



Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana

Il contributo del sindacato alla qualificazione
dei percorsi assistenziali

FNP CISL Toscana
Fondazione Emanuela Zancan onlus

Gruppo di ricerca Fondazione E. Zancan:

Maria Bezze, Elena Innocenti, Tiziano Vecchiato, Anna Maria Zilianti

Gruppo di ricerca FNP Cisl Toscana:

Francesca Ricci e Simona Dessì (Ufficio Studi Fnp Cisl Toscana)

Silvia Romoli (Scuola di Formazione Permanente Fnp Cisl)

Giovanni Bianchi, Pasquale Ciabatti, Paola Conti (zona-distretto Valdarno); Nello Baglioni, Stefano Nuti; Giuseppe Vignini (zona-distretto Firenze); Vincenzo Fenu, Luciano Nardi, Licia Stivaletti (zona-distretto Grossetana); Paolo Bracaloni, Rosalba Braschi, Carlo Salvadori (zona-distretto Bassa Val di Cecina); Sebastiana Pia Giliberto, Franco Marzocchini, Massimo Santoni (zona-distretto Piana di Lucca); Guerrino Baldi, Ilio Bongi, Claudio Tarantola (zona-distretto Lunigiana); Fiorenzo Salvadori, Carla Scuto, Dino Tamburini (zona-distretto Pisana); Sergio Bargiacchi, Enrico Orsani, Anna Maria Puccinelli (zona-distretto Val di Nievole); Michele Boccardi, Nemesio Marchesini (zona-distretto Pratese); Roberto Giomarelli, Natale Marchetti, Severino Mignoni (zona-distretto Val di Chiana Senese)

Rapporto scritto da Elena Innocenti e Francesca Ricci

Firenze, maggio 2013

Copyright © 2013

Federazione Nazionale Pensionati FNP Cisl Toscana, Fondazione «E. Zancan» Onlus
Centro Studi e Ricerca Sociale

INDICE

PRESENTAZIONE	p. 5
INTRODUZIONE	» 7
CAPITOLO 1. MODELLI DI GOVERNANCE E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	» 9
CAPITOLO 2. LA RILEVAZIONE SUI PUNTI INSIEME	» 13
La diffusione territoriale dei Punti Insieme	» 13
Copertura oraria settimanale	» 14
L'accessibilità	» 15
L'informazione dentro e fuori i Punti Insieme	» 16
L'attenzione alla persona e la tutela della riservatezza	» 18
Le risorse umane dedicate	» 18
CAPITOLO 3. LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM) E LA PRESA IN CARICO ORDINARIA	» 21
L'istituzione delle UVM	» 21
La composizione delle UVM	» 22
L'attività delle UVM	» 26
La provenienza delle domande	» 28
Le risposte ai bisogni: istanze valutate, piani di assistenza realizzati, interventi erogati	» 29
I tempi di risposta	» 35
CAPITOLO 4. LA PRESA IN CARICO IN SITUAZIONI DI CRITICITÀ: L'EMERGENZA, L'URGENZA E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	» 37
La presa in carico di emergenze e urgenze	» 38
La continuità assistenziale	» 44

CAPITOLO 5. LA VALUTAZIONE ECONOMICA E LA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA	» 49
Le indicazioni regionali	» 49
L'attuazione zonale della disciplina regionale	» 52
CAPITOLO 6. IL CONFRONTO INTERZONALE	» 58
L'organizzazione dei punti insieme	» 58
Le unità di valutazione multidisciplinare	» 60
La presa in carico ordinaria, in urgenza emergenza, in continuità	» 62
Da una visione frammentata a una visione globale	» 64
CONCLUSIONI E PROSPETTIVE	» 71

PRESENTAZIONE

Il sostegno alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie rappresenta uno degli obiettivi strategici della Fnp, che nel corso degli anni Duemila ha svolto anche in Toscana un ruolo di primo piano nel promuovere il dibattito culturale e politico che ha condotto all'approvazione della legge regionale n. 66 del 2008.

L'impegno della nostra Federazione è proseguito anche negli anni successivi, con la consapevolezza che spesso l'approvazione di una buona legge non rappresenta un punto di arrivo, ma un nuovo punto di partenza.

Con tale consapevolezza abbiamo realizzato e promosso sul territorio una serie di iniziative, che hanno contribuito in maniera significativa a diffondere la conoscenza e l'informazione sui percorsi di assistenza e di sostegno disegnati dalla normativa regionale.

In Toscana, nonostante le difficoltà di tipo economico, i tagli dei trasferimenti e l'azzeramento del Fondo Nazionale, siamo riusciti a mantenere il Fondo regionale per la non autosufficienza.

È evidente, tuttavia, che le risorse sono inadeguate a rispondere ai bisogni dei cittadini non autosufficienti, che nella nostra regione sono circa 80 mila, di cui 40 mila in condizioni gravi.

Il numero di persone non autosufficienti ospitate in strutture si attesta intorno a 16 mila; le altre, come è facile immaginare, sono totalmente o parzialmente a carico delle famiglie.

Quando possibile, la domiciliarità è la risposta migliore; ma questo non deve significare abbandonare le famiglie che, senza un sostegno e un supporto adeguato, rischiano di precipitare in situazioni di dramma sociale ed economico.

Per questo la Fnp è fortemente impegnata affinché si arrivi alla formulazione di una legge nazionale che stabilisca indirizzi comuni e che sviluppi un sistema di finanziamento in grado di offrire risposte sicure e certe a chi purtroppo si trova a vivere questa grave situazione.

A livello regionale continueremo a impegnarci per dare sostegno adeguato alle famiglie che assistono i non autosufficienti, senza le quali il problema avrebbe risvolti e contorni ben più drammatici. In questa direzione la Fnp Toscana si è impegnata in prima persona, attraverso un'intensa attività di informazione, formazione e monitoraggio.

Le pagine che seguono, ricche di contenuti, di stimoli e di indicazioni utili per il confronto con le istituzioni, danno conto solo in parte dell'enorme lavoro svolto.

Per questo, desideriamo ringraziare la Fondazione Zancan, con cui abbiamo condiviso l'idea e la realizzazione di questo progetto "sperimentale"; le istituzioni locali, che con spirito di collaborazione ci hanno fornito gli elementi e i dati su cui abbia-

mo fondato l'analisi; ma soprattutto i coordinatori di zona-distretto, le Segreterie territoriali e tutti i quadri della Fnp Toscana che hanno aderito con entusiasmo al progetto, partecipando attivamente al percorso di formazione e collaborando alla raccolta e all'analisi dei dati.

La battaglia per la non autosufficienza è una battaglia di dignità. E una società che non dà risposte ai più deboli e agli emarginati di dignità rischia di averne ben poca.

Mauro Scotti
Segretario generale Fnp Cisl Toscana

INTRODUZIONE

Nello sviluppo dei sistemi di welfare territoriali la partecipazione degli attori sociali ha un ruolo cruciale, non solo nella rappresentazione dei bisogni e delle istanze dei soggetti deboli, ma anche nel concorso alla determinazione delle priorità, nella attuazione degli interventi e nella loro valutazione. È sempre più evidente, infatti, che le politiche sociosanitarie e il sistema dei servizi si reggono sulla responsabilità congiunta di istituzioni e soggetti della società civile. E se le prime sono titolari delle funzioni di governo e di amministrazione, i secondi sono sempre più parte attiva nella ricerca di risposte ai bisogni del territorio.

Tuttavia, per dare sostanza e contenuti alla partecipazione, evitando che rimanga un fatto meramente formale, occorre che gli organismi che sono espressione della società civile acquisiscano competenze tecniche rispetto ai temi legati al governo dei servizi sociosanitari, alla qualità e all'efficacia delle risposte, alla capacità di lettura dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione.

Queste sono le motivazioni che hanno spinto la *Fnp Cisl Toscana*, in collaborazione con la *Fondazione Zancan*, a realizzare un percorso sperimentale di formazione e ricerca, finalizzato al monitoraggio dei percorsi assistenziali praticati nelle zone-distretto della regione. Sono stati esplorati i percorsi di accesso e presa in carico dei servizi sociosanitari territoriali rivolti agli anziani non autosufficienti residenti in 10 delle 34 zone-distretto della Toscana.

Il percorso di ricerca si è articolato in tre fasi, ognuna delle quali ha avuto l'obiettivo di porre l'attenzione sui tre elementi fondanti il modello disegnato dalla Legge regionale sulla non autosufficienza: i *Punti Insieme*, che hanno la funzione di garantire ai cittadini l'accesso al sistema dei Servizi; le *Unità di Valutazione Multidisciplinare* (UVM), che rappresentano il punto di accoglienza ed elaborazione della risposta al bisogno; i *percorsi di presa in carico* per le persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento alle situazioni di emergenza-urgenza e di continuità assistenziale.

La rilevazione è stata condotta fra ottobre 2012 e maggio 2013. Per lo svolgimento delle attività di ricerca è stato coinvolto un gruppo di referenti territoriali della FNP Cisl Toscana che, utilizzando strumenti e modalità di indagine condivisi, hanno curato la rilevazione nelle proprie zone di residenza, interfacciandosi con i referenti istituzionali responsabili dei servizi.

Il quadro restituito dall'indagine, di cui diamo conto nelle pagine che seguono, offre una prospettiva interessante e innovativa rispetto all'attuazione della legge regionale n. 66 del 2008 e consente al sindacato di partecipare più consapevolmente ai processi decisionali, soprattutto in una fase così delicata quale quella che stiamo attraversando.

Capitolo 1

MODELLI DI GOVERNANCE E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLE ZONE COINVOLTE

Il progetto di ricerca si è concentrato su dieci zone-distretto della Toscana, una per ogni provincia. I criteri di scelta delle zone oggetto di sperimentazione sono stati eterogenei e riconducibili a molti e diversi fattori. Fra questi, si segnalano la qualità delle relazioni esistenti fra sindacato e istituzioni e/o l'interesse a crearne di nuove, la rilevanza della zona all'interno della provincia, la volontà della Fnp Cisl Toscana di valorizzare e investire sui gruppi dirigenti locali.

Nella tabella 1.1 sono elencate le zone-distretto oggetto del monitoraggio. Seppure queste rappresentino solo una parte del territorio toscano, si tratta di una parte consistente (quasi un terzo del totale, con una percentuale di abitanti superiore al 40% della popolazione toscana) e offrono uno spaccato interessante della situazione regionale.

Tab. 1.1 - Modelli di *governance* e popolazione residente nelle zone-distretto oggetto di sperimentazione, 2011.

Zona-distretto	Prov.	Governance	Popolazione
Valdarno	AR	Conferenza zonale dei sindaci	95.647
Firenze	FI	Società della salute	371.282
Grossetana	GR	Società della salute	109.334
Bassa Val di Cecina	LI	Società della salute	82.971
Piana di Lucca	LU	Conferenza zonale dei sindaci	164.960
Lunigiana	MS	Società della salute	51.752
Pisana	PI	Società della salute	197.118
Val di Nievole	PT	Società della salute	122.074
Pratese	PO	Società della salute	249.775
Val di Chiana Senese	SI	Società della salute	64.378
<i>Totale popolazione</i>			<i>1.509.291</i>

Fonte: Istat, 2011

Relativamente ai modelli di *governance*, al momento in cui è stata realizzata l'analisi la Società della Salute risultava il modello prevalente, presente in 8 delle 10 zone indagate. Nel Valdarno e nella Piana di Lucca, le competenze in materia di programmazione e organizzazione dei servizi territoriali considerati sono affidate alla Conferenza zonale dei sindaci, ai Comuni e all'Azienda sanitaria locale.

Il sistema istituzionale è indubbiamente una variabile significativa di contesto, motivo per cui è considerata nell'analisi, unitamente alla dimensione organizzativa dei servizi. L'eventuale superamento delle Società della Salute, tuttavia, non incide sugli obiettivi del monitoraggio, che riguardano la ricognizione e la valutazione della capacità di risposta ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti che risiedono nella nostra regione.

Nelle zone-distretto oggetto di sperimentazione risiedono oltre un milione e mezzo di cittadini toscani. Per quanto riguarda gli anziani, e in particolare gli anziani non autosufficienti, che rappresentano la domanda reale e potenziale di accesso ai servizi oggetto dell'indagine, la loro presenza è molto differenziata nelle zone distretto considerate.

La tabella 1.2 riporta il numero di abitanti, degli over 65enni e degli over 75enni per ognuna delle zone-distretto. Come è evidente, gli over 65enni rappresentano una fascia di popolazione molto ampia, corrispondente al 23,7% della popolazione complessiva delle zone. All'interno dei territori considerati la situazione si presenta tutt'altro che omogenea: Prato è la zona più "giovane", con i valori percentuali più bassi degli over 65enni sul totale della popolazione (20,3%); Bassa Val di Cecina, Lunigiana, Val di Chiana Senese e Firenze si caratterizzano per un'incidenza percentuale più elevata della popolazione ultrasessantacinquenne sul totale dei residenti, con valori che si attestano rispettivamente al 29,5%, 28,8%, 25,6% e 25,5%.

Per quanto riguarda la percentuale di ultrasessantacinquenni, che indica la fascia di popolazione a più alta domanda di servizi sociosanitari e a maggior rischio di perdita di autosufficienza, i valori percentuali più elevati si rilevano nella zona della Lunigiana (16,2%), seguita da Val di Chiana Senese (14,1%), Firenze (13,8%) e Bassa Val di Cecina (12,6%). Chiude la graduatoria Prato, con il 10,1% di over 75enni residenti sul totale della popolazione.

Tab. 1.2 - Popolazione residente, over 65enni e over 75enni nelle zone oggetto di sperimentazione. Anno 2011, valori assoluti e incidenza percentuale.

Zona-distretto	Abitanti	Over 65enni	% Over 65enni	Over 75enni	% Over 75enni
Valdarno	95.647	21.191	22,2	10.795	11,3
Firenze	371.282	94.610	25,5	51.119	13,8
Grossetana	109.334	25.094	23,0	12.727	11,6
Bassa val di Cecina	82.971	24.446	29,5	10.469	12,6
Piana di Lucca	164.960	37.234	22,6	18.914	11,5
Lunigiana	51.752	14.928	28,8	8.377	16,2
Pisana	197.118	45.876	23,3	22.933	11,6
Valdinievole	122.074	26.513	21,7	13.564	11,1
Pratese	249.775	50.722	20,3	25.172	10,1
Val di Chiana Senese	64.378	16.496	25,6	9.101	14,1
<i>Totale</i>	<i>1.509.291</i>	<i>357.110</i>	<i>23,7</i>	<i>172.826</i>	<i>11,5</i>

Fonte: elaborazioni su dati Istat, 2011

La tabella 1.3 contiene le stime dell’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana del numero di persone di 65 anni e più in condizione di non autosufficienza, suddivisi per zona-distretto e livello di gravità¹.

Tab. 1.3 - Anziani non autosufficienti per livelli di gravità nelle zone oggetto di sperimentazione. Valori assoluti e incidenza percentuale su over 65enni, 2011.

Zona-distretto	Livelli di non autosufficienza			Totale Non Autosuff.	% Non Autosuff. /over65enni	% Non Auto-suff. Gravi /over 65enni
	Lieve	Moderato	Grave			
Valdarno	531	431	702	1.664	7,9	3,3
Firenze	2.555	2.150	3.569	8.274	8,7	3,8
Grossetana	615	496	803	1.914	7,6	3,2
Bassa Val di Cecina	511	412	668	1.591	6,5	2,7
Piana di Lucca	936	769	1.255	2.960	7,9	3,4
Lunigiana	413	350	586	1.349	9,0	3,9
Pisana	1.131	918	1.500	3.549	7,7	3,3
Val di Nievole	665	541	886	2.092	7,9	3,3
Pratese	1.244	1.005	1.630	3.879	7,6	3,2
Val di Chiana						
Senese	431	357	576	1.364	8,3	3,5
Totale	9.032	7.429	12.175	28.636	8,0	3,4

Fonte: stime ARS Toscana, 2011; dati Istat 2011

La stima regionale valuta la presenza nelle 10 zone-distretto considerate di oltre 28 mila anziani non autosufficienti, di cui il 43% in condizioni gravi. A livello zonale, i valori più alti, in termini assoluti, si registrano a Firenze (oltre 8 mila persone), a Prato (quasi 3.900) e a Pisa (3.549); quelli più contenuti in Lunigiana e Val di Chiana Senese (poco più di 1.300).

È però l’incidenza percentuale che aiuta a comprendere meglio il “peso” della popolazione non autosufficiente nelle singole zone: le percentuali più elevate si registrano in Lunigiana (9%) e a Firenze (8,7%). Il valore più contenuto si osserva in Bassa Val di Cecina dove, a fronte di un’alta presenza di anziani, sono relativamente pochi coloro che risultano non autosufficienti (solo il 6,5%). Le zone con comuni

¹ La stima dei livelli di non autosufficienza è stata realizzata tenendo conto della scala ADL dell’MDS-HC (*Minimum Data Set – Home Care*) che valuta, su un intervallo da 0 a 4 (indipendente; supervisione; assistenza leggera; assistenza pesante; assistenza totale), la necessità di assistenza dell’anziano rispetto a 7 attività (vestirsi, igiene personale, uso del WC, spostamenti in casa, trasferimenti, mobilità nel letto, alimentazione). L’anziano è classificato non autosufficiente lieve se necessita di assistenza totale in almeno due attività o di assistenza lieve in più di due attività. Vengono classificati come non autosufficienti moderati gli anziani che necessitano di assistenza totale in almeno tre attività o di assistenza lieve in un numero maggiore di attività. Il non autosufficiente grave, infine, è invece una persona che ha mediamente un elevato bisogno di assistenza in tutte le attività considerate. Per le modalità di stima e di classificazione dei livelli di gravità si veda ARS Toscana, “*Il profilo di salute degli anziani in Toscana*”, 2012.

capoluogo (Pisana, Grossetana e Pratese) si allineano in una fascia medio-bassa di riferimento.

Spostando l'attenzione ai non autosufficienti in condizione di gravità, i dati riportati nell'ultima colonna della tabella 1.3 mostrano come l'incidenza percentuale sugli anziani residenti si mantenga elevata in Lunigiana (3,9%) e a Firenze (3,8%). Il valore più contenuto si conferma quello della Bassa Val di Cecina (2,7%), mentre nelle altre zone è compreso fra il 3,2% della zona Pratese e della zona Grossetana e il 3,5% della Val di Chiana Senese.

Capitolo 2

LA RILEVAZIONE SUI PUNTI INSIEME

La legge regionale sulla non autosufficienza assegna ai Punti Insieme una funzione strategica, quella cioè di garantire l'accesso al sistema dei servizi. Secondo quanto previsto dalla normativa, infatti, i Punti Insieme dislocati sul territorio regionale devono garantire l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione di non autosufficienza e assicurare che, entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivide con l'interessato e i suoi familiari².

Vista la rilevanza che i Punti Insieme rivestono all'interno dell'architettura disegnata dalla legge regionale sulla non autosufficienza, l'indagine ne ha esplorato diverse dimensioni. In primo luogo si è proceduto a verificare e aggiornare le informazioni sui Punti Insieme in termini di sedi, indirizzi, recapiti telefonici e indirizzi mail, orari e giorni di apertura. Per ogni sede di Punto Insieme, inoltre, sono state rilevate le principali caratteristiche del presidio relativamente ad accessibilità, attenzione alla persona e tutela della riservatezza, disponibilità di materiale informativo aggiornato sugli interventi disponibili e sulle modalità di accesso.

Si è proceduto infine ad acquisire informazioni sulle risorse umane dedicate all'attività dei Punti Insieme in termini qualitativi e quantitativi, rilevando il numero complessivo di operatori presenti, i profili professionali, la formazione specifica realizzata per le risorse umane impegnate nel servizio.

I dati presentati nelle pagine che seguono fotografano la situazione al momento dell'indagine (ottobre 2012). Nei mesi successivi sono state rilevate variazioni, talvolta anche significative, nella presenza, nella copertura oraria e nella dotazione di risorse umane del servizio.

LA DIFFUSIONE TERRITORIALE DEI PUNTI INSIEME

Se i Punti Insieme rappresentano la porta di accesso al sistema, il primo aspetto su cui soffermare l'attenzione riguarda la loro diffusione sul territorio. La situazione si presenta eterogenea, come sintetizzato nella tabella 2.1 dove, per ognuna delle

² La legge regionale n. 66 del 2008, all'articolo 10 comma 1, recita: "A livello zonale, anche in relazione a particolari caratteristiche del territorio, sono istituiti presidi, denominati «punti insieme» che assicurano l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione di non autosufficienza. I punti insieme assicurano, altresì, che entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza di cui all'art. 9, la UVM presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivide con la persona interessata e i suoi familiari".

dieci zone-distretto, è indicato il numero di comuni che compongono la zona, il numero di Punti Insieme presenti sul territorio e il rapporto fra Punti Insieme e over 75enni, che costituiscono una buona approssimazione della domanda potenziale di accesso al sistema dei servizi.

I 71 Punti Insieme si distribuiscono in modo molto diverso. In alcune zone è presente un Punto Insieme per ciascuno dei comuni in cui si articola la zona o, addirittura, più di un Punto per comune. È il caso della zona Grossetana, della Piana di Lucca, della zona Pratese, del Valdarno e della Val di Chiana Senese. In altre zone, i Punti Insieme sono presenti solo in alcuni dei comuni, come nella Bassa Val di Cecina, in Lunigiana, nella zona Pisana e in Valdinievole. La zona di Firenze, infine, rappresenta un caso sui generis, tenendo conto delle sue dimensioni demografiche e dell'architettura amministrativa: all'interno dei confini comunali sono presenti cinque Punti Insieme, uno per ogni quartiere.

