificando la osservanza, da parte dei gestori responsabili (pubblici e privati), della normativa regionale con cui sono stati fissati gli standards strutturali, organizzativi e funzionali dei servizi residenziali.

Tale attività ha determinato:

- 1) l'autorizzazione all'esercizio per:
 - n. 2 Comunità alloggio;
 - n. 7 Case di Riposo;
 - n. 5 Case Protette;
 - n. 1 Centro Aperto Polivalente.
- 2) la riclassificazione di strutture residenziali preesistenti alla Legge Regionale 49/81 per:
 - n. 5 Case di Riposo;
 - n. 3 Case Protette.
- 3) la chiusura di n. 1 struttura abusiva.
- 4) la sospensione dell'attività per il mancato adeguamento alla normativa vigente per n. 1 struttura.

Attualmente risulta in corso di realizzazione da parte di n. 49 Comuni interessati (con popolazione superiore ai 20.000 abitanti) il progetto di assistenza predisposto precedentemente e finanziato con fondi regionali a destinazione vincolata.

Al fine di favorire l'attuazione ed il miglioramento del servizio di assistenza domiciliare da parte di tutti i Comuni della Regione, si è disposto che il 30% del fondo globale per i servizi socio assistenziali, assegnato agli stessi, venisse destinato a tale servizio in concorso con le Aziende U.S.S.LL. competenti.

Inoltre, è in corso la procedura prevista dalla deliberazione di Consiglio Regionale n. 162/96, con cui sono state stabilite le linee guida ai Comuni e alle A.A.S.S.LL. per gli interventi di assistenza domiciliare integrata, rivolta agli anziani non autosufficienti.

Per la realizzazione di tale servizio sono stati previsti finanziamenti regionali, subordinati alla presentazione, da parte dei Comuni interessati (n. 209 con popolazione inferiore ai 20.000 abitanti) di progetti e accordi con le A.A.S.S.LL. e ad una graduatoria regionale formulata in base alla popolazione anziana residente e ad accordi intercomunali stipulati ai sensi dell'art. 27 della Legge 142/90.

Sempre con lo scopo di perseguire il miglioramento delle condizioni di vita degli anziani, in particolare quelli a grave rischio socio-sanitario, è stato promosso un progetto sperimentale di telesoccorso e telecontrollo con finanziamento regionale, cui sono interessati i cinque Comuni capoluogo di provincia, previa apposita richiesta da parte degli stessi definita di intesa con le A.A.S.S.LL. competenti.

Infine, si ritiene menzionare che è stato emanato il regolamento regionale sulla assegnazione delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti, ospitate nelle strutture residenziali protette.

Tale regolamento fa riferimento alla Legge n. 833/78, all'art. 30 della Legge n. 730/83 ed al Piano Sanitario Nazionale 1994/1996.

PAGINA BIANCA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La presentazione dei dati sulla condizione degli anziani nel biennio 1996-97 si avvale in parte dei materiali utilizzati per la predisposizione degli strumenti di programmazione socio-assistenziale e sanitaria per il triennio 1998-2000, in parte di ulteriori elementi informativi di natura socio-economica.

La conoscenza della distribuzione degli anziani e delle tendenze demografiche, lo studio delle loro condizioni di vita e di salute costituiscono infatti il riferimento necessario per valutare la domanda di servizi e per misurare la congruità e l'efficacia dell'attuale offerta di servizi sulla base del quale predisporre i piani di intervento occorrenti per i prossimi anni.

La relazione analizza i seguenti aspetti:

- la distribuzione della popolazione anziana nell'ambito regionale e territoriale;
- le tendenze demografiche per i prossimi anni;
- le condizioni di vita e di salute degli anziani con la connessa domanda di servizi sociali e sanitari;
- l'attuale offerta dei servizi sociali e sanitari;
- la programmazione degli interventi per il prossimo futuro.

1. La distribuzione regionale e territoriale della popolazione anziana. Le tendenze demografiche per i prossimi decenni

L'invecchiamento della popolazione anziana è un fenomeno che interessa tutti i paesi occidentali. Esso è il risultato dell'aumento della speranza di vita e del progressivo calo della fecondità.

Mentre in Italia la popolazione anziana di 65 anni e più è cresciuta passando dal 9,5% del 1961 al 15,3% del 1991 (+5,8%) in Sardegna nello stesso periodo è cresciuta più lentamente passando dall'8,8% al 12,5% (+3,7%) come si rileva dalla tabella 1.

Tab. 1 - Popolazione anziana di 65 anni e più nei censimenti dal 1961 al 1991

	1961		1971		1981		1991	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Sardegna	124.380	8,8	150.501	10,2	177.093	11,1	206.417	12,5
Italia	4.827.415	9,5	6.101.820	11,3	7.485.125	13,2	8.700.185	15,3

Ciò è avvenuto con notevoli diversificazioni tra i diversi territori. Una maggior percentuale di anziani è presente nel distretto di Ghilarza (20,35%), di Ales (18,38%), di Sorgono (17,93%), di Ozieri (16,54%), di Alghero (15,43%), di Macomer (15,16%); ma minore percentuale è invece presente nei distretti sanitari di Cagliari 21 (7,85%), di Quartu S.E. (8,28%) di Olbia (10,86%), di Cagliari 20 (11,14%), di Sassari (11,29%) come si rileva dalla tabella 2.

Analogo andamento territoriale si registra per la popolazione di 75 anni e più.

Questi dati, uniti alla diminuzione della natalità, determinano alti indici di vecchiaia soprattutto nei comuni del distretto sanitario di Ghilarza (124,73%), di Ales (112,43%), di Sorgono (106,10%) mentre, nel distretto sanitario di Cagliari 21 (35,78%),

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 2 - Censimento della popolazione 1991. Classi d'età anziani per distretti sanitari (ex USL) - Dati ISTAT Regionale

Distretti sanitari (ex USL)	75 anni e più	65 anni e più	Totale generale	% 75 anni e più	% 65 anni e più
n. 1 Sassari	9.502	22.343	197.978	4,80	11,29
n. 2 Alghero	5.544	12.318	79.847	6,94	15,43
n. 3 Tempio Pausania	3.340	7.074	47.012	7,10	15,05
n. 4 Olbia	4.033	9.272	85.350	4,73	10,86
n. 5 Ozieri	3.475	7.528	45.511	7,64	16,54
n. 6 Macomer	2.654	5.927	39.090	6,79	15,16
n. 7 Nuoro	5.069	11.254	91.048	5,57	12,36
n. 8 Siniscola	1.966	4.407	36.650	5,36	12,02
n. 9 Lanusei	3.668	8.007	59.149	6,20	13,54
n. 10 Sorgono	1.720	3.741	20.866	8,24	17,93
n. 11 Isili	1.993	4.259	25.395	7,85	16,77
n. 12 Ghilarza	3.564	7.318	35.952	9,91	20,35
n. 13 Oristano	5.619	12.822	99.955	5,62	12,83
n. 14 Ales	1.832	3.871	21.063	8,70	18,38
n. 15 Guspini	3.295	7.582	63.100	5,22	12,02
n. 16 Iglesias	2.738	6.695	56.698	4,83	11,81
n. 17 Carbonia	5.243	12.259	92.101	5,69	13,31
n. 18 Senorbi	3.067	6.668	44.424	6,90	15,01
n. 19 Sanluri	3.579	8.161	60.903	5,88	13,40
n. 20 Cagliari	13.078	32.040	28.771	4,55	11,14
n. 21 Cagliari	1.909	4.609	58.691	3,25	7,85
n. 22 Quartu S.E.	3.443	8.262	99.724	3,45	8,28
Totale	90.331	206.417	1.648.248	5,48	12,52

Tab. 3 - Censimento della popolazione 1991. Indici per Distretto sanitario (ex USL) - Dati ISTAT Regionale

Distretti sanitari (ex USL)	Indice di vecchiaia	Indice di ricambio	Indice di dipendenza
n. 1 Sassari	62,35	50,00	41,62
n. 2 Alghero	92,87	64,41	47,14
n. 3 Tempio Pausania	85,97	69,39	48,26
n. 4 Olbia	57,29	48,90	42,50
n. 5 Ozieri	90,70	71,92	53,32
n. 6 Macomer	84,39	64,47	49,54
n. 7 Nuoro	64,40	54,26	46,10
n. 8 Siniscola	62,81	54,34	45,28
n. 9 Lanusei	70,68	57,10	48,57
n. 10 Sorgono	106,10	83,19	53,44
n. 11 Isili	96,12	66,28	52,02
n. 12 Ghilarza	124,73	86,40	57,91
n. 13 Oristano	67,34	58,10	46,79
n. 14 Ales	112,43	77,31	53,20
n. 15 Guspini	60,47	54,94	46,82
n. 16 Iglesias	61,01	57,87	45,27
n. 17 Carbonia	72,21	52,00	46,51
n. 18 Senorbi	82,34	64,38	49,79
n. 19 Sanluri	71,52	62,67	47,35
n. 20 Cagliari	65,83	51,98	38,98
n. 21 Cagliari	35,78	35,11	42,45
n. 22 Quartu S.E.	38,52	37,38	42,43
Totale	67,91	54,94	44,85

di Quartu S.E. (38,52%), di Olbia (57,29%) si riscontrano gli indici più bassi. Inoltre ad alti indici di vecchiaia si accompagnano alti indici di dipendenza ad indicare il peso delle componenti estreme della popolazione (anziani e bambini) sulle componenti giovani e produttive (tabella 3).

Questi dati delineano una più forte incidenza della popolazione anziana nei territori dell'interno e una minor incidenza nei comuni della provincia di Cagliari, nei comuni capoluoghi e nei comuni costieri.

Il quadro demografico appena descritto fornisce già sufficienti indicazioni sul tipo di domanda che pone la popolazione anziana sia a livello regionale che locale. Per avere ulteriori elementi di riflessione e di valutazione sullo sviluppo della popolazione anziana è opportuno uno sguardo sulle tendenze demografiche dei prossimi decenni.

Secondo le previsioni dell'Istituto Ricerche sulla Popolazione (I.R.P.) gli anni che verranno saranno ancora caratterizzati da una forte diminuzione della natalità e dall'ulteriore accrescimento della durata media della vita.

L'I.R.P. ha indicato tre possibili scenari dello sviluppo della popolazione in relazione ad una ipotesi di fecondità costante, ad una di fecondità crescente e ad una di fecondità decrescente. Nell'ipotesi di fecondità decrescente, che riteniamo più plausibile rispetto ai processi in corso, prevede che la popolazione della Sardegna nel 1999 raggiungerà la numerosità massima di 1.662.000 e quindi — rispetto ai dati del censimento del 1991 — avrà un accrescimento di sole 13.752 unità. Negli anni successivi invece tenderà a decrescere progressivamente portandosi tra il 2004 e il 2009 a valori inferiori a quelli del 1991, mentre la popolazione di 65 anni e più subirà un progressivo incremento (tabella 4).

Tab. 4 - Indicatori demografici sulla popolazione della Sardegna nel periodo 1999-2044 calcolati dall'I.R.P. con base 1994 e nell'ipotesi di fecondità decrescente

Indicatori demografici	1999	2009	2019	2029	2044
% popolazione 0-14	15,02	12,07	9,33	7,71	6,38
% popolazione 15-64	70,44	70,19	68,37	64,06	52,81
% popolazione 65 e più	14,54	17,74	22,30	28,23	40,81
Età media	38,97	42,81	46,92	50,71	55,48
Indice di vecchiaia $100 \times [P(65+) / P(0-14)]$	96,82	146,94	238,93	336,28	639,75
Indice di dipendenza anziani $100 \times [(65+) / P(20-64)]$	22,77	27,22	34,79	46,52	81,53
Indice di ricambio $100 \times [P(15-19) / P(60-64)]$	132,81	84,84	60,15	37,32	32,27
Numero medio di figli per donna	1,01	0,90	0,90	0,90	0,90
Vita media alla nascita	78,88	80,63	81,04	81,01	80,99

Questo scenario accentua la necessità di governare e accompagnare i cambiamenti demografici e sociali con politiche illuminate nei vari campi dell'intervento pubblico e, per quanto ci interessa, con indicazioni di politica sociale e di sviluppo dei servizi appropriate alla nuova realtà e massimamente produttive di efficacia, tenuto conto delle sempre più scarse risorse che il bilancio dello Stato e della Regione potrà stanziare.