Il quadro si presenta altrettanto eterogeneo spostando l'attenzione al rapporto fra anziani over 75enni e Punti Insieme. I valori più contenuti dell'indicatore si osservano nella Piana di Lucca (659 anziani per Punto insieme), in Val di Chiana Senese (910) e nel Valdarno (1.080). I valori più elevati si registrano in Valdinievole (4.521), nella zona Pisana (4.587 anziani per Punto insieme) e, soprattutto, a Firenze che ha un valore superiore alle 10 mila persone anziane per Punto Insieme.

Tab. 2.1 - Diffusione e grado di copertura dei Punti Insieme per zona-distretto.

Zona-distretto	Numero Comuni	Numero Punti Insieme	Over 75enni residenti per Punto Insieme
Valdarno	10	10	1.080
Firenze	1	5	10.224
Grossetana	6	6	2.121
Bassa val di Cecina	10	3	3.490
Piana di Lucca	7	13	659
Lunigiana	13	7	1.197
Pisana	9	5	4.587
Valdinievole	11	3	4.521
Pratese	7	9	2.797
Val di Chiana Senese	10	10	910
<i>Totale</i>	<i>84</i>	<i>71</i>	<i>2.400</i>

Fonte: elaborazioni su dati Istat 2011 e indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

LA COPERTURA ORARIA SETTIMANALE

Nei 71 Punti Insieme oggetto della rilevazione il *numero di ore settimanali* in cui viene erogato il servizio è compreso fra 1 e 32, per una media di 8 ore settimanali. Uno dei Punti Insieme funziona solo su appuntamento.

La distribuzione per *classi orarie* evidenzia che oltre il 44,3% dei Punti Insieme è aperto fino a 4 ore settimanali; il 24,3% da 5 a 8 ore settimanali; il 15,7% da 9 a 15 ore e il 15,7% oltre 15 ore settimanali.

Tab. 2.2 - Punti Insieme per numero di ore di apertura settimanali(*). Valori assoluti e composizione percentuale.

Fasce orarie di apertura	Punti Insieme	Valore %
Fino a 4 ore settimanali	31	44,3
5-8 ore settimanali	17	24,3
9-15 ore settimanali	11	15,7
Oltre 15 ore settimanali	11	15,7
<i>Totale</i>	<i>70</i>	<i>100,0</i>
Dato medio	8 ore	

Fonte: elaborazioni su dati Istat e indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Uno dei Punti Insieme è aperto solo su appuntamento

Relativamente al numero di giorni di apertura settimanali, al momento dell'indagine il 42,9% dei Punti Insieme era aperto un solo giorno alla settimana, il 24,3% due giorni, il 2,8% tre giorni e il 22,9% cinque giorni. Il 7,1% dei Punti Insieme, infine, garantiva una copertura di sei giorni alla settimana. Il dato medio di giorni di apertura si attesta a due giorni e mezzo a settimana.

Tab. 2.3 - Punti Insieme per numero di giorni di apertura settimanali(*). Valori assoluti e composizione percentuale.

Giorni di apertura	Punti Insieme	Valore %
1 giorno alla settimana	30	42,9
2 giorni alla settimana	17	24,3
3 giorni alla settimana	2	2,8
4 giorni alla settimana	-	-
5 giorni alla settimana	16	22,9
6 giorni alla settimana	5	7,1
<i>Totale</i>	<i>70</i>	<i>100,0</i>
Dato medio	2,6 giorni	

Fonte: elaborazioni su dati Istat e indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Uno dei Punti Insieme è aperto solo su appuntamento

L'ACCESSIBILITÀ

L'indagine ha esplorato l'accessibilità dei Punti Insieme in termini di localizzazione sul territorio, presenza di barriere architettoniche per accedere agli uffici e possibilità di raggiungere gli uffici con mezzi pubblici e/o con mezzi privati.

Per quanto riguarda la *localizzazione*, oltre l'87% delle strutture è situata in zone centrali, il 12,7% in aree periferiche.

All'interno degli edifici, oltre il 46% dei Punti Insieme si trova al piano terra, il 49% ai piani superiori. In 3 casi gli uffici dedicati alle attività di accoglienza sono collocati sia al piano terra che al piano superiore.

Tab. 2.4 - Localizzazione territoriale e ubicazione dei Punti Insieme. Valori assoluti e composizione percentuale.

	Punti Insieme	Valore %
Localizzazione territoriale		
Centro	62	87,3
Periferia	9	12,7
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>
Ubicazione		
Piano terra	33	46,5
Piani superiori	35	49,3
Altro	3	4,2
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

L'indagine rileva la presenza di barriere fisiche all'accesso in 12 dei 71 Punti. In alcuni casi si segnala l'assenza di ascensore, in altri l'esistenza di percorsi particolarmente complessi e tortuosi per accedere agli uffici, in altri ancora la presenza di gradini o altri ostacoli, che rendono complicato l'accesso a chi ha problemi di deambulazione.

Tab. 2.5 - Punti Insieme per presenza/assenza di barriere architettoniche. Valori assoluti e composizione percentuale.

	Punti Insieme	Valore %
Si	12	16,9
No	59	83,1
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Per quanto riguarda infine la *raggiungibilità*, oltre il 97% dei Punti Insieme si raggiunge con i mezzi privati. Nel 66,2% dei casi è presente un parcheggio nelle vicinanze, quasi sempre a pagamento, dove è possibile lasciare l'auto.

La percentuale di Punti Insieme raggiungibili con i mezzi pubblici si abbassa, mantenendosi comunque su valori elevati (intorno al 70%). La distanza dalla fermata più vicina è contenuta, non andando oltre i 200 metri. In merito, tuttavia, l'indagine evidenzia non tanto un problema di distanza fra la fermata e il Punto Insieme, quanto di frequenza del servizio, che non raramente risulta del tutto incompatibile con gli orari di apertura.

L'INFORMAZIONE DENTRO E FUORI I PUNTI INSIEME

Per la funzione svolta, quella cioè di accesso al sistema, è necessario che i Punti Insieme abbiano la massima visibilità. Un ruolo importante per la comunicazione

verso l'esterno è svolto dai siti istituzionali, sia quello della Regione Toscana che quello delle singole zone-distretto.

Le informazioni contenute all'interno del sito della Regione Toscana - all'indirizzo <http://regione.toscana.it/puntoinsieme> - hanno rappresentato il punto di partenza per la rilevazione. In merito, una prima criticità emersa riguarda la mancata corrispondenza tra le informazioni fornite a livello regionale e le realtà territoriali. In tre zone-distretto i Punti Insieme segnalati dalla Regione non coincidono con la situazione effettiva: non esistono più o ne sono stati creati di nuovi. È il caso della zona Grossetana, della Piana di Lucca e della zona Pisana. Per la metà dei Punti Insieme, inoltre, esiste una discrepanza fra giorni e orari di apertura segnalati sulla brochure regionale (online al momento in cui è stata realizzata l'indagine) e l'effettiva organizzazione del servizio.

Un altro canale importante per informare gli utenti è rappresentato dai siti istituzionali locali. Come sintetizzato nella tabella 2.6, tutte le zone dispongono di un sito internet (quello della Società della Salute o quello della Asl), ma non è scontato che le informazioni sui Punti Insieme siano presenti e abbiano una buona visibilità all'interno del sito. In sei zone-distretto le informazioni sui Punti Insieme (a cosa servono, dove sono, quando sono aperti) sono ben visibili in home page; nelle altre non sono presenti o all'interno del sito hanno una collocazione tale da renderle non facilmente accessibili.

Per quanto riguarda, infine, il materiale informativo all'interno dei Punti Insieme, risulta disponibile nel 67,6% dei casi. Si tratta di totem informativi, opuscoli e brochure realizzati a livello locale o dalla Regione. Nella zona del Valdarno, in Lunigiana, in Valdinievole, nella Pratese e in Valdichiana Senese il materiale informativo è disponibile in tutti i Punti Insieme. Nella zona di Firenze, nella Grossetana, nella Bassa Val di Cecina e nella zona Pisana la disponibilità di materiale è stata rilevata solo in alcune sedi. In nessuno dei Punti Insieme della Piana di Lucca, infine, era disponibile materiale informativo al momento in cui è stata realizzata l'indagine.

Tab. 2.6 - Informazioni sui Punti Insieme sui siti istituzionali, coerenza con le informazioni di fonte regionale e disponibilità di materiale informativo nelle sedi.

Zona-distretto	Informazioni online (sito istituzionale)	Coerenza con le fonti regionali	Materiale informativo in sede
Valdarno	Sì	80%	100%
Firenze	Sì	40%	20%
Grossetana	Sì	50%	67%
Bassa val di Cecina	Sì	0%	33%
Piana di Lucca	Non accessibile	46%	0%
Lunigiana	Sì	57%	100%
Pisana	Non accessibile	20%	60%
Valdinievole	Non accessibile	0%	100%
Pratese	Non accessibile	33%	100%
Val di Chiana Senese	Sì	73%	100%

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

L'ATTENZIONE ALLA PERSONA E LA TUTELA DELLA RISERVATEZZA

L'indagine, dopo aver esplorato il grado di accessibilità dei Punti Insieme, si è soffermata ad analizzare il modo in cui viene curata la relazione con gli utenti, con riferimento all'attenzione prestata alla persona e alla tutela della privacy e della riservatezza di coloro che si rivolgono allo sportello.

Nella quasi totalità dei Punti Insieme, la zona di attesa è separata da quella di ricevimento (69 su 71 casi) e si riscontra un livello elevato di attenzione alla privacy degli utenti: in 67 Punti Insieme, infatti, sono presenti misure per tutelarne la riservatezza. La misura più frequente è la separazione fisica degli spazi di attesa da quelli in cui si svolgono i colloqui.

Tab. 2.7 - Punti Insieme per presenza di misure a tutela della privacy.

Misure considerate	Valore assoluto	Valore percentuale
Zona di attesa separata dalla zona ricevimento		
Sì	69	97,2
No	2	2,8
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>
Presenza altre misure per la tutela della privacy		
Sì	67	94,4
No	4	5,6
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

LE RISORSE UMANE DEDICATE³

Un ultimo elemento su cui soffermare l'attenzione riguarda la dotazione dei Punti in termini di quantità e qualità delle risorse umane. Relativamente alla composizione percentuale, nel 47,9% dei Punti Insieme è presente un solo operatore, nel 26,8% sono presenti due operatori, nel 14,1% tre operatori, nell'11,3% quattro o più operatori. In ogni Punto Insieme sono presenti, mediamente, 2,1 operatori.

Tab. 2.8 - Punti Insieme per numero di operatori presenti. Valori assoluti e composizione percentuale.

Numero operatori	Punti Insieme	Valore percentuale
1 operatore	34	47,9
2 operatori	19	26,8
3 operatori	10	14,1
4 operatori	3	4,2
5 operatori	2	2,8
6 operatori	1	1,4

³ Come abbiamo ricordato in apertura, i dati fotografano la situazione al momento della rilevazione (ottobre 2012).

Numero operatori	Punti Insieme	Valore percentuale
8 operatori	2	2,8
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>
Dato medio	2,1	

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Oltre alla dimensione quantitativa, l'indagine ha ricostruito il profilo professionale degli operatori impegnati nei Punti Insieme: gli assistenti sociali rappresentano la quota più consistente e pesano per il 56,8% sul totale delle risorse umane. Poco meno di un quinto degli operatori (il 19,2%) è rappresentato da personale amministrativo; segue il personale sanitario (infermieri e OS), che pesa per il 17,8%, e, infine, le altre tipologie (fra cui volontari e lavoratori socialmente utili), che coprono il 6,2% del totale.

Tab. 2.9 - Operatori presenti nei Punti Insieme per profilo professionale. Valori assoluti e composizione percentuale.

Profili professionali	Valore assoluto	Valore percentuale
Assistenti sociali	83	56,8
Personale amministrativo	28	19,2
Personale sanitario (infermieri, OS ecc.)	26	17,8
Altro (volontari e lavoratori social. utili)	8	6,2
<i>Totale</i>	<i>146</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl-Fondazione E. Zancan, 2012

Incrociando numero e tipologia di operatori, si evidenzia che il 47,9% dei Punti Insieme è mono-professionale, ovvero presenta un'unica tipologia di figura professionale tra quelle sopra richiamate. Nel 52,1% dei casi, invece, all'interno dei Punti convivono profili e competenze diverse.

Tab. 2.10 - Punti Insieme per composizione professionale. Valori assoluti e composizione percentuale.

	Valore assoluto	Valore percentuale
Mono-professionali	34	47,9
Multi-professionali	37	52,1
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

L'indagine ha rilevato una particolare attenzione alla formazione degli operatori: nella quasi totalità dei Punti Insieme (65), infatti, sono stati realizzati interventi formativi specifici per facilitare l'ascolto e l'accoglienza degli utenti. Si rileva tuttavia come in sei dei Punti Insieme oggetto dell'indagine non è stata realizzata alcuna formazione per gli operatori.

Tab. 2.11 - Punti Insieme che hanno realizzato interventi formativi per i propri operatori. Valori assoluti e percentuali.

	Valore assoluto	Valore percentuale
Nessuna formazione	6	8,5
Formazione specifica (ascolto e accoglienza utenti)	65	91,5
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Per quanto concerne il tipo di formazione, nel 50,8% dei Punti Insieme gli interventi formativi sono stati realizzati in fase di avvio del servizio; nel 33,8% la formazione prevede aggiornamenti periodici; nel 30,8% la formazione destinata agli operatori è permanente.

Tab. 2.12 - Tipologia di formazione realizzata per gli operatori dei Punti Insieme. (risposta multipla). Valori assoluti e percentuali.

	Valore assoluto	Valore percentuale
In fase di avvio del servizio	33	50,8
Formazione permanente	22	33,8
Formazione con aggiornamenti periodici	22	30,8

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Capitolo 3

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E LA PRESA IN CARICO ORDINARIA

La normativa regionale sulla non autosufficienza prevede che il bisogno dei cittadini e dei loro familiari trovi accoglienza in un luogo deputato alla valutazione e alla predisposizione delle risposte necessarie.

Tale luogo è rappresentato dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare che, secondo quanto previsto dall'art. 11 della legge regionale n. 66 del 2008, ha come compiti la *valutazione* del bisogno del richiedente e la verifica dell'esistenza delle condizioni per l'attivazione del fondo; la definizione e la condivisione del *piano di assistenza personalizzato* con l'interessato e i suoi familiari e la verifica degli obiettivi ivi contenuti, procedendo, se necessario, alla rivalutazione delle condizioni di bisogno.

All'interno dell'architettura delineata dalla legge regionale l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) svolge quindi un ruolo cruciale nella valutazione del bisogno e nella progettazione della risposta del sistema. Per questo motivo, dopo aver indagato i Punti Insieme, la ricerca si è focalizzata sulle caratteristiche e sulle performances delle Unità di Valutazione Multidisciplinari presenti nelle 10 zone distretto oggetto dell'indagine.

Nei mesi novembre e dicembre 2012 è stato somministrato ai responsabili delle UVM un questionario che ha indagato la genesi, le caratteristiche strutturali e le modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione.

I risultati della rilevazione sono presentati nelle pagine che seguono. Anche in questo caso abbiamo scelto di presentare i dati utilizzando come chiave di lettura il confronto territoriale, con la consapevolezza che le differenze che emergono vanno lette tenendo conto della diversità esistente nelle zone circa la composizione demografica, la conseguente domanda potenziale ed effettiva, i diversi assetti organizzativi e gestionali.

L'ISTITUZIONE DELLE UVM

Le UVM delle zone-distretto oggetto della sperimentazione sono state istituite tutte entro il 2009, nei tempi di attuazione previsti dalla legge regionale⁴.

⁴ Nel caso della zona Grossetana, la Delibera istitutiva risulta ancora quella adottata nel 2006, ritenuta coerente con quanto previsto dalla normativa regionale del 2008. Nelle altre zone invece, anche se le UVM erano già istituite in attuazione della delibera regionale DGRT n. 402 del 2004, nel corso del 2009 sono state adottate deliberazioni attuative della legislazione regionale successiva.

Per quanto riguarda il tipo di atto istitutivo, la legge regionale n. 66 del 2008, all'articolo 11 secondo comma, stabilisce che "la UVM è costituita con atto del responsabile di zona di cui all'art. 10, comma 2, sulla base delle competenze previste dall'articolo 64 della l.r. 40/2005".

Come si vede dalla tabella 3.1, l'UVM è stata istituita in quasi tutte le zone considerate dal Direttore della Società della Salute/dal Responsabile di zona, ad eccezione di alcuni casi, in cui l'atto istitutivo e le successive modifiche sono state adottate dalla Giunta esecutiva della Sds e dal Direttore Generale della Asl.

Tab. 3.1 - UVM per tipo di atto e data di istituzione nelle 10 zone-distretto.

Zona-distretto	Data di istituzione	Tipo di atto
Valdarno	2009	Provvedimento Responsabile Zona-Distretto
Firenze	2009	Provvedimento Direttore SdS
Grossetana	2006	Deliberazione del Direttore Generale Asl
Bassa Val di Cecina	2009	Provvedimento Responsabile di Zona
Piana di Lucca	2009	Delibera del Direttore generale
Lunigiana	2009	Delibera di Giunta SdS
Pisana	2009	Provvedimento del Direttore SdS
Val di Nievole	2009	Determina Direttore SdS
Pratese	2009	Delibera di Giunta SdS
Val di Chiana Senese	2009	Delibera Direttore Generale

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

LA COMPOSIZIONE DELLE UVM

La normativa regionale, all'articolo 11 comma 1 della legge regionale n. 66 del 2008, stabilisce la composizione minima dell'unità di valutazione multidisciplinare, prevedendo la partecipazione alle attività di un medico di distretto, di un assistente sociale e di un infermiere professionale.

La legge prevede che il responsabile di zona assegni il coordinamento della UVM ad uno dei membri (art. 11, comma 3). Come sintetizzato in tabella, in tutte le zone, ad eccezione della zona Pisana, dove è incaricato l'assistente sociale, il responsabile dell'UVM è il medico.

Un secondo elemento che emerge dall'indagine - e su cui vale la pena soffermare l'attenzione - riguarda la *specializzazione dei medici* presenti all'interno delle UVM. In particolare, si rileva la netta prevalenza di specializzazioni in medicina territoriale, di comunità e igiene pubblica, a fronte di due soli casi, quello della zona Grossetana e della Lunigiana, in cui il medico responsabile dell'UVM ha una specializzazione attinente alle tematiche della non autosufficienza⁵. Tuttavia, la presenza di

⁵ Il Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente (DGRT n. 370 del 2010) individua nel geriatra una figura professionale fondamentale per la presa in carico della persona anziana: il geriatra "è in grado di orientare e facilitare la valutazione multidimensionale e di garantire

professionalità specifiche viene in parte recuperata, come evidenziato di seguito, nelle componenti integrative dell'UVM.

Tab. 3.2 - Qualifica professionale del Responsabile dell'UVM nelle 10 zone-distretto.

Zona-distretto	Qualifica	Specializzazione
Valdarno	Medico	Attività sanitaria di comunità
Firenze	Medico	Organizzazione dei servizi sanitari di base
Grossetana	Medico	Geriatra
Bassa Val di Cecina	Medico	Medicina di Comunità
Piana di Lucca	Medico	Igiene e sanità pubblica
Lunigiana	Medico	Geriatra
Pisana	Assistente Sociale	Responsabile Servizi alla persona anziana
Val di Nievole	Medico	Igiene e sanità pubblica
Pratese	Medico	Igiene e sanità pubblica
Val di Chiana Senese	Medico	Attività sanitaria di comunità

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Relativamente alla *composizione dell'UVM*, la normativa regionale stabilisce che “la UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione” e prevede che “in relazione ai casi in esame, è inoltre integrata dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari; la UVM può ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari e riceverne memorie scritte”.

Nell'ambito delle possibilità offerte dalle prescrizioni regionali e nel rispetto degli standard minimi, le scelte operative effettuate nelle zone sono assai diverse fra loro, per qualità e quantità del ricorso alle componenti ‘facoltative’.

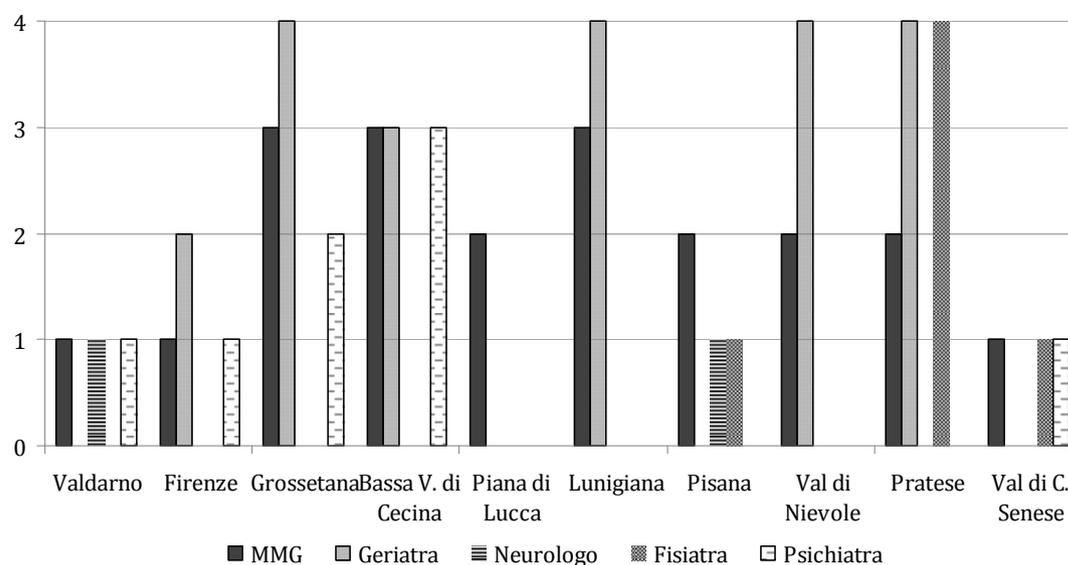
Nella figura 3.1 sono indicati, per ciascuna zona-distretto, *i componenti aggiuntivi* che partecipano alle attività dell'UVM e l'intensità della loro partecipazione. Il grado di partecipazione è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre.