2. Le condizioni di vita e di salute degli anziani e la domanda di servizi

2.1 Le condizioni di vita

Secondo un'Indagine Multiscopo sulla Famiglia dell'ISTAT, circa il 22% degli anziani in Sardegna vive solo, in gran parte nelle zone centrali della Regione; poco meno del 20% non ha telefono (ISTAT, I.M.F. vol. 8/1991).

La percentuale dei soggetti gravemente non autosufficienti, confinati a letto, è pari al 3,5%, mentre, considerando anche i soggetti confinati nell'abitazione, si raggiunge l'8,2%. Un'analisi più approfondita dell'autosufficienza, nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, rileva che circa un terzo degli intervistati non è in grado di camminare per più di duecento metri ed ha gravi difficoltà a salire/scendere le scale. Inoltre, circa il 20% non è in grado di vestirsi da solo e più del 10% ha bisogno di aiuto per lavarsi e/o mangiare. Infine l'8% degli anziani intervistati ha difficoltà nel linguaggio.

Gli elementi riportati consentono di individuare un'area di necessità assistenziale piuttosto ampia, che va dall'8% dei confinati all'interno dell'abitazione fino ad un 30% di soggetti con importanti difficoltà di spostamento al di fuori dell'abitazione. D'altra parte, ad ulteriore riprova dell'attendibilità dei risultati riferiti, l'indagine I.M.F. rileva come circa un terzo degli anziani intervistati in Sardegna abbia ricevuto, nei sei mesi precedenti l'intervista, aiuto a domicilio da parte dei propri familiari, e poco meno del 20% abbia avuto bisogno di essere accompagnato da qualcuno negli spostamenti al di fuori di esso.

La presenza di disabilità risulta essere età-correlata: i confinati a letto passano infatti, dall'1% nella classe di età 65-74 anni, al 7,4% fra gli ultra settantacinquenni, mentre i confinati in casa dal 5% al 13,9%; la percentuale di soggetti con importanti difficoltà di spostamento fuori dall'abitazione passa dal 21 al 50%.

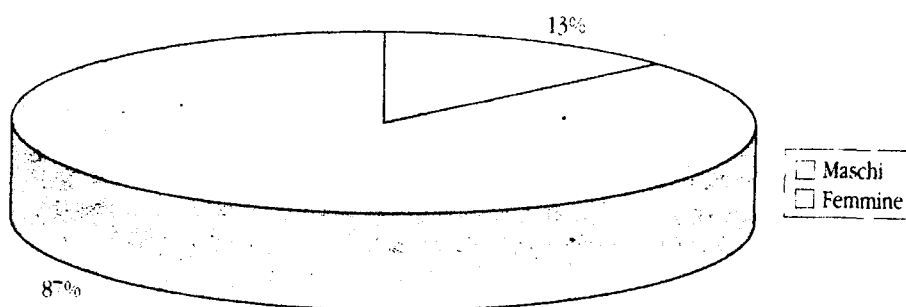
A tutto ciò si aggiunge che tra gli ultrasettantacinquenni una percentuale pari al 27,8% vive solo.

2.2 Le condizioni di reddito. I percettori dell'assegno sociale

L'assegno sociale, istituito con la L. 8 agosto 1996 n. 335 in sostituzione della pensione sociale erogata dall'Inps, può ritenersi un significativo indicatore economico della condizione anziana in quanto riferito a soggetti che hanno compiuto il 65° anno di età e sono sprovvisti di redditi, ovvero posseggano redditi di importo inferiore ai limiti di legge.

I beneficiari di tali provvidenze sono prevalentemente le donne e costituiscono l'87% del totale (Grafico 1).

Grafico 1 - Distribuzione per sesso dei percettori di assegno sociale
Pensionati sociali INPS



Sul piano regionale 8,4 anziani su 100, di età 65 anni e più, percepiscono l'assegno sociale (tabella 5). Rispetto alla media regionale, la provincia di Cagliari presenta la maggiore incidenza dei beneficiari con 9,5 anziani su 100, quella di Sassari la minore incidenza con 7,3 anziani su 100.

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 5 - Assegni sociali erogati dall'INPS in Sardegna suddivisi per provincia al 30 giugno 1997

Provincia	Assegni sociali INPS maschi	Assegni sociali INPS femmine	Assegni sociali INPS totale	Assegni + Comuni	Beneficiari assegno sociale INPS ogni 100 assegni + Comuni
Cagliari	843	7.421	8.264	86.276	9,58
Nuoro	559	2.486	3.045	37.595	8,10
Oristano	264	1.573	1.837	24.011	7,65
Sassari	581	3.690	4.271	58.535	7,30
Totale	2.247	15.170	17.417	206.417	8,44

Fonte: Sedi provinciali e territoriali INPS della Sardegna

Maggiori difformità si riscontrano nella distribuzione territoriale dei percettori dell'assegno sociale (tabella 6).

Tab. 6 - Assegni sociali erogati dall'INPS in Sardegna suddivisi per provincia al 30 giugno 1997

Distretti sociali (ex USL)	Assegni sociali INPS maschi	Assegni sociali INPS femmine	Assegni sociali INPS totale	Assegni + Comuni	Beneficiari assegno sociale INPS ogni 100 assegni + Comuni
n. 1 Sassari	309	1.545	1.854	22.343	8,30
n. 2 Alghero	99	434	533	12.318	4,33
n. 3 Tempio Pausania	28	246	274	7.074	3,87
n. 4 Olbia	68	906	974	9.272	10,50
n. 5 Ozieri	77	559	636	7.528	8,45
n. 6 Macomer	91	418	509	5.927	8,59
n. 7 Nuoro	219	831	1.050	11.254	9,33
n. 8 Siniscola	54	271	325	4.407	7,37
n. 9 Lanusei	74	214	288	8.007	3,60
n.10 Sorgono	71	340	411	3.741	10,99
n.11 Isili	50	412	462	4.259	10,85
n.12 Ghilarza	90	234	324	7.318	4,43
n.13 Oristano	134	981	1.115	12.822	8,70
n.14 Ales	40	358	398	3.871	10,28
n.15 Guspini	54	576	630	7.582	8,31
n.16 Iglesias	56	639	695	6.695	10,38
n.17 Carbonia	102	1.196	1.298	12.259	10,59
n.18 Senorbi	61	669	730	6.668	10,95
n.19 Sanluri	58	424	482	8.161	5,91
n.20 e 21 Cagliari	432	3.076	3.508	36.649	9,57
n.22 Quartu S.E.	80	841	921	8.262	11,15
Totali	2.247	15.170	17.417	206.417	8,44

Fonte: Sedi provinciali e territoriali INPS della Sardegna

Si evidenziano infatti delle punte massime che nella provincia di Sassari riguardano il distretto di Olbia, nella provincia di Nuoro i distretti di Sorgono e di Isili, nella provincia di Oristano il distretto di Ales e nella provincia di Cagliari riguarda i distretti di Iglesias, Carbonia, Senorbi e Quartu S.E. Si rilevano altresì delle punte minime che nella Provincia di Sassari riguardano i distretti di Alghero e di Tempio, nella provincia di Nuoro il distretto di Lanusei, e nella provincia di Oristano il distretto di Ghilarza.

2.3 *Le condizioni di salute*

L'aspettativa di vita media alla nascita è passata da 69,4 anni nel periodo 1960/62, a 73,9 anni per i maschi e a 80,6 anni per le femmine nel 1991.

I dati relativi alla mortalità (elaborazioni A.S.S.R. su dati ISTAT, cause di morte 1992 e ISTAT censimento della popolazione 1991) sembrano mettere in luce una situazione sostanzialmente confrontabile con quella che si osserva nella popolazione nazionale, per quello che riguarda il versante epidemiologico; infatti, analizzando la mortalità per neoplasia e per malattie cardiocircolatorie (oltre i due terzi della mortalità globale), si possono osservare modesti scostamenti dei tassi di incidenza della mortalità specifica, per patologia, nel confronto tra anziani sardi ed italiani.

Generalmente, l'incidenza è minore nella popolazione sarda, per lo più in relazione alla sua diversa struttura (minore rappresentazione delle classi di età più avanzata), fatta eccezione per i tumori del colon-retto e della prostata, con particolare riferimento alle classi di età superiori ai 75 anni.

Si tenga presente, inoltre, che gli ultrasessantacinquenni sono oggi il segmento maggiormente colpito dalla patologia neoplastica che rappresenta, anche in Sardegna, la prima causa di morte per la fascia di età 65-74 anni.

Al di fuori delle patologie circolatorie e neoplastiche, l'unica differenza degna di nota sembra essere una certa concentrazione di decessi per «sintomi, segni o stati morbosi maldefiniti» che rappresentano il 4% delle morti, tra gli anziani sardi.

3. *L'offerta dei servizi socio-assistenziali*

L'offerta assistenziale rivolta agli anziani è riferibile essenzialmente a tre raggruppamenti di servizi:

- a) i servizi che favoriscono e assicurano la permanenza nel proprio domicilio;
- b) i servizi semiresidenziali che integrano le offerte a domicilio attraverso forme che, in parte, sostituiscono il domicilio stesso o per il giorno o per la notte;
- c) i servizi residenziali che diventano temporaneamente o permanentemente alternativi al domicilio.

3.1 *Area dei servizi che favoriscono e garantiscono la vita a domicilio*

Rimanere nel proprio domicilio è un diritto fondamentale dell'anziano, e i vari servizi devono favorire, per quanto possibile, la soddisfazione di tale diritto, specialmente nelle situazioni in cui l'anziano stesso risulta incapace a provvedere in autonomia, o quando la famiglia o l'ambiente circostante non sono in grado di fornire il necessario aiuto.

Le modalità dell'intervento a domicilio sono numerose e comprendono quelle di contenuto materiale ed economico, come l'assistenza economica erogata dai Comuni, quella di assistenza sanitaria erogata dal medico di medicina generale, i servizi con contenuti sociali e sanitari diversi (aiuto nella gestione della casa, aiuto nella cura della persona interventi medici e infermieristici, interventi di riabilitazione, ecc.).

3.1.1 *Il servizio di assistenza domiciliare*

L'assistenza domiciliare viene definita come quell'insieme di interventi diretti ai cittadini ed ai nuclei familiari che, per particolari contingenze o per non completa autosufficienza, non siano in grado, anche temporaneamente, di garantire il pieno soddi-

sfacimento delle esigenze personali e domestiche al fine di salvaguardare l'autonomia dei cittadini e la loro permanenza all'interno del proprio nucleo familiare o nella propria residenza abituale.

L'assistenza domiciliare consiste in prestazioni di aiuto, da parte di personale in possesso dei requisiti di legge, per il governo della casa e per il soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona e, se necessario, per consentire l'accesso ai servizi territoriali.

Le prestazioni sanitarie curative e riabilitative, erogate in forma coordinata e integrata, sono di competenza dei servizi della Azienda USL e i relativi oneri fanno carico al fondo sanitario regionale.

Possono inoltre essere previsti interventi di assistenza domiciliare per il supporto o la sostituzione temporanea del nucleo familiare di minori, interdetti e inabilitati.

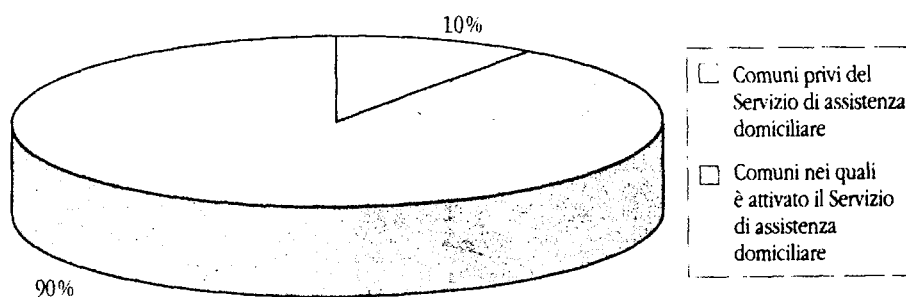
Le cooperative giovanili promosse con la L.R. 28/84 hanno trovato nei servizi alla persona, e soprattutto in quelli rivolti agli anziani, un impianto normativo particolarmente elastico e un'area di lavoro ancora inesplorata entro la quale sviluppare una specifica progettualità, condizionando fortemente la domanda, inizialmente debole ed incerta, e inducendo un bisogno destinato a crescere rapidamente nel tempo.