I dati disponibili evidenziano modalità di funzionamento diverse: alcune UVM hanno strutture più leggere di altre, che invece possono contare su una maggiore varietà di figure professionali. Il medico di medicina generale è sempre presente, anche se l'intensità della sua partecipazione è molto variabile: partecipa ‘spesso’ alle attività di valutazione nella zona Grossetana, in Lunigiana e in Bassa Val di Cecina; ‘talvolta’ nella zona della Piana di Lucca, in Val di Nievole e nella zona Pratese; ‘raramente’ nel Valdarno, a Firenze e nella Val di Chiana Senese.

l'inquadramento complessivo delle condizioni di bisogno attraverso la definizione delle reciproche relazioni di tutte queste variabili”, tanto da prevedere che “è necessario che in ogni Azienda USL sia attivata una struttura organizzativa di Geriatria, che possa esplicare la propria funzione di raccordo fra Ospedale e Territorio”.

Le differenze nella presenza e nell'intensità di partecipazione riguardano anche gli altri professionisti: il geriatra partecipa sempre alle attività dell'UVM in Val di Nievole e nella zona Pratese (e, come si ricorderà, è il responsabile dell'UVM in Lunigiana e nella zona Grossetana); non è mai presente nella Piana di Lucca, nella zona Pisana, in Val di Chiana Senese e nel Valdarno. Il neurologo partecipa raramente alle attività dell'UVM nel Valdarno e nella zona Pisana, mentre è assente altrove. Il fisiatra è sempre presente nella zona Pratese; raramente nella Pisana e nella Val di Chiana Senese. Lo psichiatra partecipa spesso in Bassa Val di Cecina, talvolta nella zona Grossetana e raramente nel Valdarno, a Firenze e in Val di Chiana Senese. Nella zona Pisana, infine, si rileva come talvolta l'UVM, per lo svolgimento del proprio lavoro, sia integrata da personale amministrativo.

Fig. 3.1 - Presenza e partecipazione dei componenti aggiuntivi nelle UVM delle 10 zone-distretto, 2012.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Il Responsabile UVM nella zona Grossetana e in Lunigiana è un medico geriatra

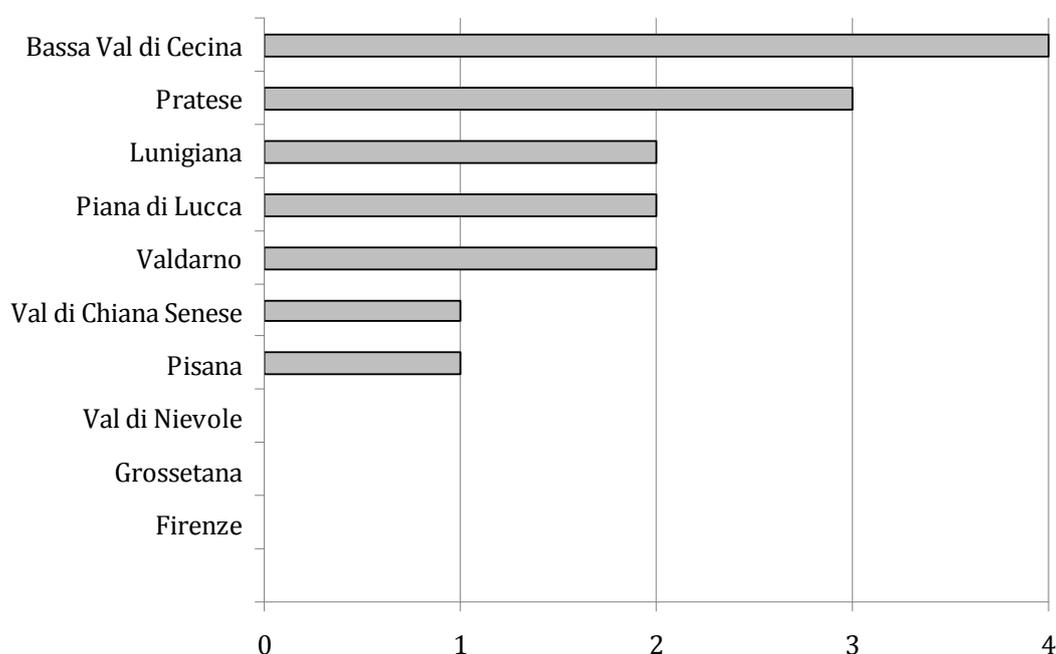
Un altro elemento assai variabile riguarda *il coinvolgimento e la partecipazione dei familiari* alle attività dell'UVM (fig. 3.2). La legge regionale prevede che l'UVM possa "ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari e riceverne memorie scritte" (art. 11, co. 2), lasciando quindi alla singola unità di valutazione e ai soggetti interessati, in base alla specificità del singolo caso, la concreta determinazione del livello di coinvolgimento del paziente e dei familiari. La letteratura scientifica⁶ in materia sottolinea l'importanza di promuovere il coinvolgimento diretto delle persone nella definizione e nella attuazione dei propri percorsi di cura, anche nell'ambito della presa in carico delle persone anziane non au-

⁶ Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; December 2007, <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>).

tosufficienti⁷. La pratica effettiva della partecipazione dell'assistito e dei familiari in questo specifico ambito è sicuramente complessa e ricca di implicazioni problematiche⁸, anche di carattere etico, ma costituisce un importante strumento di qualificazione della presa in carico, che merita di essere considerato.

Anche in questo caso il grado di partecipazione rilevato è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre. I familiari sono 'sempre' presenti in Bassa Val di Cecina; partecipano 'spesso' nella zona Pratese, 'talvolta' in Lunigiana, Piana di Lucca e Valdarno; 'raramente' in Val di Chiana Senese e nella zona Pisana. Non sono mai presenti alle attività di valutazione effettuate dalle UVM della zona di Firenze, della Grossetana e della Val di Nievole.

Fig. 3.2 - Presenza e partecipazione dei familiari alle attività dell'UVM delle 10 zone-distretto, 2012.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Per completare il quadro relativo alla composizione delle UVM delle zone-distretto coinvolte dall'indagine, l'ultimo elemento su cui soffermare l'attenzione riguarda le articolazioni territoriali. In merito, la normativa regionale prevede che "in ogni zona-distretto è costituita una UVM, con eventuali proiezioni nelle singole aree territoriali" (art. 11, comma 2, L.R. 66/2008).

⁷ Salmaso D. e Toffanin R., a cura di (2013), *La continuità delle cure tra ospedale e territorio*, Fondazione Zancan, Padova; Fondazione E. Zancan, a cura di (2007), *Anziani non autosufficienti: prendersi cura di chi si prende cura*, Fondazione Zancan, Padova.

⁸ Questi aspetti sono emersi in sperimentazioni e studi condotti presso servizi rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente: Fondazione E. Zancan, ITIS Trieste, a cura di (2009), *Progetti personalizzati e valutazione di efficacia. Itis nel sistema regionale dei servizi per le persone anziane*, Fondazione Zancan, Padova.

Le informazioni rilevate evidenziano che le UVM hanno articolazioni territoriali attive nella zona Grossetana, in Val di Nievole e nella zona Pratese. Nella zona della Val di Nievole, l'UVM ha due articolazioni territoriali, a Montecatini e a Pescia. Nella zona Pratese le articolazioni territoriali sono quattro e corrispondono alle sedi operative del Distretto. Nella Grossetana, infine, le articolazioni territoriali sono nove, quattro nella città di Grosseto, e una per ognuno degli altri comuni della zona. Come si vedrà nel capitolo sei, le articolazioni territoriali sono in realtà solo una delle variabili che distinguono l'organizzazione e il funzionamento delle UVM nelle dieci zone considerate dal monitoraggio, come definite dai rispettivi regolamenti.

L'ATTIVITÀ DELLE UVM

Come abbiamo osservato in precedenza, la normativa regionale stabilisce la dotazione minima delle Unità di valutazione relativamente ai profili professionali (prevedendo la presenza di un assistente sociale, di un medico e di un infermiere), ma lascia all'autonomia organizzativa dei servizi territoriali la quantificazione del loro impegno.

Uno degli elementi rilevati dall'indagine riguarda il *numero di ore settimanali mediamente dedicate* dai diversi professionisti impegnati nel lavoro delle UVM.

I risultati, riportati nella tabella 3.3, evidenziano tre aspetti. In primo luogo, considerando i valori medi relativi alle dieci zone-distretto oggetto di indagine, i professionisti più impegnati all'interno delle UVM sono gli assistenti sociali (23,2 ore settimanali); seguono gli infermieri (22,6 ore settimanali) e, infine, i medici (21,8 ore settimanali).

Un secondo elemento da evidenziare riguarda il fatto che in alcune zone-distretto le ore dedicate dai tre professionisti si equivalgono, in altre no. Come si rileva dal prospetto, l'equivalenza nell'impegno dei tre professionisti è la situazione più diffusa e riguarda il Valdarno, Firenze, la Bassa Val di Cecina, la Lunigiana, la Pisana, la Pratese e la Val di Chiana Senese. Nella Piana di Lucca, in Val di Nievole e nella zona Grossetana, invece, il numero di ore dedicate alle attività valutative nelle UVM da parte dei tre professionisti non è omogeneo. In particolare, per quanto riguarda Lucca, si osserva una presenza molto più assidua dell'assistente sociale (impegnato per 30 ore alla settimana), rispetto all'infermiere (24 ore) e al medico (12 ore). Nel caso della Val di Nievole e della zona Grossetana, per contro, le ore dell'assistente sociale e dell'infermiere (36 ore settimanali) sono lievemente inferiori a quelle del medico (38 ore settimanali).

L'indagine, infine, permette di calcolare il numero di ore complessive di lavoro delle UVM, quale somma dei valori relativi ai singoli professionisti. In merito, si osserva che il valore è profondamente diverso da una zona all'altra. Se, in media, le ore di lavoro per settimana sono 67,5, le zone-distretto che si collocano al di sopra della media sono il Valdarno (72 ore), Firenze (112,5 ore), la zona Grossetana e la Val di Nievole (110 ore). Si collocano invece al di sotto della media relativa alle dieci zone la Bassa Val di Cecina (54), la Piana di Lucca (66), la Lunigiana (30), la Pisana (36), la Pratese (66) e, infine, la Val di Chiana Senese (18).

Tab. 3.3 - Numero di ore settimanali dedicate dai componenti delle UVM e ore totali nelle 10 zone-distretto.

Zona-distretto	Assistente sociale	Infermiere	Medico	Totale ore UVM
Valdarno	24	24	24	72
Firenze	37,5	37,5	37,5	112,5
Grossetana	36	36	38	110
Bassa Val di Cecina	18	18	18	54
Piana di Lucca	30	24	12	66
Lunigiana	10	10	10	30
Pisana	12	12	12	36
Val di Nievole	36	36	38	110
Pratese	22	22	22	66
Val di Chiana Senese	6	6	6	18
Dato medio	23,2	22,6	21,8	67,5

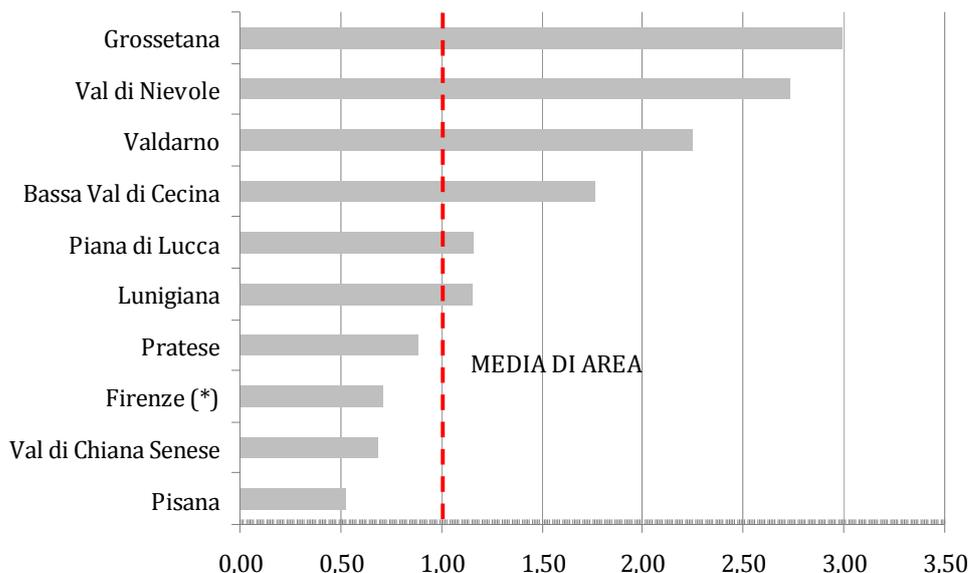
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Il dato è relativo alla media del primo e del secondo semestre

Per comprendere a pieno le differenze, tuttavia, occorre relativizzare il dato che, naturalmente, è fortemente influenzato dalla domanda di assistenza che si rivolge ai servizi e dal numero di casi da trattare.

A questo scopo è stato costruito un indicatore che possa approssimativamente misurare il carico di lavoro delle UVM, rapportando le ore di lavoro alla popolazione anziana non autosufficiente presente nella zona-distretto. È così possibile approssimare il tempo 'teorico' che l'UVM potrebbe dedicare ad ogni potenziale utente.

Fig. 3.3 - Ore lavoro delle UVM nelle 10 zone-distretto per popolazione non autosufficiente anziana residente, 2012.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Il dato è relativo alla media del primo e del secondo semestre

Nella figura 3.3 è rappresentato il carico di lavoro teorico delle UVM nelle 10 zone distretto, ovvero il numero di ore rapportato alla popolazione anziana residente in condizioni di non autosufficienza. Le differenze fra i valori minimi e massimi riscontrati sono piuttosto consistenti, anche fra le zone che hanno una presenza analoga di anziani non autosufficienti, come Valdarno, Bassa Val di Cecina, Lunigiana e Val di Chiana Senese.

Quasi tutte le UVM si riuniscono con la stessa cadenza, cioè una volta alla settimana. Fanno eccezione l'UVM della zona di Firenze che nel corso dell'anno ha modificato la frequenza relativa agli incontri, passando da tutti i giorni nel primo semestre a ogni settimana nel secondo semestre, e l'UVM della zona della Val di Nievole, che si riunisce al bisogno.

Tab. 3.4 - Con quale cadenza si riunisce l'UVM? Dati relativi al 2012.

Zona-distretto	Cadenza
Valdarno	Ogni settimana
Firenze	Ogni settimana (*)
Grossetana	Ogni settimana
Bassa Val di Cecina	Ogni settimana
Piana di Lucca	Ogni settimana
Lunigiana	Ogni settimana
Pisana	Ogni settimana
Valdinievole	Al bisogno
Pratese	Ogni settimana
Val di Chiana Senese	Ogni settimana

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Il dato è relativo secondo semestre dell'anno; nel primo semestre l'UVM si riuniva tutti i giorni

LA PROVENIENZA DELLE DOMANDE

Per valutare la provenienza delle domande e la loro distribuzione tra le diverse fonti, è stato chiesto agli intervistati di classificare le voci proposte secondo una scala di frequenza composta da valori da uno a cinque, dove 1 indica la fonte più frequente e 5 quella meno frequente.

L'indagine evidenzia che le domande hanno in genere una provenienza molto ampia. Se, infatti, si esclude il caso della Piana di Lucca, dove le domande provengono esclusivamente dal Punto Insieme e dall'Ospedale, nelle altre zone si osserva una maggiore distribuzione tra i diversi canali di accesso.

Quanto alle probabilità più elevate, le domande provengono soprattutto dal Punto Insieme che mediamente, in una scala da 1= fonte più frequente a 5=fonte meno frequente, ottiene un punteggio pari a 1,6; seguono, a pari merito, il Servizio sociale (2,1) e l'Ospedale; chiude la graduatoria il medico di medicina generale (3,8). In alcune zone sono segnalate anche altre fonti: altri servizi, infermieri, caregivers e personale volontario che si reca presso il domicilio dell'anziano non autosufficiente.

Anche in questo caso, tuttavia, il dato relativo alle dieci zone non dice molto delle specificità locali e, come si evince dal prospetto (Tab. 3.5), le differenze fra una zona e l'altra sono particolarmente significative. In primo luogo, non tutti gli attori considerati risultano attivi nelle dieci zone: in Piana di Lucca le fonti di provenienza delle domande sono esclusivamente i Punti insieme e l'Ospedale. In alcune zone vi sono situazioni di "pari merito" tra fonti diverse, come nel Valdarno, nella Lunigiana, nella Val di Nievole, nella zona Pratese.

Il Punto insieme è la prima fonte di provenienza delle domande in Valdarno, in Bassa Val di Cecina, in Lunigiana, in Val di Nievole e nella zona Pratese. Il Servizio sociale è al primo posto in Valdarno, in Lunigiana, nella zona Pisana e in Valdichiana Senese. L'Ospedale occupa la prima posizione in graduatoria nella zona Grossetana, nella Piana di Lucca e nella zona Pratese (unitamente al Punto Insieme). A Firenze il canale più frequente di provenienza delle domande risulta essere il PUA (indicato nella voce altro).

Infine, si rileva come ovunque il medico di medicina generale sia una delle fonti meno significative di attivazione delle UVM: ad eccezione della Val di Nievole, dove occupa la seconda posizione in graduatoria, si colloca sempre fra il terzo e il quinto posto.

Tab. 3.5 - Fonte e frequenza di provenienza delle domande alle UVM delle 10 zone-distretto.

Zona-distretto	Punto Insieme	Servizio sociale	Medico medicina generale	Ospedale	Altro
Valdarno	1	1	4	2	-
Firenze	2	3	5	4	1
Grossetana	2	4	3	1	5
Bassa Val di Cecina	1	4	3	2	5
Piana di Lucca	2	-	-	1	-
Lunigiana	1	1	3	2	-
Pisana	3	1	4	2	5
Val di Nievole	1	2	2	2	2
Pratese	1	3	4	1	-
Val di Chiana Senese	2	1	4	3	-
Dato medio	1,6	2,1	3,8	2,2	3,6

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

LE RISPOSTE AI BISOGNI: ISTANZE VALUTATE, PIANI DI ASSISTENZA REALIZZATI, INTERVENTI EROGATI

L'indagine realizzata si è soffermata ad esplorare quantità e tipologia di risposte ai bisogni, raccogliendo informazioni sul numero delle istanze valutate dalle UVM, sui piani di assistenza (PAP) realizzati e, infine, sul numero e sulla tipologia di inter-

venti proposti per soddisfare i bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

Il quadro presentato nel paragrafo si fonda sui dati relativi al 2011 poiché, al momento in cui è stata realizzata l'indagine, non tutte le zone erano in grado di fornire dati relativi all'anno in corso⁹.

La tabella 3.6 contiene, salvo diversa indicazione, le istanze valutate dalle UVM nel 2011 in ognuna delle zone indagate in termini di primi accessi: il dato è misurato come valore assoluto e parametrato alla popolazione anziana non autosufficiente. L'indicatore così calcolato approssima la capacità di 'emersione' della domanda di assistenza espressa dagli anziani non autosufficienti e dalle loro famiglie.

La domanda che si rivolge ai servizi varia in maniera consistente fra una zona e l'altra: a fronte di un valore medio per l'intera area di 990 casi valutati nel corso del 2011, il campo di variazione è compreso fra i 204 casi della Lunigiana e i 3.720 di Firenze, anche se quest'ultimo dato è relativo all'insieme degli accessi, non essendo stato possibile scorporare il dato relativo alle prime istanze.

Considerando il rapporto fra istanze valutate e domanda potenziale di accesso ai Servizi, il dato medio di area si attesta a 34,6, il valore più contenuto si registra nella Lunigiana (15,1) quello più elevato nella Piana di Lucca (53,8).

Tab. 3.6 - Numero di istanze valutate (primi accessi) nel 2011. Valori assoluti e incidenza su popolazione anziana non autosufficiente.

Zona-distretto	Numero istanze	Numero istanze/anziani non autosufficienti residenti(*100)
Valdarno	396	23,8
Firenze	3.720(*)	45,0(*)
Grossetana	839	43,8
Bassa Val di Cecina	614	38,6
Piana di Lucca	1.593	53,8
Lunigiana	204	15,1
Pisana	796	22,4
Val di Nievole	674	32,2
Pratese	816	21,0
Val di Chiana Senese	249(**)	18,3(**)
Dato medio	990	34,6

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Il dato è riferito al 2011 e comprende tutti le istanze, primi accessi inclusi

(**) Il dato fa riferimento al 2012; non è disponibile quello relativo al 2011

La tabella 3.7 riporta il numero di Piani di assistenza personalizzati elaborati nel corso del 2011 nelle zone-distretto oggetto del monitoraggio. In media, i piani realizzati sono stati 820, con valori compresi fra 292 della Bassa Val di Cecina e 1.467 della Piana di Lucca.

⁹ Si ricorda che l'indagine sulle UVM è stata avviata a novembre 2012.