Accogliendo la domanda sempre crescente degli Enti Locali e recependo la necessità di riqualificazione avanzata dalle cooperative, l'Assessorato Regionale al lavoro e alla formazione professionale ha promosso numerosi corsi di formazione nell'intero territorio regionale. Nei primi anni i corsi rilasciavano il titolo di «assistente geriatrico» e solo successivamente, adeguandosi ad una visione più allargata dell'intervento a domicilio il titolo si è trasformato in «assistente domiciliare e dei servizi tutelari».

Oggi possiamo pensare ad una contrazione del numero dei corsi in quanto consideriamo superata ogni emergenza in questo campo e la richiesta di formazione è decisamente più contenuta.

Il servizio di assistenza domiciliare è sicuramente tra i servizi più diffusi poiché risulta presente nel 90% dei Comuni della Sardegna, ossia in 339 Comuni su 377 (grafico 2).

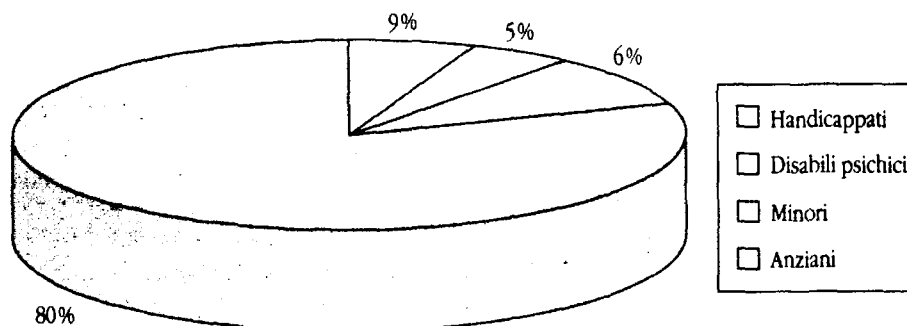
Grafico 2 - Diffusione in Sardegna del servizio di assistenza domiciliare



Gli utenti del servizio sono complessivamente 7.700; di questi l'80% è costituito da persone anziane (grafico 3).

Per individuare i livelli di utilizzo del servizio e la presenza di eventuali aree di sofferenza nelle quali potrebbe essere ancora necessario un intervento promozionale della Regione, è utile verificare l'incidenza del servizio stesso in relazione alla popolazione anziana delle diverse aree territoriali individuate dai distretti sanitari (ex USL).

Grafico 3 - Utenti del servizio di assistenza domiciliare ripartiti per tipologia

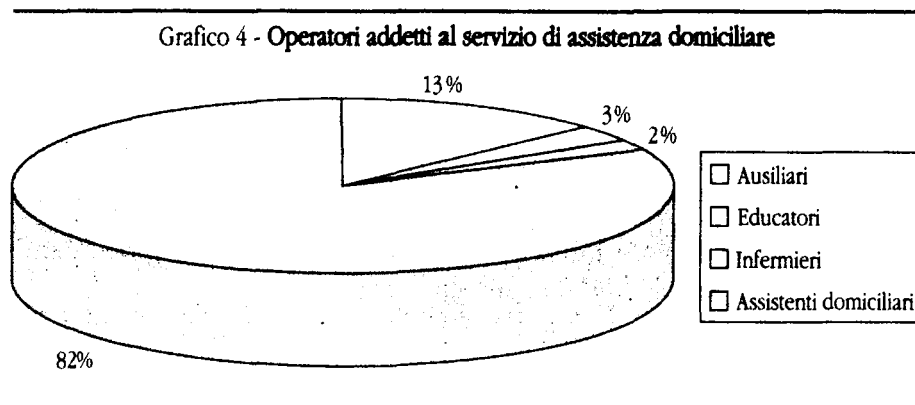


Sul piano regionale si evidenzia che la percentuale di anziani assistiti dal servizio rispetto alla totalità degli anziani (ultrasessantacinquenni) è in media del 3% (tabella 7). La maggiore incidenza si registra nei distretti sanitari di Macomer (5,3%) e di Sorgono (5,2%), mentre la minore incidenza si registra nei distretti sanitari di Cagliari (1,3%) e di Quartu S.E. (1,7%).

Gli operatori addetti al servizio di assistenza domiciliare sono prevalentemente formati nei corsi regionali con la qualifica di «assistente geriatrico» e «assistente domiciliare e dei servizi tutelari»; permane tuttavia un consistente numero di addetti generici (ausiliari) senza qualificazione alcuna (grafico 4).

Tab. 7 - Incidenza del servizio di assistenza domiciliare sulla popolazione anziana

Distretti sanitari (ex U.S.L.)	Anziani + 65enni	Anziani assistiti dal S.A.D.	% di assistiti su anziani + 65enni
n. 1 Sassari	22.343	468	2,09
n. 2 Alghero	12.318	280	2,27
n. 3 Tempio Pausania	7.074	257	3,63
n. 4 Olbia	9.272	241	2,60
n. 5 Ozieri	7.528	365	4,85
n. 6 Macomer	5.927	319	5,38
n. 7 Nuoro	11.254	360	3,20
n. 8 Siniscola	4.407	204	4,63
n. 9 Lanusei	8.007	312	3,90
n. 10 Sorgono	3.741	198	5,29
n. 11 Isili	4.259	200	4,70
n. 12 Ghilarza	7.318	340	4,65
n. 13 Oristano	12.822	521	4,06
n. 14 Ales	3.871	153	3,95
n. 15 Guspini	7.582	168	2,22
n. 16 Iglesias	6.695	129	1,93
n. 17 Carbonia	12.259	446	3,64
n. 18 Senorbì	6.668	329	4,93
n. 19 Sanluri	8.161	327	4,01
n. 20 e 21 Cagliari	36.649	498	1,36
n. 22 Quartu S.E.	8.262	141	1,71
Totali	206.417	6.256	3,03



L'estensione del servizio domiciliare anche ad altre classi di età oltre agli anziani, che si è verificata negli ultimi anni, ha favorito l'ingresso nel servizio di altre professionalità quale quella degli educatori, mentre la perdurante assenza dei servizi sanitari nella gestione del servizio ha costretto ad immettere nel servizio un certo numero di infermieri per coprire almeno le esigenze più gravi.

La provincia ove è presente il più alto numero di operatori generici è quella di Sassari che raggiunge il 29,2% sul totale degli addetti al servizio, mentre le altre province oscillano tra il 4,5% della provincia di Nuoro, il 5,8% della provincia di Oristano e l'8,4% della provincia di Cagliari.

All'interno della provincia di Sassari l'area più scoperta è quella riferita alla ex USL n. 3 di Tempio Pausania in quanto il 60% degli addetti è privo di adeguata qualifica, e sotto questo profilo meritano particolare attenzione le situazioni esistenti nei comuni di Calangianus, Benetutti e Olbia.

3.1.2 L'Assistenza Domiciliare Integrata

Sino ad ora in Sardegna non sono stati attivati i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata né le Unità Valutative Geriatriche, non essendovi reale integrazione fra il comparto sociale e quello sanitario.

Il nuovo modello di assistenza geriatrica previsto nei progetti obiettivo anziani sia del Piano socio assistenziale che di quello sanitario, assegna all'Assistenza Domiciliare Integrata il ruolo guida all'interno della rete dei servizi territoriali. Se, infatti, l'obiettivo dei progetti citati è quello di assistere gli anziani non autosufficienti, mantenendoli all'interno della propria famiglia e della propria abitazione, una precisa programmazione socio-sanitaria (anche riferita alla dotazione dei posti letto ospedalieri e residenziali) potrà essere effettuata solo dopo aver provveduto all'attivazione di un'efficiente assistenza domiciliare.

Già il primo Piano socio-assistenziale sosteneva l'esigenza di estendere l'assistenza domiciliare in quanto sistema integrato di interventi socio-assistenziali ed interventi sanitari espletato a livello locale dal Comune e dall'Unità Sanitaria Locale, ma la mancanza di criteri di coordinamento tra Comune ed Azienda USL, e la non completa descrizione della «continuità assistenziale» rivolta all'anziano, sono le cause principali del mancato decollo dell'Assistenza Domiciliare Integrata nella nostra Regione.

3.1.3 Gli affidamenti eterofamiliari

L'affidamento familiare di anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti teorizzato nel primo piano regionale si è realizzato raramente perché di non facile

accettazione dalle parti interessate: famiglia di origine famiglia affidataria, comunità e ambiente sociale in cui si realizza.

La famiglia originaria e in particolare figli e nipoti, sono più propensi ad accettare la permanenza dell'anziano in un istituto, giustificandola con l'esigenza di mantenere i rapporti con lui e di sottrarsi alle critiche della comunità o dell'ambiente parentale, piuttosto che a favorire la ricerca di una soluzione alternativa.

Per altro verso, l'affidamento di un anziano ad una famiglia diversa da quella dell'ambito parentale è guardato dalla gente comune con sospetto ancora maggiore quando l'anziano interessato presenta problemi di autosufficienza.

Normalmente chi fa questa scelta non viene apprezzato per l'atto di solidarietà, ma viene giudicato per la convenienza o per l'interesse che lo muove. Tutto ciò rende l'affidamento di un anziano una scelta impegnativa.

Tenendo conto di questi problemi, già il precedente piano aveva ritenuto essenziale — per la riuscita e l'affermazione del servizio — l'attuazione di un programma promozionale e l'offerta di consulenza ai Comuni sui temi dell'affidamento familiare dell'anziano. Si tratta di un'attività di sensibilizzazione che è rimasta confinata nell'ambito dell'operatività dei servizi e che non si è proposta all'attenzione dell'opinione pubblica più ampia. Conseguentemente non si è allargata l'informazione e la sensibilità verso l'affidamento dell'anziano.

Rimane quindi in eredità al nuovo piano socio assistenziale il compito di promuovere una intensa campagna di sensibilizzazione a livello regionale e territoriale, per creare le condizioni culturali più favorevoli per la legittimazione dell'istituto dell'affido dell'anziano che è previsto dall'art. 37 della L.R. 25 gennaio 1988 n. 4 e disciplinato dal DPGR n. 145/1990. L'attribuzione alla famiglia affidataria di incentivi economici che siano rapportati alla spesa per una retta di ricovero e la collaborazione di un qualificato servizio di assistenza domiciliare possono incoraggiare la crescita dell'affidamento.

3.2 Area dei servizi semiresidenziali

I servizi di assistenza domiciliare spesso possono risultare inadeguati a sostenere una condizione di parziale o temporanea non autosufficienza dell'anziano, soprattutto quando la rete familiare e parentale è inesistente o quando non è in condizioni di riorganizzarsi per potersi far carico per l'intera giornata della cura e dell'assistenza dell'anziano.

Per evitare la istituzionalizzazione, che può compromettere la residua rete di relazione, il servizio semiresidenziale offre il vantaggio di non allontanare la persona anziana dal suo ambiente, di farla rientrare nella sua abitazione e mantenere i contatti con la sua famiglia.

3.2.1 Forme di socializzazione e di aggregazione sociale

La vita di relazione costituisce per l'anziano una delle più importanti condizioni di autosufficienza. Essa deve essere potenziata e valorizzata alla luce dei seguenti aspetti:

a) la cessazione dell'attività lavorativa o il progressivo esaurimento della stessa comporta il distacco da vecchi legami, modifica i tempi di vita e i comportamenti quotidiani influenzando notevolmente sul piano delle relazioni sociali;

b) esiste il rischio di un forte restringimento delle reti di relazione degli anziani con l'aumento dell'età e la presenza di condizioni di disabilità;

c) la modificazione della composizione della famiglia che determina maggiori condizioni di isolamento degli anziani e di dipendenza da altri. In base ai dati del

censimento del 1991, l'ISTAT documenta che in Sardegna la percentuale di famiglie costituite da persone sole di 65/74 anni è del 17,71%, e da persone di 75 anni e più del 27,83%.

I Centri di Aggregazione Sociale attualmente disponibili in gran parte derivati dalla riconversione di una parte dei Centri Diurni per anziani finanziati e costruiti ai sensi della L.R. n. 52/75 e si rende necessario per il prossimo triennio completare questo processo di riconversione per aprirli all'incontro con altre generazioni.