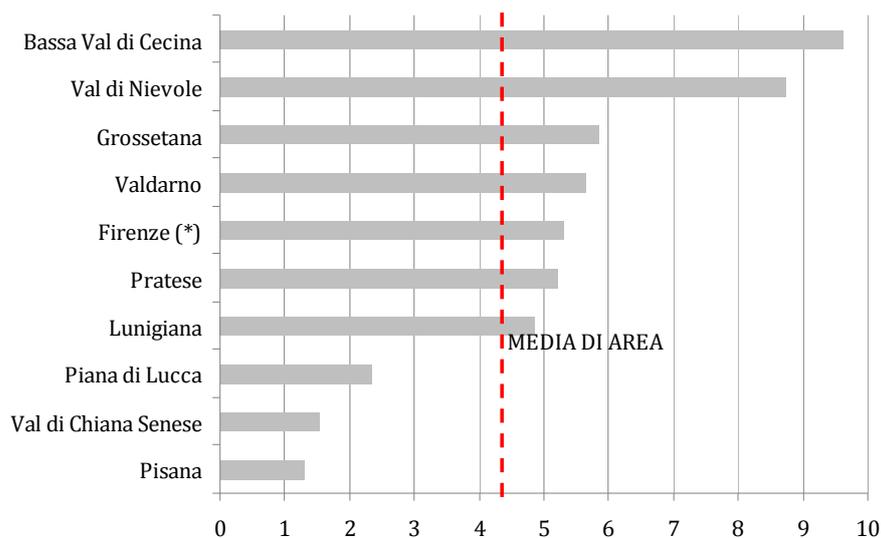
Per permettere il confronto tra le zone, il dato è stato parametrato alla popolazione non autosufficiente residente nella zona. Tale operazione consente di avere una misura approssimativa del livello di risposta delle zone ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente residente. I valori più elevati si registrano nella zona Grossetana (51), nella Piana di Lucca (49,6) e nella Val di Chiana Senese (44,8). Chiudono la graduatoria Bassa Val di Cecina (18,4), zona Pratese (17) e, infine, Firenze (13,3).

Tab. 3.7 - Numero di piani di assistenza personalizzati (PAP) realizzati nel 2011. Valori assoluti e incidenza su popolazione anziana non autosufficiente.

Zona-distretto	Numero PAP	Nr. PAP/anziani non autosufficienti residenti(*100)
Valdarno	665	40,0
Firenze	1.100	13,3
Grossetana	976	51,0
Bassa Val di Cecina	292	18,4
Piana di Lucca	1.467	49,6
Lunigiana	321	23,8
Pisana	1.448	40,8
Val di Nievole	656	31,4
Pratese	659	17,0
Val di Chiana Senese	611	44,8
Dato medio	820	28,6

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Fig. 3.4 - Ore lavoro (*) delle UVM per numero di Pap realizzati (**) nelle 10 zone-distretto.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

(*) Il dato fa riferimento all'anno ed è stato stimato partendo dalla media settimanale rilevata dall'indagine

(**) Il dato relativo ai PAP fa riferimento al 2011

Per avere un altro indicatore approssimativo del carico di lavoro delle UVM è stato rapportato il numero di ore lavoro annue delle UVM nell'anno al numero di PAP realizzati. Il numero medio di ore lavoro delle UVM per la realizzazione di un Piano di assistenza personalizzato risulta pari a 4,3. Come sintetizzato in figura 3.4, i valori oscillano fra le 9,6 ore della Bassa Val di Cecina e le 8,7 della Val di Nievole, e 1,5 e 1,3 di Val di Chiana Senese e zona Pisana. La zona di Firenze si colloca nella parte centrale della graduatoria, poco al di sopra del valore medio di area (4,3).

Un ultimo ambito indagato nel monitoraggio della presa in carico ordinaria riguarda il tipo di risposte contenute nei PAP e offerte dal sistema dei servizi ai cittadini non autosufficienti e alle loro famiglie.

La legge regionale n. 66 del 2008 (art. 7) indica le prestazioni coperte dal fondo per la non autosufficienza individuando cinque ambiti di intervento:

- a) gli interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- b) gli interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali;
- c) gli inserimenti in strutture semiresidenziali;
- d) gli inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
- e) gli inserimenti permanenti in residenza.

La delibera regionale DGRT n. 370 del 2010 ha individuato una "mappa" dell'offerta per le persone non autosufficienti organizzata in base a tre livelli di gravità della persona, cui corrispondono tre combinazioni di interventi assistenziali diversamente graduati, composti da interventi domiciliari, contributi economici, inserimenti in strutture semiresidenziali (centri diurni) e inserimenti in strutture residenziali.

Tab. 3.8 - Prestazioni erogabili per livelli di isogravità del bisogno della persona non autosufficiente coperte dal Fondo Non autosufficienza, Regione Toscana.

Livelli di Isogravità del bisogno	Pacchetti di Servizi	Prestazioni erogabili	Prestazioni garantite dal FNA
Elevato bisogno assistenziale "contestualizzato" con assoluta inadeguatezza ambientale	Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	Retta modulo base permanente/temporaneo Retta modulo decadimento cognitivo Retta modulo stati vegetativi	Contributo per retta
Livelli Isogravità 3-5 con adeguatezza ambientale	Assistenza Domiciliare Diretta/Indiretta	N. ore settimanali assistenza diretta graduate sul livello di isogravità Assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduata sul livello di isogravità	Contributo per n. ore settimanali assistenza diretta graduata sul livello di isogravità Contributo per assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduata sul li-

Livelli di Isogravit� del bisogno	Pacchetti di Servizi	Prestazioni erogabili	Prestazioni garantite dal FNA
Livelli Isogravit� 1-2 con adeguatezza ambientale	Inserimento in CD o CDA	Frequenza CD graduata sul livello di gravit� Frequenza CDA graduata sul livello di gravit�	vello di isogravit� Contributo per retta di frequenza graduata sul livello di gravit�
	Ricovero sollievo RSA	Retta modulo	Contributo per retta modulo
	Assistenza Domiciliare Diretta/Indiretta	N. ore settimanali assistenza diretta graduate sul livello di isogravit� Assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduata sul livello di isogravit�	Prestazioni non coperte dal fondo
	Inserimento in CD o CDA	Frequenza CD graduata sul livello di gravit� Frequenza CDA graduata sul livello di gravit�	
	Ricovero sollievo RSA	Retta modulo	

Fonte: Regione Toscana, Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, DGRT n. 370 del 2010

Gli elementi raccolti attraverso l'indagine consentono di focalizzare l'attenzione su due aspetti interessanti: il primo riguarda la distribuzione delle risposte per tipologia di intervento; il secondo fa riferimento alle specificit  di ciascuna zona in merito alle risposte ai bisogni degli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie.

Come sintetizzato in figura 3.5, le risposte complessivamente erogate nel 2011 si polarizzano su due tipologie di intervento: da un lato gli interventi domiciliari (diretti e indiretti), che pesano per il 45,8% del totale; dall'altro le risposte residenziali (temporanee o permanenti) che rappresentano il 37,7%. I titoli d'acquisto e i contributi economici si attestano al 10,4%; gli inserimenti semiresidenziali rappresentano il 6,5%.

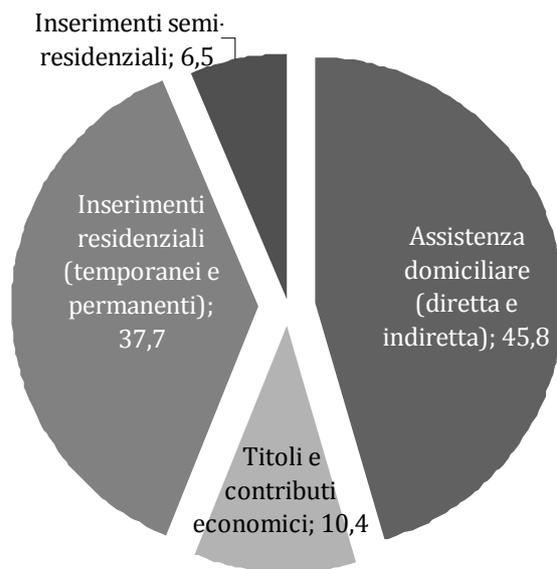
La ripartizione degli interventi pu  essere maggiormente dettagliata nell'ambito delle singole zone, cos  da evidenziare le diverse caratteristiche delle risposte erogate alla popolazione anziana non autosufficiente residente.

In particolare si   scelto di raggruppare gli interventi erogati in due macroaree: una assorbe tutte le tipologie di intervento che sostengono la persona e la famiglia al domicilio (interventi domiciliari diretti e indiretti, contributi economici, inseri-

menti semiresidenziali e di sollievo), l'altra rappresenta gli interventi di tipo residenziale permanente attivati.

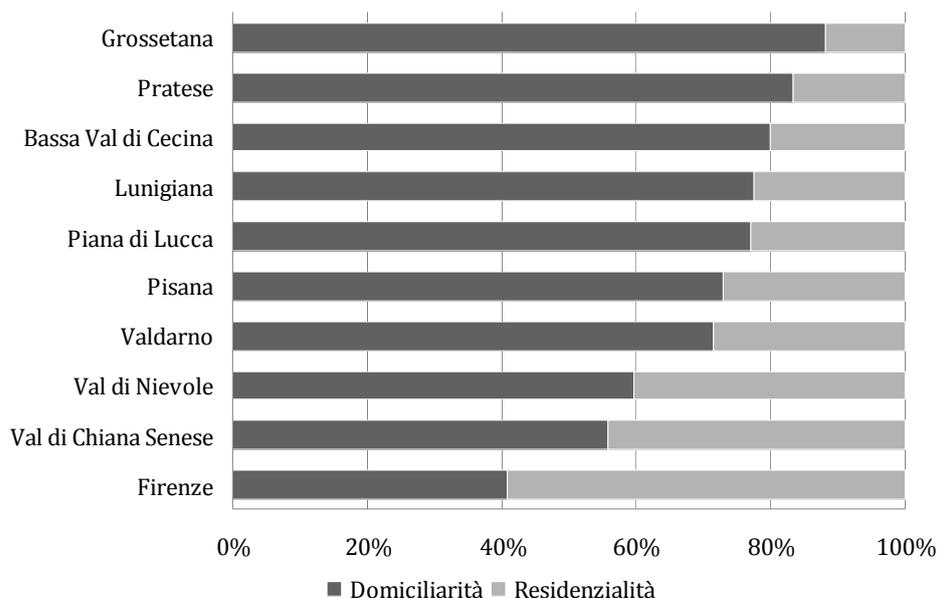
Come si vede dal dettaglio della figura 3.6, la situazione è molto diversificata, con zone in cui l'intervento residenziale è marginale rispetto all'insieme degli interventi per la domiciliarità, e zone dove invece il ricorso agli inserimenti residenziali è molto più significativo.

Fig. 3.5 - Risposte erogate in sede di PAP, totale dieci zone.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

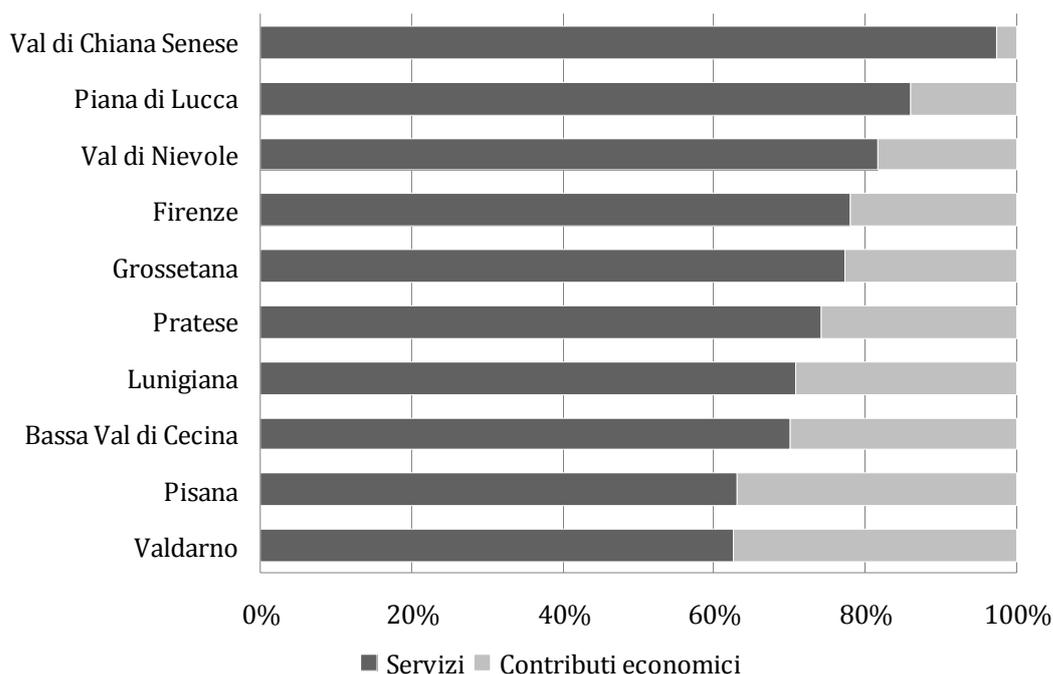
Fig. 3.6 - Risposte per la domiciliarità e inserimenti residenziali, dettaglio zone.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Un ultimo dettaglio disponibile riguarda la composizione degli interventi erogati in termini di erogazioni economiche e servizi riscontrata nelle zone. Come evidenzia il grafico, la prevalenza dell'erogazione dei servizi sulle erogazioni economiche è netta in tutte le zone, anche se con proporzioni molto diverse. Ancora una volta, le specificità locali sono particolarmente significative come evidenziano i due estremi dell'intervallo: da un lato la zona del Valdarno, dove la percentuale di servizi, seppure elevata, si ferma al 62,5%; dall'altro la Val di Chiana Senese, dove si attesta al di sopra del 97%.

Fig. 3.7 - Servizi ed erogazioni economiche, per zona.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

I TEMPI DI RISPOSTA

L'ultimo elemento preso in esame riguarda i tempi di risposta ai cittadini. L'indagine si è soffermata sui tempi di presentazione dei "piani di assistenza personalizzati", sui tempi di attivazione delle risposte e, infine, sulla frequenza media di rivalutazione dei casi.

Per quanto riguarda i tempi di presentazione dei PAP (piani di assistenza personalizzati), in tutte le zone si registra il rispetto di quanto previsto dalla normativa regionale, secondo cui "i punti insieme assicurano, altresì, che entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza di cui all'art. 9, la UVM presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivide con la persona interessata e i suoi familiari" (art. 10, comma 1). Per la zona di Firenze il dato non è disponibile.

Relativamente ai tempi medi di attivazione delle risposte, tutti i territori si collocano nella fascia 'entro 60 giorni'. Anche in questo caso si rileva la coerenza con

quanto previsto dalla normativa regionale, che stabilisce che “la UVM condivide il PAP con la persona assistita o i suoi familiari fissando in sessanta giorni dalla prestazione dell’istanza di cui all’articolo 9 il tempo massimo per l’erogazione della prestazione” (art. 11, comma 5). Per la zona di Firenze il dato non è disponibile. I tempi medi di rivalutazione dei casi, infine, delineano una situazione più eterogenea. Come sintetizzato in tabella 3.12, infatti, i casi vengono rivalutati ogni semestre nella zona Grossetana, nella Piana di Lucca, in Lunigiana, nella Pisana, in Val di Nievole e in Val di Chiana Senese. La cadenza di rivalutazione è annuale nella zona-distretto del Valdarno e nella zona Pratese. A Firenze non esiste una cadenza predeterminata, ma la rivalutazione del caso avviene su istanza del cittadino o per interesse dell’ufficio. Il dato, infine, non è disponibile per la zona della Bassa Val di Cecina.

Tab. 3.10 - Frequenza media di rivalutazione dei casi nel 2012.

Zona-distretto	Tempi medi di rivalutazione
Valdarno	Ogni anno
Firenze	Su istanza del cittadino, per interesse dell’Ufficio
Grossetana	Ogni semestre
Bassa Val di Cecina	Dato non disponibile
Piana di Lucca	Ogni semestre
Lunigiana	Ogni semestre
Pisana	Ogni semestre
Val di Nievole	Ogni semestre
Pratese	Ogni anno
Val di Chiana Senese	Ogni semestre

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Capitolo 4

LA PRESA IN CARICO IN SITUAZIONI DI CRITICITÀ: L'EMERGENZA, L'URGENZA E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Obiettivo dell'ultima fase di indagine è stata l'analisi dei percorsi di presa in carico per le persone anziane non autosufficienti, con particolare riferimento alle situazioni di emergenza-urgenza e di continuità assistenziale.

Sono state individuate queste due specifiche ipotesi di presa in carico perché relative a situazioni che possono interessare la popolazione anziana e che richiedono ai servizi la capacità di attivare risposte immediate, in sinergia con diversi attori del sistema sociosanitario. Si tratta quindi di forme di intervento particolarmente significative della capacità di presa in carico dei servizi territoriali, di cui si è scelto di indagare sia aspetti quantitativi che qualitativi. Per circoscrivere le fattispecie di interesse ai fini dell'indagine e offrire una definizione condivisa delle diverse tipologie di presa in carico considerate, sono state assunte delle definizioni unitarie di 'emergenza urgenza' e di 'continuità assistenziale'.

In particolare, ai fini della ricerca abbiamo considerato di *emergenza* quelle situazioni gravi, impreviste e imprevedibili che possono interessare persone anziane non autosufficienti e metterne a repentaglio l'incolumità fisica e psichica. Abbiamo definito come di *urgenza* quelle situazioni che, per gravità e acuzie, richiedono tempi e modalità di intervento derogatorie rispetto all'accesso ordinario agli interventi. Le situazioni di emergenza o di urgenza possono riguardare sia persone già in carico ai servizi, sia persone non ancora in carico.

La definizione di *continuità assistenziale*, estrapolata dalla programmazione regionale, riguarda invece l'insieme delle azioni e dei servizi che permettono il procedere corretto e tempestivo di un programma assistenziale anche prolungato, attraverso il lavoro di équipe, il coordinamento e l'organizzazione tra le diverse unità coinvolte, il rispetto di protocolli diagnostico-terapeutici concordati, la trasmissione corretta e regolare delle informazioni tra gli operatori coinvolti.

La continuità del percorso di cura e assistenza consente la non interruzione del processo assistenziale quando la persona presa in carico è trattata da più unità operative: da ospedale a domicilio, da ospedale a residenza, da residenza a domicilio ecc.¹⁰

Per ogni modalità di presa in carico sono state rilevate le caratteristiche principali utili a qualificare la capacità di risposta nelle zone oggetto di indagine, attraverso la somministrazione di due questionari ai responsabili delle UVM e la raccolta della documentazione amministrativa che regola i percorsi praticati (regolamenti, pro-

¹⁰ Un tipico e ricorrente esempio di continuità assistenziale sono le dimissioni protette da strutture ospedaliere.

toccoli, accordi ecc.). La rilevazione è stata realizzata fra dicembre 2012 e gennaio 2013.

LA PRESA IN CARICO DI EMERGENZE E URGENZE

In tutte le zone censite sono stati rilevati casi di urgenza/emergenza, pur non essendo disponibile una descrizione dettagliata della casistica più ricorrente, come richiesto dal questionario: la zona Grossetana è l'unica ad aver specificato che le urgenze sono tutte classificate come dimissioni difficili dal presidio ospedaliero di persone anziane non autosufficienti prive di riferimenti familiari (post ricovero o post accesso al pronto soccorso).

In alcune zone è stato fornito anche il numero dei casi verificatisi nell'ultimo anno: Firenze (219 casi di urgenza, 44 casi di emergenza), Lunigiana (4 casi indistinti), Val di Nievole (90 casi indistinti), Pratese (7 casi indistinti), Grossetana (circa 300 casi urgenti). Il tipo di formalizzazione della procedura sembra incidere sulla capacità delle zone di monitorare il fenomeno: come si vedrà tra poco, nelle zone che hanno dato il numero di casi di emergenza-urgenza trattati nell'anno, le procedure sono oggetto di atti specifici (in quattro zone, in due delle quali esistono anche prassi consolidate tra servizi) o esistono prassi consolidate (in una zona).

Uno degli obiettivi del monitoraggio è stato quello di verificare se e come siano definite specifiche procedure per la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti in situazioni di emergenza e urgenza.

In merito, la situazione fra le zone è molto differenziata: esiste un atto formale di definizione delle procedure di emergenza-urgenza nelle zone di Firenze, Lunigiana, Pisana, Val di Nievole, Grossetana. Le tipologie di atto considerate sono eterogenee: protocolli (Grosseto, Val di Nievole), disposizioni regolamentari (Firenze, Lunigiana), delibere di Direttori Generali e disciplinari (Pisana), deliberazioni di Giunta della Società della Salute.

Tab. 4.1 - La formalizzazione delle procedure di gestione della presa in carico in emergenza-urgenza nelle 10 zone-distretto.

Zona-distretto	Atto formale
Valdarno	No
Firenze	x Regolamento SdS di Firenze
Grossetana	x Protocollo ospedale-territorio
Bassa Val di Cecina	No
Piana di Lucca	No
Lunigiana	x Sì, non disponibile
Pisana	Deliberazione del Direttore Generale Deliberazione Giunta SDS
Val di Nievole	x Protocollo cure intermedie
Pratese	x No
Val di Chiana Senese	No

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Esistono prassi condivise nelle zone-distretto del Valdarno, Grossetana, Bassa Val di Cecina, Piana di Lucca, Val di Nievole, Pratese e Val di Chiana Senese. In due zone, Grossetana e Val di Nievole, risultano presenti sia atti formali che prassi consolidate.

L'indicazione dei soggetti e delle unità operative dei servizi coinvolte nelle procedure abitualmente praticate nelle zone permette una prima descrizione della rete di attori che sono coinvolti nella presa in carico in emergenza: i presidi ospedalieri e i pronto soccorsi sono coinvolti in cinque zone su sette considerate insieme ai servizi territoriali. In questi ultimi hanno un ruolo di rilievo le unità funzionali di servizio sociale, di integrazione sociosanitaria e cure primarie. In una sola zona (Valdarno) è previsto il coinvolgimento dei Medici di medicina generale.