La sede dove attivare i servizi semiresidenziali può essere pertanto individuata nei Centri Diurni ex L.R. n. 52/75, ma anche nei Centri di aggregazione sociale. Il precedente piano individua nel centro di aggregazione sociale, oltre uno standard minimo di funzionalità e di organizzazione, la possibilità di prevedere degli spazi per la confezione e la distribuzione dei pasti, per la lavanderia e la stireria nonché «una zona adeguatamente attrezzata e modulata come centro di pronto intervento e/o comunità alloggio».

Tuttavia il servizio semiresidenziale può essere attivato anche nell'ambito di una comunità alloggio e di una comunità protetta. L'organizzazione di queste strutture può assegnare degli spazi attrezzati e modulati per lo svolgimento del servizio semiresidenziale e fornire il personale per le attività di supporto, per le attività di socializzazione e di promozione della vita di relazione.

La disponibilità del servizio semiresidenziale è di particolare importanza anche per realizzare la deistituzionalizzazione di quegli anziani che, avendo un'età inferiore ai 65 anni e non presentando problemi di autosufficienza, si dovessero trovare nella condizione di non poter sostenere il rientro definitivo nella propria abitazione e nel l'ambiente di provenienza.

3.3 Area dei servizi residenziali

L'informazione sull'offerta e sulla distribuzione territoriale delle strutture residenziali costituisce il necessario punto di partenza per la programmazione dei servizi di accoglienza per il prossimo triennio. Ci soffermiamo pertanto su alcuni dati che ci consentono di valutare la situazione dell'offerta e di individuare alcune importanti linee d'intervento per il prossimo triennio.

In base ai dati desunti dalle richieste di autorizzazione al funzionamento inoltrate ai sensi dell'art. 41 della L.R. n. 4/88 le strutture di accoglienza per anziani sono in totale 119.

Tab. 8 - Strutture residenziali per anziani pubbliche e private funzionanti al 1° maggio per Provincia

Province	Strutture pubbliche		Strutture private		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Cagliari	14	43,8	33	38,0	47	39,5
Sassari	7	21,9	29	33,3	36	30,3
Nuoro	7	21,8	11	12,7	18	15,1
Oristano	4	12,5	14	16,0	18	15,1
Sardegna	32	100,0	87	100,0	119	100,0

Le strutture pubbliche sono 32 e costituiscono il 27% del totale. La maggior presenza di strutture pubbliche e private si registra nella Provincia di Cagliari con il 39,5% del totale.

Se approfondiamo la tipologia delle strutture, rileviamo che 82 sono case di riposo e 37 comunità protette, come da tabella 9.

Tab. 9 - Distribuzione per tipologia delle strutture residenziali per anziani nelle 4 province

Tipologia strutture	Provincia Cagliari		Provincia Sassari		Provincia Nuoro		Provincia Oristano		Totali	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Case di riposo	31	66,0	21	58,3	14	77,7	16	88,8	82	68,9
Comunità protetta	16	34,0	15	41,7	4	22,3	2	11,2	37	31,1
Totali	47	100,0	36	100,0	18	100,0	18	100,0	119	100,0

Gli anziani ospitati nelle case di riposo sono circa 3.000 con una media di 36,5 per struttura, mentre nelle comunità protette sono circa 1.000 con una media di 27 per struttura. Il complesso degli utenti inseriti nelle Comunità è quindi di circa 4.000 utenti.

Questi dati sono chiaramente insufficienti a delineare un quadro esauriente dell'offerta assistenziale e quindi non consentono di trarre delle indicazioni certe e definitive. Tuttavia possiamo fare alcune prime riflessioni:

a) è fondamentale una miglior conoscenza della distribuzione dei servizi residenziali sia in rapporto alla popolazione potenzialmente interessata sia alle caratteristiche degli anziani attualmente ospitati.

b) la prevalenza delle strutture private rispetto a quelle pubbliche, oltre che indicare il radicamento e la continuazione di una tradizione di solidarietà, attribuisce loro un rilevante ruolo perché assicurano un servizio di interesse pubblico.

La diversificazione delle rette, in rapporto a parametri di qualità, accertati attraverso opportuni strumenti di monitoraggio e di valutazione della qualità, può motivare il miglioramento della qualità. La diversificazione deve tenere conto sia degli aspetti organizzativi e strutturali che degli aspetti connessi con i risultati.

c) il progressivo superamento delle case di riposo e la loro riconversione in comunità protette, che costituiva un obiettivo del precedente piano, è ancora da concretizzare.

Occorre acquisire un'informazione puntuale sulle problematiche degli utenti ricoverati nelle case di riposo sulla base dei criteri e delle modalità che scaturiscono esclusivamente dall'adozione della scheda di valutazione della non autosufficienza. Conseguentemente per gli anziani autosufficienti si dovrà procedere ad una graduale deistituzionalizzazione attraverso la programmazione di altri servizi come l'assistenza domiciliare, l'A.D.I., il servizio semiresidenziale che ne favoriscano il riavvicinamento o il reinserimento nel Comune nell'ambiente e nella famiglia originari.

L'obiettivo è quello di razionalizzare l'utilizzo delle strutture, di renderle disponibili per gli utenti che ne hanno maggiore beneficio ed esigenza; di qualificare la loro attività e il loro funzionamento.

In questo senso per privilegiare e incrementare l'offerta dei servizi agli anziani non autosufficienti, inclusi quelli residenziali, è prioritario il riutilizzo delle case di riposo esistenti, con gli opportuni adeguamenti strutturali, e indirizzare le strutture ancora in costruzione alla soddisfazione di queste esigenze.

Altri effetti positivi derivanti dall'attivazione delle comunità protette sono dati dalla diminuzione di ricoveri ospedalieri impropri e dal contenimento delle richieste di inserimento nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.

4. L'offerta dei servizi sanitari

L'attuale offerta di servizi sanitari appare condizionata dalla carenza esistente nell'area extra ospedaliera. In generale, è possibile affermare che la distribuzione delle

strutture sanitarie è caratterizzata da una concentrazione delle stesse nei capoluoghi di provincia a scapito dei centri periferici, con un gradiente esattamente inverso alla distribuzione degli anziani nel territorio regionale.

Inoltre, il ritardo nella riorganizzazione delle attività a livello distrettuale, costituisce oggi, uno dei nodi da sciogliere per migliorare l'offerta dei servizi sanitari extra ospedalieri, offrendo loro una sede di riferimento ed un luogo di coordinamento e di integrazione, sia tra servizi sanitari stessi che tra questi ultimi e quelli socio assistenziali.