Tab. 4.2 - La gestione della presa in carico nelle 10 zone-distretto: le prassi.

Zona-distretto	Prassi	Fra quali soggetti o unità operative?
Valdarno	Sì	Presidio Ospedaliero; Attività Sanitaria di Comunità; U.F. Alta Integrazione Socio Sanitaria; MMG
Firenze	No	
Grossetana	Sì	Ospedale, Pronto soccorso, Servizi distrettuali/Sds (Sistema di emergenza-urgenza)
Bassa Val di Cecina	Sì	U.F. Assistenza Sociale, Pronto Soccorso, Medicina Ospedaliera, U.F. Distrettuale
Piana di Lucca	Sì	Comuni e ASL
Lunigiana	No	
Pisana	No	
Val di Nievole	Sì	Unità operative ospedaliere e Servizio Territoriale delle Dimissioni Ospedaliere Programmate (STDOP)
Pratese	Sì	U.F. Cure primarie, U.O. Assistenza Sociale
Val di Chiana Senese	Sì	U.F. Segretariato Sociale-U.F. Cure Primarie - Ospedale

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Come riportato nella tabella seguente, ogni zona ha specificato i servizi/uffici competenti in caso di richieste di attivazione per situazioni di emergenza e urgenza. In metà delle zone è competente un unico soggetto, mentre nelle altre cinque la competenza ad attivare le risposte per situazioni di emergenza-urgenza è ripartita tra più servizi/uffici.

Non esiste un modello unitario di riferimento: UVM, PUA, Unità Funzionale di servizio sociale, Punti Insieme, possono essere titolati in via esclusiva o in concorso tra loro per l'attivazione delle risposte in emergenza-urgenza. I sistemi più articolati sono quelli della zona Pisana e della Val di Nievole: nella prima zona si prevede anche il coinvolgimento dei medici di medicina generale; la seconda zona ha attivato anche un servizio ad hoc per la gestione delle dimissioni ospedaliere programmate, che entra in funzione anche nei casi di urgenza. Hanno invece una struttura unitaria di attivazione le zone del Valdarno, la Grossetana, la Bassa Val di Cecina, la Lunigiana e la Val di Chiana Senese.

Tab. 4.3 - Servizio/ufficio competente in caso di richieste di attivazione per emergenze-urgenze nelle zone-distretto.

Zona-distretto	Servizio o ufficio competente
Valdarno	PUA
Firenze	Punti Insieme/PUA/UVM
Grossetana	UVM
Bassa Val di Cecina	U.F. Assistenza Sociale
Piana di Lucca	Punti Insieme e PUA
Lunigiana	PUA
Pisana	Il PUA, i Punti Insieme, l'UVM in accordo con gli Assistenti Sociali competenti territorialmente o i MMG
Val di Nievole	il Punto Insieme, il Servizio Sociale e il STDOP
Pratese	La struttura organizzativa del Servizio Sociale Professionale e la struttura organizzativa delle cure primarie
Val di Chiana Senese	U.F. Servizio sociale

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Il dato sulla copertura oraria settimanale per la presa in carico di situazioni di emergenza-urgenza è particolarmente significativo: in tutte le zone la presa in carico delle situazioni di emergenza-urgenza è assicurata nelle ore di servizio “ordinario”, ovvero nella fascia oraria mattutina e nei giorni lavorativi.

Solo in alcune zone la copertura oraria è più ampia: in Bassa Val di Cecina i servizi competenti coprono sei giorni settimanali per 12 ore al giorno, nella zona Pratese è prevista una copertura di sei ore al giorno per tutti i giorni della settimana, nella Val di Chiana e in Val di Nievole la copertura oraria è rispettivamente di 8 e 7 ore, per cinque giorni settimanali.

Tab. 4.4 - Copertura oraria assicurata nelle zone-distretto.

Zona-distretto	Nr. ore/giorno	Nr. giorni/settimana	Ore settimanali
Valdarno	6	5	30
Firenze	6	5	30
Grossetana	5	5	25
Bassa Val di Cecina	12	6	72
Piana di Lucca	6	5	30
Lunigiana	5	5	25
Pisana	7,2	5	36
Val di Nievole	7	5	35
Pratese	6	7	42
Val di Chiana Senese	8	5	40
Dato medio	6,8	5,3	36,5

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Un altro aspetto interessante riguarda le fonti di provenienza delle domande di presa in carico delle situazioni di emergenza e urgenza. Quasi tutte le zone hanno indicato una pluralità di fonti, tra quelle indicate nel questionario: salvo Firenze, che ha indicato come fonte unica la segnalazione da parte dei servizi territoriali, tutte le altre zone hanno indicato una media di tre fonti.

È prevista l'attivazione su domanda dell'interessato in quattro zone su nove rispondenti, mentre la segnalazione del medico di medicina generale, dell'ospedale e dei servizi territoriali è segnalata in otto zone su nove. Solo tre zone su nove hanno indicato la voce "altro", specificando, in due casi, come a questa sia ricondotta l'azione di segnalazione delle forze dell'ordine.

La ripartizione su base percentuale delle fonti di invio e segnalazione delle emergenze è stata possibile in sette zone su dieci. La situazione rappresentata nella tavola seguente mostra una significativa eterogeneità: ogni zona ha una ripartizione di casistica diversa per fonti di provenienza e per percentuale di casi segnalati.

La segnalazione da parte dei servizi territoriali e dell'ospedale raccoglie le percentuali più alte, anche se non mancano zone dove invece gli equilibri tra le diverse "fonti di attivazione" sono diversi: nella zona Grossetana ad esempio i casi sono segnalati dai medici di medicina generale e dall'ospedale in quantità analoghe, mentre in Lunigiana, in Valdarno e in Val di Nievole è l'ospedale il soggetto che attiva la presa in carico. Risultano peculiari le situazioni di Firenze e della Lunigiana: nel primo caso la totalità delle emergenze/urgenze è attivata dai servizi territoriali, nel secondo invece è l'ospedale ad avere il ruolo più significativo. Le altre zone hanno una ripartizione più equilibrata tra diversi soggetti. Alla voce "altro", relativa nella specie alle forze dell'ordine, è attribuito il 10% delle segnalazioni nella zona Pratese e ben il 20% delle segnalazioni nella zona Grossetana.

Tab. 4.5 - Ripartizione percentuale delle diverse fonti di provenienza delle domande di presa in carico, per zona.

Zona-distretto	Domanda	Segnalazione MMG	Segnalazione ospedale	Segnalazione servizi territoriali	Altro	Totale
Valdarno	10,0	10,0	60,0	20,0	-	100,0
Firenze	-	-	-	100,0	-	100,0
Grossetana	-	40,0	40,0	-	20,0	100,0
Bassa Val di Cecina	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Piana di Lucca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lunigiana		19,5	80,0	0,5		100,0
Pisana		10,0	30,0	60,0		100,0
Val di Nievole	16,6	5,5	55,5	22,4		100,0
Pratese	10	10	20	50	10	100,0
Val di Chiana Senese	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Un aspetto specifico dell'indagine ha riguardato le tipologie di risposta attivate per rispondere a situazioni di emergenza e urgenza presenti nel territorio.

Come si vede dalla tavola seguente, la risposta residenziale è attivata in tutte le zone, prevalentemente sotto forma di ricovero temporaneo in RSA o in ospedale di comunità, sono però rilevati anche inserimenti in unità di cure intermedie, hospice o ospedale. Le risposte domiciliari sono attivate in sei zone, sotto forma di assistenza domiciliare integrata, di assistenza domiciliare straordinaria, di cure domiciliari di prossimità.

Tab. 4.6 - Gli interventi attivati per far fronte ai casi di emergenza-urgenza.

Zona-distretto	Tipologia di risposta attivata
Valdarno	Ospedale di Comunità Ricoveri temporaneo in RSA
Firenze	Ricovero temporaneo in RSA (dal dicembre 2011 esiste una struttura a gestione pubblica definita "TRIAGE", destinata a questi ricoveri)
Grossetana	Inserimento in Ospedale di Comunità Attivazione di prestazioni domiciliari "importanti" e straordinarie
Bassa Val di Cecina	Assistenza domiciliare Ricovero in Ospedale di Comunità Ricovero ospedaliero Strutture ospitalità
Piana di Lucca	Ricovero temporaneo nelle RSA
Lunigiana	n.d.
Pisana	Cure Domiciliari di Prossimità ADI RSA (posti temporanei) Hospice (se complicanze oncologiche) Ospedale di Comunità
Val di Nievole	Servizio di assistenza domiciliare con operatore socio-sanitario (OSS) per 6 ore al giorno per un massimo di 7 giorni, attivato direttamente dallo STDOP (nei casi in cui non è possibile il rientro a domicilio, l'inserimento in RSA oppure nei posti letto di cure intermedie)
Pratese	Inserimento temporaneo in RSA Assistenza domiciliare Inserimento temporaneo in comunità di accoglienza per stranieri convalescenti
Val di Chiana Senese	Ospedale di comunità Cure Intermedie Inserimento temporaneo in RSA ADI

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Oltre alle tipologie di risposta concretamente attivabili per far fronte alle situazioni di emergenza che possono interessare le persone anziane non autosufficienti, il

monitoraggio ha considerato anche alcuni aspetti qualificanti il percorso di presa in carico di situazioni connotate da eccezionalità e tempestività di intervento, quali le emergenze e le urgenze.

In particolare è stato richiesto ai referenti delle zone se, anche in casi di emergenza e urgenza, fossero garantite forme di progettazione personalizzata dell'intervento e venisse comunque individuato un responsabile o referente del caso, a garanzia di una continuità della presa in carico e dell'erogazione degli interventi.

In base ai risultati raccolti, in sette zone è prevista anche in situazioni di emergenza-urgenza la predisposizione di un PAP provvisorio, in nove zone la nomina di un responsabile o referente del caso.

Tab. 4.7 - Predisposizione di un PAP provvisorio e nomina di un responsabile/referente del caso.

Zona-distretto	PAP provvisorio	Responsabile /Referente caso
Valdarno	Sì	Sì
Firenze	Sì	Sì
Grossetana	Sì	Sì
Bassa Val di Cecina	Sì	Sì
Piana di Lucca	Sì	Sì
Lunigiana	n.d.	n.d.
Pisana	No	Sì
Val di Nievole	No	Sì
Pratese	Sì	Sì
Val di Chiana Senese	Sì	Sì

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Il passaggio dalla presa in carico in emergenza-urgenza alla gestione ordinaria avviene in tutte le zone tramite un nuovo passaggio in UVM, con il quale viene realizzata una nuova valutazione del caso e definito il passaggio alla presa in carico ordinaria.

Diverso è invece il tempo medio di durata della presa in carico in situazione di emergenza-urgenza e il conseguente passaggio alla presa in carico ordinaria della persona anziana non autosufficiente. Le otto zone che sono state in grado di fornire la durata media della presa in carico indicano tempi che vanno dai 15 giorni della zona Val di Chiana ai 6 mesi della zona Grossetana, che data la specificità della casistica considerata, chiude la fase di urgenza con la nomina dell'amministratore di sostegno. La zona Pisana e Firenze hanno indicato il termine massimo di durata della presa in carico in urgenza rispettivamente in 90 e 60 giorni.

Tab. 4.8 - Durata media di una presa in carico di emergenza-urgenza.

Zona-distretto	Durata media	Note
Valdarno	n.d.	La presa in carico è immediata, ma non è possibile quantificare la durata media perché non ci sono soluzioni di continuità fra interventi in urgenza e quelli di tipo normale
Firenze	53,5 gg	Per regolamento è previsto un massimo di 60 giorni
Grossetana	180 gg	Tempo necessario alla nomina dell'amministratore di sostegno
Bassa Val di Cecina	30 gg	
Piana di Lucca	30 gg	
Lunigiana	n.d.	
Pisana	60 gg	90 gg termine massimo
Val di Nievole	30 gg	Tempo medio per un monitoraggio della situazione e per confermare o modificare il progetto assistenziale iniziale
Pratese	20-30 gg	
Val di Chiana Senese	15 gg	

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Secondo gli indirizzi regionali contenuti nel Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente (DGRT n. 370 del 2010), il PUA e la UVM, in quanto responsabili principali della presa in carico, ne assicurano la continuità, sulla base di protocolli operativi di "continuità assistenziale", garantendo l'allocazione e la gestione delle risorse dedicate alle diverse tipologie assistenziali e, in particolar modo, delle risorse del fondo destinate agli interventi per la non autosufficienza. Le forme di continuità assistenziale considerate nel provvedimento regionale riguardano la continuità tra ospedale e territorio, tra diversi servizi territoriali e le dimissioni ospedaliere difficili.

Al fine di verificare se e come le zone abbiano dato attuazione alle indicazioni regionali, una sezione specifica del monitoraggio ha approfondito le forme e gli strumenti utilizzati per garantire la continuità assistenziale delle persone anziane non autosufficienti prese in carico dai servizi. Delle dieci zone coinvolte, nove hanno compilato la scheda relativa alla presa in carico in continuità assistenziale.

Dalla rilevazione effettuata, in tutte le zone che hanno risposto risulta presente un atto formale di regolazione della presa in carico e di definizione delle funzioni dei diversi centri coinvolti: si tratta prevalentemente di protocolli e disciplinari, approvati dal Direttore Generale delle aziende sanitarie competenti, che definiscono le procedure attivabili.

I servizi e le unità funzionali coinvolte, come si vede dalla tavola seguente, sono i presidi ospedalieri (complessivamente intesi, oppure limitati a reparti specifici, in

primis il pronto soccorso e i reparti di medicina) e i servizi distrettuali sociosanitari. In un unico caso, quello del Valdarno, è previsto il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Tab. 4.9 - Esistenza di un atto formale recante la disciplina della continuità assistenziale e servizi coinvolti per zona.

Zona-distretto	Atto formale	Servizi coinvolti
Valdarno	Sì	Presidio Ospedaliero; Attività Sanitaria di Comunità; U.F. Alta Integrazione; Medici di Medicina Generale; Servizi Sociali Comunali
Firenze	n.d.	n.d.
Grossetana	Sì	Ospedale; Pronto Soccorso; Distretto (Cure Primarie, UVM)
Bassa Val di Cecina	Sì	Ospedale (reparti di Medicina e Chirurgia), Distretto (U.F. Distrettuale, U.F. Assistenza Sociale)
Piana di Lucca	Sì	n.d.
Lunigiana	Sì	n.d.
Pisana	Sì	n.d.
Val di Nievole	Sì	UU.OO di Medicina, Ortopedia, Pronto Soccorso o altro reparto ospedaliero - Servizio Territoriale delle Dimissioni Ospedaliere Programmate
Pratese	Sì	U.F. Cure Primarie, U.O. Infermieristica, U.O. Assistenza Sociale Professionale, Consulenze di Medicina Specialistica: Geriatria, Fisiatria ecc.
Val di Chiana Senese	Sì	Ospedale, Servizi Distrettuali, Assistenti Sociali, Medici di Medicina Generale, Gruppi di interesse della comunità locale

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

La zona Grossetana ha specificato che la presa in carico riguarda tutte le persone in situazione di bisogno complesso segnalate dall'ospedale ai servizi territoriali. La zona Val di Chiana Senese ha specificato che i casi trattati riguardano prevalentemente anziani con comorbilità e con bisogni complessi, dimessi a seguito di fratture, scompenso cardiaco, sindrome da allettamento, nutrizione parenterale totale o nutrizione enterale, casi oncologici.

Il numero dei casi di continuità presi in carico dai servizi è riferito per la quasi totalità delle zone al 2012 e varia dai 1.045 casi della Piana di Lucca ai 150 della Val di Nievole.

Tab. 4.10 - Numero di anziani non autosufficienti presi in carico in continuità assistenziale nelle zone, 2012.

Zona-distretto	Anziani non autosufficienti presi in carico in continuità assistenziale
Valdarno*	900
Firenze	n.d.
Grossetana	297
Bassa Val di Cecina	320
Piana di Lucca	1045
Lunigiana	321
Pisana	388
Val di Nievole	150
Pratese	707
Val di Chiana Senese	703**

* dato riferito al 2011

** di cui 196 di dimissione complessa dall'ospedale

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Nell'individuare il servizio o ufficio competente per l'attivazione della continuità assistenziale, sono emerse due modalità organizzative principali: una parte delle zone (Bassa Val di Cecina, Val di Nievole, Pratese) ha strutturato un servizio specifico per la gestione della continuità assistenziale, soprattutto con riferimento alla continuità tra ospedale e territorio, mentre le altre attribuiscono tale funzione ai servizi esistenti, pur disponendo un iter specifico. In questo secondo caso, non si rileva un modello organizzativo unitario: in alcune zone è competente il PUA, in altre l'UVM, in forma singola o in collaborazione con altre articolazioni organizzative. Solo due zone (Pratese e Pisana) presentano una diversa attribuzione di competenza nella presa in carico dei nuovi casi rispetto ai casi già noti ai servizi, con un intervento diretto dell'UVM, coadiuvato dall'èquipe territoriale, per la seconda tipologia di utenti.

Tab. 4.11 - Servizio competente ad attivare la continuità assistenziale, per zona.

Zona-distretto	Nuovi casi	Casi già in carico
Valdarno	Presidio Ospedaliero; Punti Insieme; Medico di Medicina Generale; Servizi Territoriali, Sanitari e Sociali	Presidio Ospedaliero; Punti Insieme; Medico di Medicina Generale; Servizi Territoriali, Sanitari e Sociali
Firenze	n.d.	n.d.
Grossetana	UVM	UVM
Bassa Val di Cecina	Agenzia Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio	Agenzia Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio
Piana di Lucca	PUA - COAD (Centrale Operativa Assistenza Distrettuale)	PUA - COAD (Centrale Operativa Assistenza Distrettuale)
Lunigiana	PUA	PUA
Pisana	Per i casi dimessi dall'ospedale il	L'UVM per la revisione dei casi

Zona-distretto	Nuovi casi	Casi già in carico
	PUA	già in carico al territorio dopo dimissione gestita da PUA
Val di Nievole	STDOP	STDOP
Pratese	UVM-SCHAT	Equipe territoriale del presidio distrettuale di competenza - UVM Territoriale
Val di Chiana Senese	PUA	PUA

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Analogamente a quanto già riscontrato per la presa in carico in emergenza-urgenza, anche la copertura oraria indicata dalle zone per l'attivazione della continuità assistenziale è molto diversificata: si va dalle tre ore al giorno in Bassa Val di Cecina, ad una media di 7,5 ore nel grossetano, per cinque/ sei giorni la settimana. Il monte ore settimanale varia dalle 18 alle 36 ore.

Tab. 4.12 - Copertura oraria e settimanale per zona.

Zona-distretto	Numero ore/giorno	Numero giorni/settimana	Ore settimanali
Valdarno	6	5	30
Firenze	n.d.	n.d.	n.d.
Grossetana	7,5*	5	36
Bassa Val di Cecina	3	6	18
Piana di Lucca	n.d.	5	n.d.
Lunigiana	4	5	20
Pisana	7,2	5	36
Val di Nievole	6	6	36
Pratese	6	6	36
Val di Chiana Senese	4	6	24

* copertura oraria giornaliera media: tre giorni alla settimana la copertura è di 6 ore, due giorni alla settimana è di 9 ore

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

In teoria, l'attivazione della presa in carico in continuità assistenziale può avvenire su richiesta o segnalazione di una pluralità di soggetti: su domanda dell'interessato, su segnalazione dei servizi ospedalieri o territoriali.

Nella pratica, tuttavia, i risultati della rilevazione evidenziano il ruolo preponderante dell'ospedale, da cui proviene la maggior parte delle segnalazioni, il 100% in ben quattro zone sulle otto rispondenti. Da questo dato si desume come la maggioranza delle prese in carico in continuità assistenziale riguardi le dimissioni protette e la continuità tra ospedale e territorio, mentre solo in alcune zone (Valdarno e Val di Nievole) la ripartizione tra più servizi dell'onere di segnalazione può far supporre una continuità assistenziale estesa anche ai diversi servizi territoriali.

Tab. 4.13 - Come avviene l'attivazione della presa in carico?

Zona-distretto	Domanda	Segnalazione MMG	Segnalazione ospedale	Segnalazione servizi territoriali	Totale
Valdarno	20,0	20,0	40,0	20,0	100,0
Firenze	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Grossetana			100,0		100,0
Bassa Val di Cecina			100,0		100,0
Piana di Lucca	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lunigiana	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Pisana			100,0		100,0
Val di Nievole	15,0	5,0	60,0	20,0	100,0
Pratese			100,0		100,0
Val di Chiana Senese	34,0	40,0	25,0	1,0	100,0

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Il passaggio alla presa in carico ordinaria avviene in tutte le zone attraverso il passaggio in UVM, con la rivalutazione del caso e la predisposizione del PAP o il suo aggiornamento. Solo in Val di Chiana è previsto che per i soggetti inseriti in ADI, Ospedale di Comunità e Cure Intermedie la presa in carico non passi dall'UVM zonale, ma dalla valutazione del gruppo di progetto competente per zona. Solo i casi che richiedono l'intervento di altre strutture o che necessitano di percorsi complessi vengono valutati dalla UVM.

Un aspetto che invece cambia notevolmente da zona a zona sono i tempi minimi di rivalutazione: l'indagine rileva un campo di variazione compreso fra i 30 giorni della Piana di Lucca e della zona Pratese e i 180 indicati come termine massimo dalla Val di Nievole. Alcune zone (Pratese, Pisana, Val di Nievole) hanno sottolineato come si tratti di tempi medi, suscettibili di variazioni anche significative a seconda delle esigenze del singolo caso.