4.1 I Servizi sanitari ospedalieri

Dal punto di vista sanitario, l'offerta assistenziale si sostanzia nella presenza di posti letto (P.L.) ospedalieri in divisioni di geriatria ed in riabilitazione post acuzie.

I P.L. nelle divisioni geriatriche sono, complessivamente, 302, pari a 0,18‰ abitanti contro uno standard consigliato dalla O.M.S. pari allo 0,4‰ mentre il rapporto tra posti letto geriatrici e popolazione anziana è pari a 1,35‰ contro lo standard O.M.S. del 2,5‰.

La loro distribuzione territoriale appare piuttosto disomogenea, con la concentrazione del 60% di disponibilità nella provincia di Cagliari; le altre divisioni di geriatria si trovano nelle Aziende USL di Nuoro, Lanusei e Sassari. Tutta la Sardegna centro-occidentale è sprovvista di P.L. geriatrici fatta eccezione per due divisioni (una a Bosa ed una a Sassari). In particolare nella provincia di Oristano non esistono P.L. geriatrici, e in quella di Sassari la percentuale è pari allo 0,04‰, con la Azienda USL di Olbia completamente sprovvista della possibilità di ricovero ospedaliero geriatrico.

È ipotizzabile che in queste situazioni l'assistenza agli anziani venga prestata all'interno delle Unità di medicina generale.

4.2 I Servizi sanitari extra ospedalieri

In una valutazione dell'offerta assistenziale, rivolta a soggetti ultra sessantacinquenni, appare necessario inserire anche i Centri di riabilitazione, pur tenendo in considerazione che la popolazione oggetto delle prestazioni, da essi fornite, non è esclusivamente geriatrica.

Allo stato attuale appare, in ogni caso, difficile valutare il loro impatto nei confronti della domanda assistenziale della popolazione geriatrica. Una valutazione appropriata sarà possibile solo dopo una verifica della tipologia degli utenti e dell'attività effettivamente svolta.

Risultano assenti, come già precisato, i servizi di assistenza domiciliare integrata e le Residenze Sanitarie Assistenziali, mentre risulta operante una sola Unità di Valutazione Geriatrica, attiva presso la Casa di Cura Policlinico Sassarese.

5. La programmazione degli interventi per il triennio 1998-2000

Sulla base della domanda espressa dalla popolazione anziana e dell'offerta dei servizi, sia il Piano Socio-Assistenziale per il triennio 1998-2000 (in discussione in Consiglio Regionale) che quello Sanitario (attualmente all'esame delle istituzioni, degli operatori, dei diversi soggetti sociali interessati) si propongono di realizzare azioni fortemente integrate e interventi di più specifica finalizzazione.

5.1 *Il Piano Socio-Assistenziale*

Questo strumento di programmazione si prefigge di perseguire, principalmente, due gruppi di obiettivi tra loro strettamente connessi:

- a) alcuni obiettivi strumentali per rendere efficiente il sistema e creare le condizioni per governare il progetto e sviluppare e sostenere un miglioramento continuo;
- b) alcuni obiettivi finali e quindi riguardanti direttamente la salute degli anziani, come richiesto esplicitamente dalla politica sociale e sanitaria.

Gli obiettivi strumentali si prefiggono di garantire le condizioni per effettuare una programmazione degli interventi veramente integrata e orientata al raggiungimento di risultati di qualità.

Gli obiettivi di salute rivolti agli anziani, che qualificano dal punto di vista dei contenuti il progetto, privilegiano la promozione e il sostegno della vita a domicilio all'interno di una cultura dell'integrazione e della solidarietà, finalizzata a migliorare la qualità della vita degli anziani.

Detti obiettivi, con le convenienti articolazioni, riguardano anche gli anziani che vivono in situazioni residenziali diverse da quelle del proprio domicilio, indipendentemente dalla durata della loro permanenza.

Gli obiettivi strumentali da perseguire nel triennio si riferiscono in prevalenza al sistema socio-assistenziale generale e in quanto tale saranno oggetto di appropriate azioni programmatiche, che si svilupperanno sia a livello regionale che a livello locale. Si tratta di:

- creare le condizioni per l'integrazione del progetto obiettivo a livello di distretto e di ambito del servizio sociale, realizzando le intese e le convenzioni necessarie e già previste tra Aziende USL ed Enti locali; allargare tali intese e convenzioni con enti, associazioni, volontariato nello spirito della partecipazione anche prevista dalla L. 142/1990;
- formare il personale ai diversi livelli e per le diverse professionalità sia su tematiche riguardanti la gestione del progetto, sia su tematiche proprie dell'assistenza agli anziani (l'approccio gerontologico);
- verificare la funzione delle diverse figure professionali e dei diversi operatori nei programmi di assistenza agli anziani, anche nella prospettiva di un coinvolgimento delle loro famiglie, con particolare attenzione al ruolo del medico di medicina generale, a quello dell'operatore addetto all'assistenza domiciliare e al ruolo infermieristico;
- predisporre criteri di valutazione della qualità come modalità per il miglioramento continuo (scelta dei parametri di riferimento e criteri per la misurazione; problemi di accreditamento per gli enti e i servizi in applicazione delle convenzioni, ecc.);
- avviare le connessioni tra sistemi informativi, specialmente tra le banche dati delle Aziende USL e dei distretti, e quelle dei Comuni, con l'Osservatorio epidemiologico e con il Sistema Informativo Socio-Assistenziale e con altri sistemi territoriali rilevanti.

Ci sono peraltro obiettivi strumentali che riguardano esclusivamente le realtà locali, rispetto ai quali Comuni e Aziende sanitarie hanno un ruolo primario. Qualora delle situazioni particolari lo richiedessero, potranno essere elaborati specifici progetti obiettivo. Ciò potrà avvenire quando si intenderà:

- elaborare un progetto anziani da parte degli Enti locali e delle USL come atto operativo dell'intesa coerente con il piano regionale, che garantisca concretezza e operatività agli accordi;
- istituire le Unità di Valutazione Geriatrica per legittimare la loro esistenza e il loro funzionamento nell'ambito e delle intese e del progetto, in modo da garantire l'efficacia;