Tab. 4.14 - Tempi minimi di rivalutazione del caso.

Zona-distretto	Quanto?
Valdarno	Sì (dato non disponibile)
Firenze	n.d.
Grossetana	60 giorni
Bassa Val di Cecina	No
Piana di Lucca	30 giorni
Lunigiana	90 giorni
Pisana	In base alle necessità del caso specifico
Val di Nievole	180 gg al massimo
Pratese	30/60 giorni
Val di Chiana Senese	60 giorni

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2012

Capitolo 5

LA VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA E LA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Il capitolo approfondisce gli strumenti regolativi che le zone distretto hanno introdotto successivamente all'entrata in vigore della legge regionale n. 66 del 2008, per disciplinare l'accesso agli interventi per le persone anziane non autosufficienti e la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e dei loro familiari.

Si tratta di uno degli aspetti più innovativi introdotti dalla normativa regionale, che ha previsto l'estensione della valutazione della situazione economica, attraverso l'uso dell'Isee estratto, e della richiesta di compartecipazione per il costo degli inserimenti residenziali anche ai coniugi e ai parenti di primo grado della persona interessata. L'area della non autosufficienza è infatti una delle situazioni di bisogno che più di altre assorbe risorse, pubbliche e private, e richiede soluzioni di compartecipazione alla spesa in grado di garantire equità nell'accesso alle risposte e solidarietà interistituzionale e sociale¹¹.

LE INDICAZIONI REGIONALI

L'art. 19 comma 4 della legge regionale n. 66 del 2008 prevede che i comuni, entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'atto d'indirizzo, uniformino i propri regolamenti e le altre disposizioni in materia ai contenuti dell'atto di indirizzo regionale per le modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni, approvato con DGRT n. 385 del 2009.

La delibera regionale definisce - "sino alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e al loro finanziamento"- i livelli differenziati di reddito e di patrimonio da considerare per determinare la compartecipazione da parte dell'assistito ai costi non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, delle prestazioni indicate nel Progetto di Assistenza Personalizzato.

L'art. 14 della legge regionale n. 66 del 2008 indica i criteri generali dell'intervento attuativo, distinguendo le prestazioni di tipo semiresidenziale e domiciliare, per le quali si tiene conto della situazione reddituale e patrimoniale del solo beneficiario della prestazione, determinata secondo la normativa in materia di ISEE, dalle prestazioni residenziali. Per queste ultime si prevede che, oltre alla situazione reddituale e patrimoniale della persona assistita, determinata secondo il metodo ISEE,

¹¹ Bezze M., Innocenti E., Vecchiato T., *Compartecipazione alla spesa dei servizi per i non autosufficienti*, in Studi Zancan 6/2009; Braida C., *Scenari di sviluppo nella programmazione del welfare locale*, in Studi Zancan 4/2010.

siano computate le indennità di natura previdenziale e assistenziale percepite per il soddisfacimento delle esigenze di accompagnamento e di assistenza e che la quota di compartecipazione dovuta dalla persona assistita ultrasessantacinquenne venga calcolata tenendo conto anche della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado, ovvero i figli.

Il *computo delle prestazioni assistenziali e previdenziali e l'estensione al coniuge e ai parenti entro il primo grado* dell'onere di compartecipare, seppure in forma residua, al costo dei servizi residenziali, costituiscono i due aspetti di differenziazione della disciplina regionale rispetto alle indicazioni nazionali in materia di valutazione della situazione economica per l'accesso e la compartecipazione alla spesa dei servizi rivolti alle persone non autosufficienti.

In merito, la *legittimità dell'intervento regionale*, quantomeno con riferimento all'estensione dell'obbligo di compartecipazione al coniuge e ai parenti di primo grado, è stata confermata dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 296 del 2012. La Corte infatti ha "salvato" la disposizione della legge toscana, in quanto rispondente alla necessità di intervenire in via transitoria al fine di rendere compatibili le riduzioni degli stanziamenti relativi al fondo nazionale per le non autosufficienze "con l'esigenza di garantire le prestazioni sociali in oggetto al più ampio numero possibile di anziani non autosufficienti, in attesa della determinazione dei LIVEAS". È infatti "L'assenza di un'organica disciplina dei LIVEAS" che giustifica l'intervento regionale, realizzato al fine di rispondere al meglio, nel quadro normativo e finanziario dato, alle esigenze espresse dal proprio territorio¹².

Come riportato nella tabella di sintesi, la Regione dispone *due regimi di compartecipazione*. Per le prestazioni di tipo *semiresidenziale e domiciliare*, viene fissata la soglia di esenzione totale, sotto la quale non è prevista alcuna compartecipazione da parte dell'assistito, ad un valore ISEE corrispondente al 125% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS, pari ad Euro 7.445,59 (per il 2009). Tale cifra corrisponde al minimo di risorse che devono rimanere nella disponibilità dell'assistito, indipendentemente dal numero o dalla quantità di servizi utilizzati. Per le prestazioni di tipo *semiresidenziale e domiciliare*, pertanto, la compartecipazione viene determinata solo sulla parte di ISEE eccedente la soglia di esenzione totale¹³.

Per le prestazioni *residenziali* invece non è prevista alcuna soglia di esenzione totale per l'assistito, in ragione della particolare natura "onnicomprensiva" della presa in carico assicurata dalle strutture residenziali, che assolvono a tutti i compiti di mantenimento e cura. Deve essere comunque garantita agli assistiti una quota di denaro per le spese personali, che viene quantificata in almeno un sesto dell'ammontare minimo annuo della pensione INPS.

¹² Vivaldi E., *Livelli essenziali e servizi sociali: è salva la legge toscana istitutiva del fondo sulla non autosufficienza che introduce criteri ulteriori per regolare l'accesso ad alcuni servizi sociali agevolati*, in *Diritti regionali, Osservatorio sulle autonomie*, 2013.

¹³ Nei casi in cui il nucleo familiare sia monoreddito si applica all'assistito la soglia di esenzione totale pari a quella prevista per le prestazioni di tipo *semiresidenziale e domiciliare* al fine di lasciare in disponibilità del nucleo familiare un ISEE almeno pari al 125% del trattamento minimo della pensione INPS.

L'atto di indirizzo prevede delle soglie di non esenzione, oltre le quali è dovuto il 100% del costo della prestazione. Tali soglie sono diversificate per tipologia di risposta e sono pari a :

- 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per i servizi semiresidenziali e domiciliari (per il 2009 pari a Euro 23.826,40)
- 6,7 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS per la compartecipazione al costo del coniuge e dei parenti di primo grado per i servizi residenziali (per il 2009 pari a Euro 39.909,22).

Tab. 5.1 - Regime di compartecipazione dell'assistito, atto di indirizzo DGRT n. 385 del 2009.

Tipologia di intervento	Strumento di determinazione della situazione economica	Soglia di esenzione totale dalla compartecipazione	Soglia di esclusione dal regime di esenzione
Prestazioni domiciliari e semiresidenziali	Isee estratto dell'assistito	Isee corrispondente al 125% del trattamento minimo della pensione INPS	Isee corrispondente a 4 volte il trattamento minimo della pensione INPS
Prestazioni residenziali	Isee estratto dell'assistito e computo delle indennità assistenziali e previdenziali percepite	Nessuna	Nessuna

Fonte: Regione Toscana, DGRT n. 385 del 2009

Per il coniuge e per i parenti in linea retta di primo grado di persone ultrasessantacinquenni inserite in strutture residenziali, la compartecipazione viene calcolata tenendo conto dell'ISEE estratto del familiare obbligato e assumendo comunque delle soglie di esenzione da applicare ai valori di ISEE estratto, come rappresentate nella tabella seguente.

Tab. 5.2 - Regime di compartecipazione agli interventi residenziali dei familiari (coniuge e parenti entro il primo grado).

DA ISEE (estratto)	A ISEE (estratto)	Soglia di esenzione totale dalla compartecipazione
0	20.000,00	16.000,00
20.000,00	30.000,00	7.500,00
30.000,00	39.909,21	3.500,00
39.909,22*	-----	0

* valore corrispondente a 6,7 volte il trattamento minimo annuo INPS per il 2009

Fonte: Regione Toscana, DGRT n. 385 del 2009

Una volta determinata la situazione economica dell'assistito e dei familiari, deve essere determinato il calcolo dell'ammontare della quota di compartecipazione dovuta agli interventi erogati.

L'atto di indirizzo prevede una duplice modalità di calcolo: l'utilizzo di un coefficiente di corrispondenza fra i singoli ISEE e le relative quote di compartecipazione, oppure l'applicazione di scaglioni di ISEE, cui far corrispondere quote di compartecipazione diversificate. Mentre rispetto al coefficiente di corrispondenza non vi sono indicazioni di merito, in caso di utilizzo del metodo degli scaglioni, gli indirizzi regionali prevedono che la determinazione delle singole soglie sia improntata a criteri di equità, gradualità e proporzionalità/progressività e che venga comunque garantito un numero minimo di 21 fasce di compartecipazione.

L'ATTUAZIONE ZONALE DELLA DISCIPLINA REGIONALE

Il sistema di valutazione della situazione economica e di determinazione della compartecipazione alla spesa per gli interventi rivolti alle persone anziane non autosufficienti è definito in larga parte in sede regionale. Secondo la disciplina regionale, per le amministrazioni locali residuano margini di intervento relativamente ristretti: la possibilità di elevare le soglie di esenzione totale, di esenzione parziale e di non esenzione dalla compartecipazione e la determinazione delle modalità di calcolo della quota di compartecipazione da richiedere.

L'esame dei provvedimenti forniti dalle zone distretto coinvolte nel monitoraggio, riportati nella tabella seguente, permette una prima verifica di come questo ambito di regolazione sia stato attuato a livello locale.

Tabella 5.3 - Atti zonali considerati.

Zona-distretto	Atti
Valdarno	Disciplinare applicativo per la compartecipazione al costo delle prestazioni sociali del fondo per la non autosufficienza (deliberazione n. 10 del 2010)
Firenze	Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità o di non autosufficienza Deliberazione Assemblea n. 4 del 30 luglio 2012, Regolamento per l'ospitalità di persone anziane o adulte con disabilità presso residenze sanitarie assistenziali o residenze assistite
Grossetana	Regolamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali, (All.to A su compartecipazione), 2010
Bassa Val di Cecina	Deliberazione n. 01 del 20/01/2011, Progetto non-autosufficienza e Regolamento di compartecipazione
Piana di Lucca	----
Lunigiana	Regolamento dei servizi sociali Lunigiana - Allegato Parametri economici di riferimento per l'accesso alle prestazioni, aggiornamento 2012
Pisana	Deliberazione n. 25 del 2009: Allegato 1, Regolamento per l'accesso alle prestazioni del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali (p.28 ss, p. 47 ss) Deliberazione n. 25 del 2009: Allegato 8, Disciplinare per l'accesso ai servizi semi-residenziali

Zona-distretto	Atti
Val di Nievole	----
Pratese	Deliberazione n. 23 del 9.9.2009, Regolamento per la compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 14 della LR n. 66 del 18 dicembre 2008, "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"(all. to 2)
Val di Chiana Senese	Determinazioni attuative per l' anno 2012 del Regolamento di accesso ai servizi della Società della Salute, 30 maggio 2012

Rispetto agli ambiti di intervento individuati dalla normativa, solo alcune zone sono intervenute modificando le soglie individuate dalla regione, mentre sono state rilevate soluzioni sostanzialmente comuni per la determinazione delle modalità di calcolo della quota di compartecipazione richiesta.

Si collocano invece al di fuori delle ipotesi previste dagli indirizzi regionali le innovazioni riscontrate in alcuni atti:

- la determinazione delle prestazioni assistenziali e previdenziali da computare ai fini della determinazione della compartecipazione (la zona Valdarno include nell'elenco anche la social card);
- l'introduzione di indicatori di equivalenza correttivi dell'ISEE (Firenze, che introduce l'indicatore economico agevolato);
- la sospensione dalle prestazioni conferite (Firenze la prevede in caso di possesso di un patrimonio mobiliare o immobiliare di rilievo);
- la previsione di forme di "recupero crediti" da parte degli enti a valere sulle masse ereditarie degli assistiti o sul loro patrimonio immobiliare (Val di Chiana).

Nella tabella seguente sono state riportate le principali caratteristiche del sistema di compartecipazione vigente nelle singole zone considerate, distinguendo la valutazione della capacità economica, la determinazione delle soglie di esenzione, la modalità di calcolo della quota di compartecipazione, le specificità zonali rilevate.

Tab. 5.4 - Regolamentazione del regime di compartecipazione alla spesa per gli interventi a favore di anziani non autosufficienti, dettaglio zonale.

VALDARNO	
Regime previsto	Aspetti specifici
<p>Valutazione della situazione economica, scaglioni e soglie corrispondenti alle indicazioni regionali.</p> <p>Computo della quota di compartecipazione: formula (coefficiente di corrispondenza) applicata all'Isee estratto del solo assistito per i servizi domiciliari e semiresidenziali e all'ISEE estratto dei familiari obbligati per gli interventi residenziali.</p> <p>$(\text{ISEE estratto} - \text{quota esente}) / (\text{soglia di non esenzione} - \text{quota esente}) * \text{quota da compartecipare}$</p>	<p>Diversificazione quota di risorse lasciate alla disponibilità dell'assistito ricoverato: un quarto dell'importo minimo INPS se privo di rete familiare, un sesto se con familiari.</p> <p>Social card inserita tra le prestazioni assistenziali da computare per il calcolo delle risorse imputabili a compartecipazione del costo delle rette residenziali.</p>

FIRENZE**Regime previsto**

Valutazione situazione economica: introduzione di un "Indicatore Economico Agevolato (IEA)", diversamente calcolato per la valutazione economica ai fini della compartecipazione ai servizi domiciliari e semiresidenziali o residenziali (IEA, IEA utente, IEA familiare).

Soglie:

- per gli interventi domiciliari gli scaglioni e le soglie sono corrispondenti alle indicazioni regionali.

- per gli interventi residenziali gli scaglioni ISEE sono corrispondenti alle indicazioni regionali, le soglie di esenzione per i parenti di primo grado sono calcolate in applicazione dell'Indicatore IEA.

Computo della quota di compartecipazione attraverso un coefficiente di corrispondenza con cui si rapporta la differenza tra l'IEA e la soglia di esenzione alla differenza tra la soglia di massimo concorso e la soglia di esenzione.

Aspetti specifici

L'IEA ammette, con riferimento all'ISR (indicatore sintetico reddituale):

- la valorizzazione di ulteriori € 4.000,00, dell'importo dell'affitto per la casa di abitazione rispetto all'importo detraibile ai sensi della normativa;

- la detrazione di un importo pari alla quota parte riconducibile alla sua situazione economica della retta annuale relativa all'inserimento presso una struttura residenziale per anziani di un proprio familiare;

- limitatamente ai parenti di primo grado e al coniuge (IEA familiare), la valorizzazione dell'importo degli interessi passivi a loro carico derivanti dall'accensione di mutui per l'acquisto della propria casa di abitazione, nei limiti di complessivi € 3.500,00 annui.

Con riferimento all'ISP (indicatore sintetico patrimoniale), permette il computo dell'eccedenza, nei limiti di ulteriori € 40.000,00, del valore della casa di abitazione rispetto alla franchigia stabilita dalla vigente normativa (per le abitazioni di categoria catastale diversa da A1, A8 e A9) e del valore delle pertinenze della casa di abitazione e delle relative quote capitale residue di eventuali mutui, al fine di considerarle parte del bene immobile principale.

Si prevede la sospensione della prestazione agevolata in caso di possesso di quote di patrimonio mobiliare o immobiliare, rilevato dall'Indicatore della Situazione Patrimoniale (componente dell'ISE) superiori ai valori annualmente previsti dalla Giunta.

GROSSETANA**Regime previsto**

Soglie e scaglioni corrispondenti alle indicazioni regionali.

Computo della quota di compartecipazione per gli interventi semiresidenziali e domiciliari: la percentuale di compartecipazione è determinata con una valutazione basata su una curva logistica con un andamento ad "S".

Per gli interventi residenziali, dopo il calco-

Aspetti specifici

L'introduzione della curva logistica con un andamento ad "S" per la determinazione della compartecipazione permette di calcolare per ogni utente una tariffa "personalizzata".

lo della compartecipazione dell'assistito si determina un coefficiente di compartecipazione a carico dei parenti. È ottenuto rapportando la differenza tra l'ISEE estratto e la soglia di esenzione alla differenza tra la soglia di massimo concorso e la soglia di esenzione, da applicare alla quota di tariffa residua oggetto di compartecipazione.

BASSA VAL DI CECINA

Regime previsto	Aspetti specifici
Soglie di esenzione corrispondenti alle indicazioni regionali. L'attribuzione della quota di compartecipazione dovuta per tutte le tipologie di intervento avviene applicando un coefficiente di proporzionalità diretta tra Isee estratto e quota dovuta.	Per le prestazioni residenziali sono previste dieci fasce di compartecipazione cui corrispondono dieci quote di compartecipazione massima giornaliera. All'interno di dette fasce la determinazione della singola quota avviene in modo direttamente proporzionale all'ISEE considerato.

LUNIGIANA

Regime previsto	Aspetti specifici
Soglie di esenzione, scaglioni e modalità di valutazione della situazione economica corrispondenti alle indicazioni regionali. Per la determinazione della compartecipazione si utilizza una proporzione: Soglia massima esenzione: Quota Sociale Residua = Somma ISEE estratti al netto delle rispettive quote di esenzione: X.	Introduzione di riduzioni al computo della quota di compartecipazione ai servizi domiciliari e semiresidenziali per anziani privi di rete familiare (-10% del costo del servizio), per anziani/disabili che vivono in condizioni di isolamento ambientale (-10% del costo del servizio), per ultraottantenni (- 5% del costo del servizio).

PISANA

Regime previsto	Aspetti specifici
Soglie di esenzione, scaglioni e modalità di valutazione della situazione economica corrispondenti alle indicazioni regionali. Per la determinazione della compartecipazione si utilizza un coefficiente di corrispondenza ottenuto dal rapporto tra l'Isee estratto al netto della quota di esenzione e la differenza tra la soglia di non esenzione e la quota esente. In caso di compartecipazione dei familiari per interventi residenziali, per definire il coefficiente si procede alla somma dei singoli ISEE estratti al netto delle soglie di esenzione spettanti ad ognuno secondo il loro ISEE.	----

PRATESE

Regime previsto	Aspetti specifici
Soglie, scaglioni e valutazione economica corrispondenti alle indicazioni regionali Il computo della quota di compartecipazio-	---

ne dovuta avviene tramite applicazione di un coefficiente di corrispondenza alla quota di retta per cui è richiesta la compartecipazione. Tale coefficiente risulta dal rapporto tra l'Isee estratto al netto della quota di esenzione e la differenza tra la soglia di non esenzione e la quota esente.

In caso di compartecipazione dei familiari per interventi residenziali, per definire il coefficiente si procede alla somma dei singoli ISEE estratti al netto delle soglie di esenzione spettanti ad ognuno secondo il loro ISEE.

VAL DI CHIANA SENESE

Regime previsto

Soglie e scaglioni corrispondenti a quelli previsti dalla delibera regionale, aggiornati al 2012.

Per gli utenti che hanno un ISEE compreso tra la soglia di esenzione e quella di non esenzione si applica una quota di compartecipazione personalizzata, calcolata con sistema di proporzionalità diretta, rapportando l'intera quota sociale alla soglia di non esenzione.

Per i servizi residenziali si applica una formula analoga, tenendo conto degli Isee estratti dei familiari di primo grado.

Aspetti specifici

Le somme erogate dall'ente ad integrazione delle rette sono considerate quale forma di anticipazione e l'ente vanta il proprio credito all'apertura della successione.

Modalità specifiche per l'integrazione al pagamento delle rette qualora il ricoverato sia proprietario di immobili:

- nel caso in cui l'immobile sia di proprietà del ricoverato e rimanga libero al momento del ricovero, è prevista la facoltà di donazione del bene al Comune di residenza, che assume l'onere al pagamento della quota integrativa della retta. In alternativa il Comune di residenza può concordare un comodato d'uso sul bene a fini sociali a compensazione dell'integrazione della retta; ovvero l'ente supporta il ricoverato nelle procedure di locazione del bene, con destinazione del canone di locazione, fino a concorrenza, al pagamento della quota residuale della retta; l'eventuale parte eccedente sarà nella piena disponibilità del ricoverato;
- in caso di diritto di uso dell'immobile, il comune concorderà un comodato d'uso a fini sociali.

L'esame dei regimi di compartecipazione introdotti nelle zone indica la maggiore omogeneità della regolamentazione in materia, rispetto ad altri ambiti in cui manca un inquadramento regionale della materia: rispetto agli spazi lasciati all'autonomia locale dagli indirizzi regionali, nessuna zona ha innalzato le soglie di esenzione o di non esenzione, e solo alcune sono intervenute modulando le soglie di compartecipazione all'interno dei range regionali (la Bassa Val di Cecina) oppu-

re prevedendo riduzioni al computo della quota di compartecipazione (Lunigiana) o alla valutazione della situazione economica (Firenze).

Il calcolo della quota di compartecipazione è determinato in tutte le zone attraverso il ricorso a coefficienti di corrispondenza o proporzioni, mentre nessuna zona ha adottato il sistema a scaglioni, previsto in alternativa dalla normativa regionale. Da segnalare gli aspetti specifici rilevati a Firenze e in Val di Chiana Senese circa la valorizzazione del patrimonio immobiliare dell'assistito, a prescindere dal suo Isee estratto: nel caso di Firenze, il possesso di beni immobili di valore superiore ad una soglia predeterminata preclude la concessione di prestazioni agevolate, mentre in Val di Chiana Senese sono introdotte diverse ipotesi di utilizzo da parte del comune (trasferimento di proprietà, istituzione di forme di comodato) dell'abitazione dell'anziano non autosufficiente ricoverato in residenza, quale forma specifica di integrazione al pagamento della retta. Dal testo regolamentare della Val di Chiana Senese non risulta chiaro se tali modalità sostituiscano o integrino l'obbligo di compartecipazione a carico dei familiari, mentre è evidente la preoccupazione di individuare forme di recupero delle risorse erogate dai comuni per coprire i costi di assistenza, vista anche la qualificazione delle spese assistenziali sostenute dall'ente pubblico in termini di credito successorio, da far valere nei confronti degli eredi dell'assistito.

Capitolo 6

IL CONFRONTO INTERZONALE

Il monitoraggio ha mostrato come il sistema delineato dalla normativa regionale non si declini in maniera omogenea, mettendo in luce alcune diversità negli ambiti di osservazione considerati, che sono state già evidenziate nei capitoli precedenti: nell'organizzazione dei Punti Insieme, nella composizione e nel funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale, nei percorsi di presa in carico per le persone anziane non autosufficienti.

In questa sezione del rapporto si presenta un confronto interzonale, finalizzato a meglio rappresentare le diversità riscontrate a livello territoriale e a favorire il confronto tra istituzioni e operatori:

- per meglio individuare le potenziali aree di miglioramento del sistema,
- proporre degli standard di risposta condivisibili e sostenibili per le zone,
- valorizzare i risultati positivi emersi dalla prima attuazione degli indirizzi regionali in materia a favore delle persone non autosufficienti e in particolare degli anziani.

Il confronto interzonale riguarda alcuni degli aspetti già posti in evidenza dalla delibera regionale n. 1044 del 2011, relativa al percorso di revisione del progetto per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente, e in particolare quelli che maggiormente incidono sull'accesso al percorso assistenziale per le persone anziane non autosufficienti: l'organizzazione dei punti insieme e delle unità di valutazione multidimensionale, le risorse professionali coinvolte e l'offerta disponibile nei diversi territori, la capacità di presa in carico in situazioni di emergenza - urgenza e di continuità assistenziale.

L'ORGANIZZAZIONE DEI PUNTI INSIEME

I Punti Insieme rappresentano la porta di accesso al sistema dei servizi per la non autosufficienza. La delibera regionale n. 1044 del 2011 indica la "necessità di riorganizzare e/o diminuire e semplificare i Punti Insieme, allo scopo di ridurre i costi riuscendo a mantenere nello stesso tempo un servizio di front-office al cittadino che lo sappia guidare verso le risorse appropriate al proprio bisogno socio-sanitario". Il dato che emerge dall'indagine condotta in 10 delle 34 zone-distretto evidenzia una organizzazione dei Punti Insieme eterogenea per scelte logistiche e organizzative.

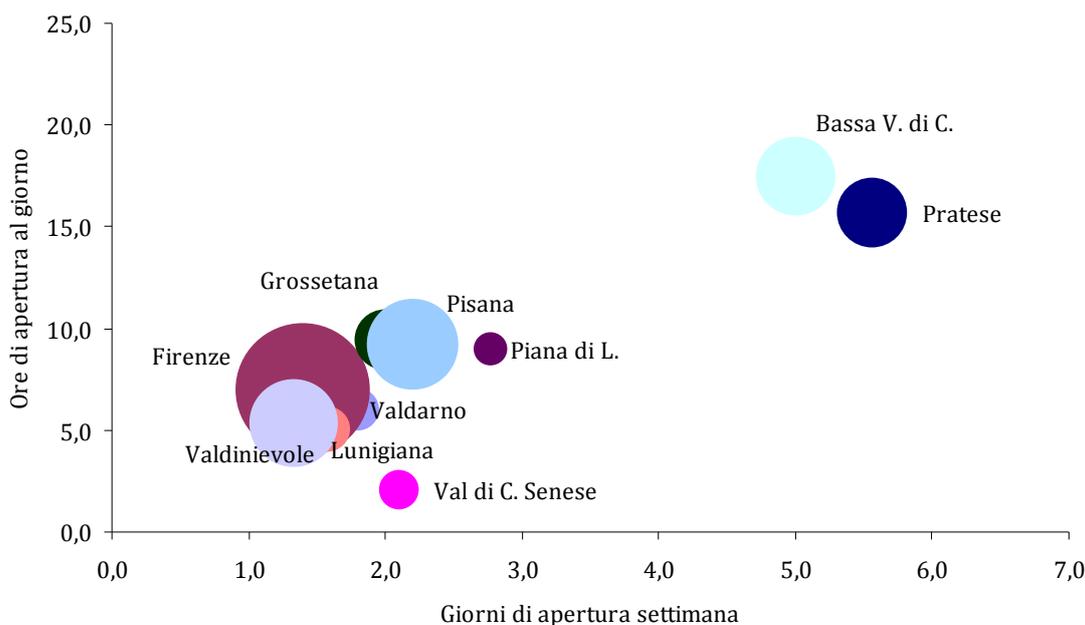
I Punti Insieme si distribuiscono sul territorio in modo molto diverso: in alcune zone-distretto è presente un Punto Insieme per ciascuno dei comuni in cui si arti-

cola la zona o, addirittura, più di uno; in altre i Punti Insieme sono presenti solo in alcuni dei comuni.

Il carico di utenti “potenziale” è molto diverso fra una zona e l'altra, come testimonia l'andamento del rapporto fra anziani over 75enni (che approssimano l'utenza potenziale) e i Punti Insieme sul territorio. I valori più contenuti si registrano nella Piana di Lucca (659 anziani per Punto insieme), in Val di Chiana Senese (910) e nel Valdarno (1.080). I valori più elevati si osservano nella zona Pisana (4.587 anziani per Punto insieme) e, soprattutto, a Firenze che ha un valore superiore alle 10 mila unità.

Anche il numero di ore settimanali in cui viene erogato il servizio è molto variabile: la distribuzione per classi orarie evidenzia che oltre il 44% dei Punti Insieme garantisce il servizio non oltre le 4 ore settimanali, con una media di giorni di apertura di 2,6 giorni a settimana e con quasi la metà dei Punti che garantisce il servizio di accoglienza un solo giorno alla settimana.

Fig. 6.1 - Punti Insieme: standard di funzionamento e popolazione di riferimento per zona.



Un aspetto indagato attraverso la visita diretta ai Punti Insieme riguarda la loro *accessibilità*, in termini di accessibilità fisica alla sede, collocazione, raggiungibilità.

Le sedi sono risultate complessivamente accessibili, anche se in 12 punti insieme è stata rilevata la presenza di barriere architettoniche o comunque di elementi (lunghezza del percorso, distanza dall'ingresso) che non facilitano l'accesso delle persone anziane.

L'indagine mette in luce alcune criticità relativamente alla disponibilità e alla fruibilità delle informazioni, soprattutto per quanto riguarda il canale telematico. È stata riscontrata una scarsa corrispondenza tra le informazioni fornite a livello regionale e le realtà territoriali, e un mancato aggiornamento delle sedi e degli orari

di apertura: in quattro zone su dieci i siti internet non contengono informazioni sui Punti Insieme (dove sono e a cosa servono) o all'interno del sito queste hanno una collocazione tale da renderle non facilmente accessibili.

Molto positivi i riscontri relativi all'attenzione alla privacy degli utenti, riscontrata in 69 punti insieme su 71.

Nella tabella seguente si riporta la situazione delle singole zone rispetto alla presenza dei requisiti sopra richiamati, ovvero l'accessibilità, la disponibilità di informazioni, la tutela della privacy. Come si vede, la valutazione delle zone è positiva (da discreto a ottimo) nella maggior parte delle dimensioni considerate.

Le criticità maggiori si segnalano in tema di disponibilità di informazioni, dove le rilevazioni hanno evidenziato la carenza di materiale informativo - in tutti o gran parte dei punti insieme - nelle zone della Piana di Lucca, della Bassa Val di Cecina e di Firenze.

Tab. 6.1 - Accessibilità e accoglienza delle sedi di punto insieme, confronto zonale.

Zona-distretto	Accessibilità	Disponibilità informazioni	Privacy
Valdarno	●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Firenze	●●●●●	●●	●●●●●
Grossetana	●●●●●	●●●●	●●●●
Bassa Val di Cecina	●●●●●	●●	●●●●●●
Piana di Lucca	●●●●	●	●●●●●●
Lunigiana	●●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Pisana	●●●●●●	●●●●	●●●●●
Val di Nievole	●●●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Pratese	●●●●●	●●●●●●	●●●●●●
Val di Chiana Senese	●●●●●●	●●●●●●	●●●●●●

Livello di copertura:

● assente ●● scarso ●●● parziale ●●●● discreto ●●●●● buono ●●●●●● ottimo

Fonte: indagine FNP Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2012

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

La delibera regionale n. 1044 del 2011 richiama tra le criticità relative alla attuazione degli indirizzi regionali relativi al funzionamento delle UVM la scarsa partecipazione dei medici di medicina generale e la necessaria implementazione del coinvolgimento di questi professionisti e del geriatra: "il MMG non sempre partecipa alla UVM e ciò rappresenta un problema soprattutto in presenza di patologie particolari, come ad esempio Alzheimer e Parkinson, difficilmente gestibili dai familiari. In questi casi sarebbe auspicabile anche la presenza del geriatra".

La ricognizione effettuata nelle dieci zone e presentata nel capitolo 3 ha evidenziato come la composizione dell'UVM sia molto differenziata in termini di risorse professionali rappresentate e come la presenza dei medici di medicina generale vari molto da zona a zona.

L'approfondimento realizzato sugli atti amministrativi adottati nelle zone per regolamentare il funzionamento delle UVM e la loro organizzazione ha fornito ulteriori informazioni sulla diversità organizzativa esistente.

In alcune zone all'articolazione territoriale delle UVM, prevista dalla legislazione regionale, corrisponde anche una diversa composizione delle stesse: ad esempio, nella zona Val di Nievole (Determina n. 12 del 13 Agosto 2009) si prevede che l'UVM sia articolata in proiezioni operative, ovvero in due sub unità di valutazione con composizione multidisciplinare analoga all'UVM, che si coordinano con l'UVM zonale. Nella zona Pisana si prevede la creazione di tre proiezioni decentrate con composizione analoga a quella dell'UVM (Regolamento dell' Unità di valutazione multidisciplinare zona pisana, Delibera Ass. SDS n. 26 del 29 luglio 2009).

A Firenze l'UVM è articolata in cinque commissioni, una per quartiere, ognuna presieduta da un medico dell'azienda sanitaria e supportata da personale amministrativo aziendale e comunale. In Valdarno e in Lunigiana, l'UVM è unica e non sono previste articolazioni.

In Val di Chiana Senese (Regolamento di organizzazione, Delibera Assemblea SDS n. 10 del 25 agosto 2011, Allegato B, Regolamento UVM) e in Lunigiana (Procedura per la Valutazione Multidimensionale della persona non autosufficiente, 26 giugno 2011) è previsto che l'UVM si avvalga di "gruppi di progetto", composti da professionisti sociali e sanitari dei servizi territoriali e integrati dal medico curante, che si occupano della valutazione del caso oltre che dell'erogazione delle prestazioni, e che coadiuvano operativamente l'UVM nella prima valutazione del bisogno assistenziale.

In alcune zone sono introdotte forme di coordinamento organizzativo tra l'UVM e le diverse articolazioni territoriali dei servizi sociosanitari: in Val di Nievole (Determina n. 12 del 13 Agosto 2009) è prevista la costituzione di un livello di coordinamento fra la Responsabile della U.F. Servizi Sociali, la Referente dell'area amministrativa dei Servizi Sociali, la Responsabile delle Attività sociali della SDS e la Coordinatrice dell'UVM, con il compito di monitorare e verificare l'attuazione degli indirizzi regionali in materia di non autosufficienza. Nella zona pratese (Deliberazione n. 34 del 20.12.2010 della Giunta della Società della salute) invece è istituita una "Cabina di regia del sistema per la non autosufficienza", cui partecipano i responsabili dei servizi sociosanitari territoriali (Sds, Azienda sanitaria e Comune di Prato), del PUA, dell'UVM, un rappresentante dei medici di medicina generale, un geriatra e alcuni funzionari amministrativi. I compiti di tale cabina di regia riguardano, in particolare, il monitoraggio continuo e verifica del sistema dei percorsi, dei servizi e degli interventi a disposizione dell'UVM, la costruzione di pacchetti coordinati di prestazioni per la domiciliarità, così da definire e attuare PAP appropriati al bisogno, il miglioramento dell'appropriatezza, l'ottimizzazione delle risorse.

La presenza di tali articolazioni organizzative non sembra riconducibile a caratteristiche territoriali o demografiche delle zone interessate, essendo diffusa in zone con densità di popolazione e estensione geografica estremamente eterogenee.

LA PRESA IN CARICO ORDINARIA, IN URGENZA-EMERGENZA, IN CONTINUITÀ

Una parte significativa delle attività di monitoraggio ha avuto ad oggetto il percorso di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti, distinguendo la presa in carico ordinaria, attraverso l'accesso ai Punti insieme e la presentazione di una domanda da parte degli interessati o degli altri soggetti deputati, dalla presa in carico in situazioni di emergenza-urgenza e in continuità assistenziale.

La presentazione dei risultati ha già evidenziato una tendenziale omogeneità nei percorsi di presa in carico ordinaria, a fronte di una maggiore eterogeneità nelle altre situazioni.

Gli indirizzi regionali hanno avuto un ruolo fondamentale nella progressiva unificazione delle procedure e dei criteri per la presa in carico ordinaria, attraverso la definizione unitaria degli aspetti qualificanti il percorso di accesso: gli strumenti di valutazione del bisogno e di progettazione personalizzata, la definizione di livelli di gravità, cui corrispondono "pacchetti" preordinati di interventi, la ripartizione delle funzioni tra i diversi livelli organizzativi del percorso di assistenza definito dalla legge regionale, la definizione del regime di responsabilità per le diverse fasi di presa in carico, dalla valutazione all'erogazione degli interventi.

Quest'opera di codificazione ha posto le condizioni per la creazione di un modello unitario di presa in carico, applicato in tutte le zone, che prevede un trattamento tendenzialmente paritario a tutte le persone residenti in Toscana che accedono al percorso assistenziale per le persone non autosufficienti. Permane invece un maggiore tasso di differenziazione nella presa in carico "straordinaria", in particolare nelle situazioni di emergenza e urgenza e, seppure in forma minore, nelle situazioni in cui si rende necessario garantire la continuità assistenziale.

Dal monitoraggio è infatti emerso come nelle dieci zone considerate questo tipo di presa in carico non sia sempre oggetto di atti regolativi o di procedure formalizzate: in particolare sono rare indicazioni o prassi zonali per la gestione delle emergenze, mentre per le urgenze esistono pratiche o indicazioni relative prevalentemente alla gestione di dimissioni ospedaliere "difficili" attraverso inserimenti temporanei in RSA o altre strutture residenziali (fattispecie che talvolta è inclusa anche nei protocolli per la continuità assistenziale, anche in questo caso in attuazione di indicazioni regionali intervenute in materia).

Un aspetto particolarmente critico riguarda la copertura oraria e settimanale dichiarata dalle zone: normalmente anche queste prese in carico sono gestite negli orari di ufficio ordinari, nei cinque o sei giorni lavorativi settimanali, in orario diurno o mattutino, mentre risultano scoperti i giorni festivi e le fasce pomeridiane. Sembrano quindi mancare forme di risposta organizzata per le emergenze e le urgenze che si verificano al di fuori dell'orario di ufficio dei servizi.

Dall'esame dei regolamenti forniti dai servizi territoriali è possibile completare il quadro informativo disponibile. Nella tavola seguente si riporta una sinossi delle fonti esaminate, degli interventi previsti e della durata massima di intervento.

Tab. 6.2 - Presa in carico in situazioni di urgenza e emergenza, per zona: fonte, tipologia di intervento prevista, durata massima.

Zona-distretto	Fonte	Tipo di intervento	Durata
Valdarno	-	-	-
Firenze	Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità	Par. 3.1.1. Attivazione del Pronto sociale domiciliare ¹⁴	30 gg
	Regolamento per l'ospitalità di persone anziane o adulte con disabilità presso residenze sanitarie assistenziali o residenze assistite (Deliberazione Assemblea dei Soci n. 4 del 30 luglio 2012)	Art. 3 - Attivazione di Ricoveri temporanei, post acuzie e per urgenze, di sollievo Art. 6 - Modalità d'accesso ai ricoveri post acuzie o per urgenze ("codici rossi")	60 gg
Grossetana	-	-	-
Bassa Val di Cecina	Deliberazione della giunta n. 01 del 2011 "Progetto Non-Autosufficienza e Regolamento di Compartecipazione"	Par. 6.3.2.2. Ricoveri post acuzie per casi urgenti e situazioni di acuzie sociale	30 gg prorogabili di 30 gg
Piana di Lucca	-	-	-
Lunigiana	Procedura per la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente, 20.06.2011	Par. 6.3. Procedura di presa in carico di urgenza (Gruppo di progetto)	30 gg
	Regolamento dei servizi sociali della Lunigiana	Articolo 7.2. esonero temporaneo dalla compartecipazione per i casi urgenti	-
Pisana	Disciplinare Servizi di assistenza domiciliare e di sostegno alle responsabilità familiari	Art. 7, Priorità in liste attesa per casi urgenti	-
		Art. 8, Attivazione Adi per casi urgenti e in caso di continuità assistenziale ospedale territorio	15 gg
Val di Nievole	Deliberazione della giunta n. 19 del 28.11.2012, Criteri di accesso per l'inserimento di anziani non autosufficienti e adulti inabili nelle strutture residenziali (Rsa), semiresidenziali e per l'accesso ai servizi domiciliari (All. A)	Priorità di accesso in Rsa: attivazione diretta in caso di anziani privi di rete familiare divenuti improvvisamente non autosufficienti e di anziani soli non autosufficienti che subiscono un aggravamento dello stato di salute	-
	Deliberazione n. 17 del 2007, Regolamento di accesso ai	Art. 6, procedura di attivazione diretta dei servizi in	-

¹⁴ L'intervento non è erogato nell'ambito del percorso UVM ma direttamente dal servizio sociale, trattandosi di prestazione socio assistenziale esclusa dalla copertura del fondo non autosufficienza. Trattandosi però di una risposta emergenziale significativa, e attivabile anche per persone anziane non autosufficienti, si è scelto di inserirla comunque nella rilevazione.

Zona-distretto	Fonte	Tipo di intervento	Durata
	servizi sociali	caso di urgenza	
Pratese	-	-	-
Val di Chiana Senese	Regolamento unico per l'accesso ai servizi - Determinazioni attuative per l'anno 2012	Art. 42. Servizi di supporto alla domiciliarità per anziani non autosufficienti: Ricovero temporaneo per emergenza e urgenza	60 gg proro- gabili di 60 gg

Fonte: indagine FNP Cisl Toscana - Fondazione E. Zancan, 2012

Come evidenzia la tabella, nella documentazione esaminata i riferimenti alla presa in carico in emergenza e in urgenza sono molto scarni, e riguardano prevalentemente il versante delle risposte attivabili per le situazioni di urgenza, solitamente accomunate alle dimissioni difficili e inserite nell'ambito della regolazione dei ricoveri temporanei.

La risposta residenziale è il principale tipo di intervento previsto, come già riscontrato in sede di rilevazione. Solo nel regolamento degli interventi domiciliari di Firenze (Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità o di non autosufficienza, punto 3.1.1.) è prevista l'attivazione di un sostegno domiciliare gratuito, specifico per situazioni di emergenza e urgenza denominato Pronto sociale domiciliare¹⁵.

Nelle zone di Firenze, Lunigiana, Pisana e Val di Nievole sono previste specifiche procedure in deroga per i casi urgenti, rispetto ai tempi di istruttoria previsti, alla gestione ordinaria delle graduatorie di accesso, alle modalità ordinarie di valutazione e progettazione.

DA UNA VISIONE FRAMMENTATA A UNA VISIONE GLOBALE

La ricerca ha avuto come finalità quella di misurare la capacità di risposta delle zone rispetto alla presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. A tal fine in questo ultimo capitolo sono stati realizzati confronti interzonali che hanno considerato singoli aspetti della presa in carico.

Si vuole tuttavia fare uno sforzo ulteriore, guardando in modo complessivo alla capacità delle zone di prendere in carico le persone anziane non autosufficienti del loro territorio. S'intende cioè valutare globalmente ogni zona in modo da pervenire a una classifica generale (ranking) che determina il territorio più capace e quello meno capace di farsi carico delle persone anziane non autosufficienti. A tal fine è stata utilizzata una metodologia sperimentale, che permette di considerare con-

¹⁵ Dal regolamento: "Tali interventi intendono rispondere alle situazioni di emergenza o urgenza sociali e/o alle necessità di prima attivazione di servizi in attesa della definizione del PAP, anche nel quadro di percorsi di dimissione ospedaliera protetta. Gli interventi di Pronto Sociale Domiciliare possono inoltre essere attivati anche in aggiunta a prestazioni già attive nell'ambito di un PAP, in presenza di situazioni di repentina variazione delle condizioni di bisogno alle quali occorre rispondere tempestivamente e in modo flessibile. Gli interventi di Pronto Sociale Domiciliare intendono quindi rispondere a situazioni contingenti hanno carattere straordinario e, di norma, non possono durare oltre i 30 giorni".

giuntamente una pluralità di dimensioni e di creare un “punteggio” complessivo della capacità di presa in carico rilevata nelle zone. Tale punteggio è ottenuto attraverso una standardizzazione di alcune variabili considerate nel monitoraggio, e permette un confronto tra le zone interessate. È infatti possibile comparare gli indici zonali nel loro complesso, nonché verificare quale, tra i singoli aspetti considerati, ha “pesato” di più nel determinare il risultato complessivo. Si tratta di una metodologia versatile, che può essere progressivamente raffinata attraverso l’ampliamento delle variabili considerate o l’attribuzione di “pesi” diversificati alle singole componenti dell’indice.

In questa prima applicazione le variabili più significative nel determinare la capacità zonale sono state individuate con un panel di esperti. Nello specifico sono state selezionate 10 variabili che riguardano¹⁶:

- i Punti Insieme (numero di utenti potenziali, copertura oraria, barriere architettoniche per l’accesso),
- l’Unità di Valutazione Multidimensionale (ore settimanali degli operatori, presenza del medico di medicina generale all’UVM, presenza del geriatra all’UVM, presenza dei familiari all’UVM, ore operatore per anziano non autosufficiente, numero di piani assistenziali per anziano non autosufficiente),
- la presa in carico in condizione di emergenza-urgenza (copertura oraria).

Come si evince dalla tabella 6.3, nella quale sono riportati i valori di ogni variabile per zona distretto, le variabili si basano su scale di misurazione diverse (es. ore settimanali, anziani residenti). Per renderle confrontabili, e quindi consentire di realizzarne la lettura unitaria, sono stati standardizzati i valori, portandoli tutti a una stessa scala compresa tra 0 e 1.

In generale, per tutte le variabili considerate abbiamo assunto che valori più alti corrispondono a condizioni migliori per gli anziani assistiti, ad eccezione della variabile “Bacino di utenza potenziale per Punto Insieme” per la quale si presume che valori più alti corrispondono a situazioni peggiori.

A ognuna delle 10 variabili considerate è stata attribuita la stessa importanza nel determinare la capacità della zona di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti¹⁷, scegliendo quindi di non dare una priorità specifica a un criterio (variabile) rispetto agli altri.

¹⁶ Non è stato possibile inserire altre variabili (come ad esempio la durata media della presa in carico in emergenza-urgenza e la copertura oraria della continuità assistenziale) per mancanza di dati in alcune zone.

¹⁷ Per l’attribuzione dei pesi è stato adottato il metodo diretto in base al quale la somma dei pesi attribuiti alle variabili è pari a 1.

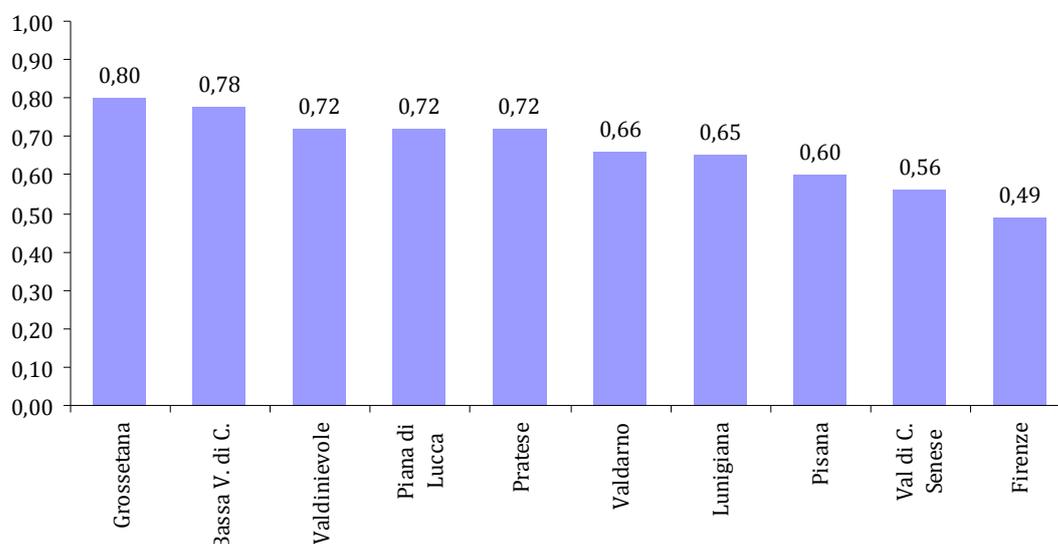
Tab. 6.3 - Variabili selezionate per la valutazione delle zone: denominazione, unità di misura e valori per zona.

	Unità di misura	Valdarno	Firenze	Grossetana	Bassa V. di Cecina	Piana di Lucca	Lunigiana	Pisana	Valdinievole	Pratese	Val di C. Senese
Bacino utenza potenziale Punto Insieme	N. anziani over 75 anni	1.080	10.224	2.121	3.490	659	1.197	4.587	3.391	2.797	910
Copertura oraria Punto Insieme	Ore settimana	6,1	7,0	9,4	17,5	9,0	5,1	9,2	5,3	15,7	2,1
Barriere architettoniche accesso Punto Insieme	Presenza (1-2)	1,7	1,8	1,8	1,7	1,7	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0
Disponibilità operatori base UVM	Ore settimana	72,0	112,5	110,0	54,0	66,0	30,0	36,0	110,0	66,0	18,0
Presenza medico di medicina generale in UVM	Frequenza (0-4)	1,0	1,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,0
Presenza geriatra in UVM	Frequenza (0-4)	0,0	2,0	4,0	3,0	0,0	4,0	0,0	4,0	4,0	0,0
Presenza famiglia in UVM	Frequenza (0-4)	2,0	0,0	0,0	4,0	2,0	2,0	1,0	0,0	3,0	1,0
Disponibilità operatori UVM per anziano non auto residente	Ore operatore	2,3	0,7	3,0	1,8	1,2	1,2	0,5	2,7	0,9	0,7
Piani assistenziali personalizzati (Pap) dell'UVM per anziano non auto residente	N. piani	40,0	13,3	51,0	18,4	49,6	23,8	40,8	31,4	17,0	44,8
Copertura oraria presa in carico Emergenza-Urgenza	Ore settimana	30,0	30,0	25,0	72,0	30,0	25,0	36,0	35,0	42,0	40,0

Combinando le variabili identificate attraverso il metodo della “somma ponderata”¹⁸, si ottiene un punteggio complessivo per ogni zona. Tale punteggio determina il ranking zonale rispetto alla capacità di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti.

Il risultato finale è rappresentato nella figura 6.2: in una scala tra 0 e 1 (dove 1 rappresenta il risultato migliore), la Grossetana è la zona con la maggiore capacità di presa in carico, arrivando ad un punteggio di 0,80, seguita dalla Bassa Val di Cecina (0,78) e da altre tre zone (Valdinievole, Piana di Lucca e Pratese) con lo stesso punteggio di 0,72. Le zone meno performanti risultano essere Firenze (0,49) e Val di Chiana Senese (0,56).

Fig. 6.2 - Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico.

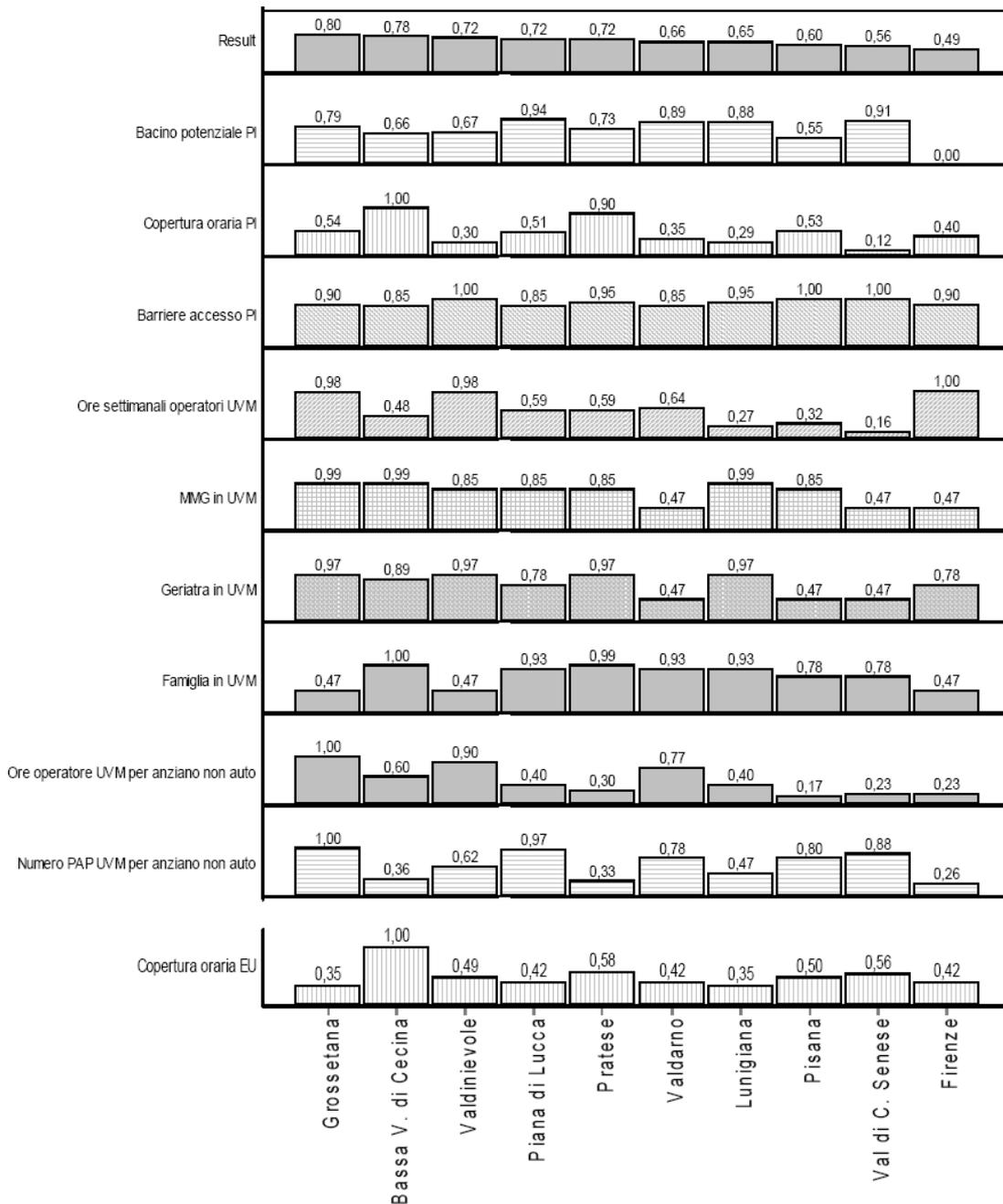


Per il metodo seguito, il punteggio finale è dato dall’apporto di ogni variabile selezionata (fig. 6.3).

Nel caso della Grossetana, ad esempio, incidono in modo positivo le ore - operatore dell’unità di valutazione per anziano non autosufficiente residente, la presenza molto frequente del medico di medicina generale e del geriatra alle riunioni dell’unità di valutazione, le ore settimanali che gli operatori destinano all’UVM e il numero di piani assistenziali. Incidono invece in modo negativo la copertura oraria della presa in carico in condizioni di emergenza-urgenza e la bassa frequenza dei familiari alle riunioni dell’unità valutativa.

¹⁸ Tale metodo, frequentemente usato per fare valutazioni comparative in relazione alla scelta dell’alternativa migliore, produce un punteggio totale per ogni zona calcolato sommando i valori standardizzati di ogni variabile per il peso attribuito.

Fig. 6.3 - Ranking delle zone rispetto alla capacità di presa in carico, per valore complessivo e per singola variabile.

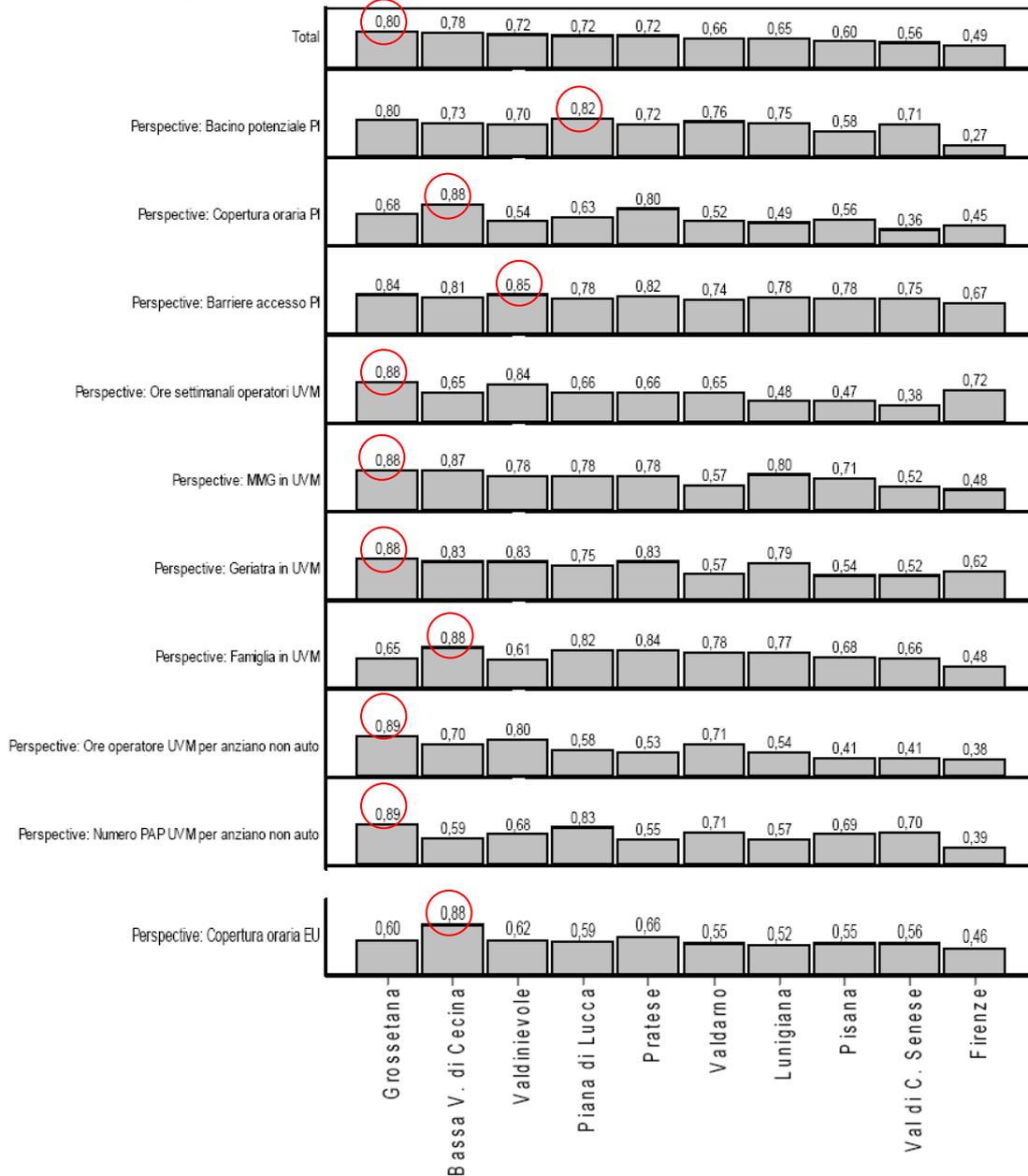


I risultati precedentemente ottenuti derivano anche dalla scelta di attribuire alle 10 variabili scelte la stessa importanza nel determinare la capacità della zone di farsi carico dei propri anziani non autosufficienti.

La successiva figura evidenzia invece come cambia il ranking delle zone a seconda di diverse attribuzioni di priorità (quindi di peso percentuale) alle variabili. Per semplificare questa opzione, nella figura seguente sono confrontati scenari nei quali si prevede di assegnare a una variabile una maggiore priorità rispetto alle altre. Ad esempio, nel caso in cui il peso maggiore venga attribuito al bacino di uten-

za potenziale per Punto Insieme, la Piana di Lucca ottiene il punteggio più alto (con 0,82) seguita dalla Grossetana. Nel caso in cui il peso maggiore sia dato all'accessibilità, il valore migliore risulta essere quello della Val di Nievole, e così via per le altre variabili. In 5 casi su 10, la zona Grossetana rimane la zona con il ranking più alto.

Fig. 6.4 - Ranking delle zone rispetto alla capacità di presa in carico, per valore complessivo e per scenario alternativo.



Nota: sono cerchiare le zone con il ranking più alto a seconda della prospettiva considerata

Il metodo applicato per generare la classifica finale delle zone (metodo della somma ponderata) è particolarmente utilizzato per facilitare il confronto di scenari di-

versi, per evidenziare punti di forza e di debolezza delle diverse alternative, e, infine, per scegliere quella “migliore”.

Nel nostro caso gli scenari sono rappresentati dai sistemi locali di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. L’analisi realizzata di conseguenza ci restituisce:

- la classifica dei sistemi zionali, dal migliore al peggiore, in termini relativi;
- gli aspetti di forza e di debolezza di ogni sistema zonale nel determinare la posizione nella classifica.

Quest’ultimo aspetto è particolarmente significativo in quanto consente alle zone di trovare possibili soluzioni per attenuare l’incidenza dei punti di debolezza. Per esempio nel caso di Firenze, garantendo la presenza continua nell’UVM del medico di medicina generale (ora “raramente”) e del geriatra (ora “talvolta”) la zona migliorerebbe il proprio profilo di risposta, lasciando l’ultimo posto in classifica.

Pervenire a un indice complessivo in grado di pesare ogni zona, basato su un approccio metodologicamente rigoroso, è un ulteriore contributo offerto dalla ricerca rispetto alla verifica e valutazione dei welfare territoriali a supporto delle persone anziane in condizione di non autosufficienza.

Si tratta di una prima applicazione che, in quanto tale, ha carattere sperimentale e quindi perfettibile nel tempo. Ma indubbiamente facilita la logica partecipativa in quanto esplicita in modo chiaro i parametri valutativi, riconduce il risultato finale ad un unico punteggio facilmente comprensibile per tutti gli stakeholder, cittadini anziani in primis.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

I risultati presentati in questa pubblicazione offrono un importante contributo conoscitivo a una pluralità di attori: le istituzioni locali e regionali, gli operatori, il sindacato, i cittadini.

L'obiettivo del progetto promosso da FNP Cisl, ovvero promuovere la sperimentazione di un monitoraggio della capacità di presa in carico dei servizi per la non autosufficienza realizzati nelle zone distretto della Toscana, ha dato gli esiti auspicati. La rilevazione delle informazioni relative alle caratteristiche e al funzionamento dei punti insieme, delle UVM e dei percorsi di presa in carico attivati a favore degli anziani non autosufficienti ha permesso di ampliare la conoscenza dei sistemi locali presenti in dieci zone distretto, ma anche di consolidare un rapporto diretto dell'organizzazione sindacale con i responsabili dei servizi, con l'obiettivo di attivare processi condivisi di qualificazione della capacità di risposta esistente.

Il monitoraggio è stato occasione per il sindacato di sperimentarsi quale promotore di percorsi conoscitivi e di attivatore di processi di confronto territoriale, in uno dei settori più importanti, per impatto economico e sociale, dei sistemi di welfare territoriali.

La sperimentazione, oltre alla validazione di strumenti e metodi di osservazione, ha permesso anche di conoscere e confrontare informazioni relative a profili specifici del percorso di assistenza per le persone anziane non autosufficienti, in grado di offrire una prima fotografia delle infrastrutture organizzative esistenti e dei processi di presa in carico praticati. Al di là dei dati ufficiali esistenti, è stata posta particolare attenzione nel rilevare quegli aspetti del sistema che hanno il maggiore impatto sulla concreta fruizione dei servizi da parte della popolazione anziana: la localizzazione, l'accessibilità e il funzionamento dei punti insieme, le risorse professionali e organizzative delle UVM e la loro capacità di risposta, le caratteristiche principali dei percorsi di accesso al sistema, soprattutto nei casi di maggiore fragilità, come nell'emergenza-urgenza e nei casi di continuità assistenziale.

Il quadro che è emerso, come descritto nei diversi capitoli del rapporto, è caratterizzato da punti di forza e criticità in ognuno degli ambiti considerati: ogni zona ha attuato gli indirizzi regionali secondo modalità e soluzioni organizzative e procedurali proprie, con esiti diversi.

L'obiettivo del rapporto non è comunque quello di "dare i voti" alle zone, quanto di individuare, in modo trasparente e condiviso, spazi di miglioramento e di qualificazione della capacità di risposta che quotidianamente i servizi territoriali mettono in campo, così da garantire alle persone anziane con problemi di non autosufficienza un effettivo accesso al sistema dei servizi. Come suggerito in chiusura del capitolo precedente, la conoscenza e il confronto delle diverse situazioni zonali su basi

comuni permette di evidenziare gli spazi di miglioramento esistenti, anche attraverso l'introduzione di buone prassi, che non necessariamente determinano aumenti di spesa.

Il monitoraggio ha escluso dal proprio ambito di intervento ogni riferimento al tema delle risorse, fatta eccezione per gli aspetti relativi alla valutazione della capacità economica dell'assistito e dei familiari per la determinazione della partecipazione alla spesa, quale ambito che incide direttamente sull'effettivo accesso al sistema di interventi per la non autosufficienza. Si è scelto infatti di porre l'attenzione sugli aspetti di organizzazione e di processo, che incidono sostanzialmente sull'effettivo accesso al sistema dei servizi, lasciando sullo sfondo per questa prima fase la dimensione dell'offerta presente sui territori e della capacità di spesa collegata. Ciò non toglie che il tema delle risorse sia fondamentale per la tenuta dell'intero sistema, anzi, il monitoraggio è un tentativo di promuovere la conoscenza dei contesti locali in cui tali risorse vengono spese, per migliorarne la capacità di rendimento.