



Settembre 2010

a cura del Settore  
Analisi della normazione  
Biblioteca del Consiglio regionale



## Il Fondo regionale per la non autosufficienza: primi risultati dell'attuazione della l.r. 66/2008

La presente nota, elaborata sulla base della relazione prodotta dalla Giunta regionale in attuazione dell'art. 20 della l.r. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", presenta il quadro conoscitivo circa la prima attuazione della legge regionale e la fase pilota che l'ha preceduta.

### ***In sintesi***

Dall'esame dei dati raccolti emergono in particolare i seguenti elementi:

- la Toscana registra, nel 2008, un **tasso di invecchiamento della popolazione superiore alla media nazionale** (23,3% contro il 20,1% dell'Italia)
- stime recenti indicano che in Toscana risiedono **193.716 non autosufficienti nelle IADL e 66.039 non autosufficienti nelle BADL**;
- dopo la **fase pilota**, durata circa due anni, è stato approvato definitivamente il "**Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente**", basato sulla continuità assistenziale ospedale/distretto;
- nel triennio 2008-2010 la Regione Toscana ha destinato quasi **197 milioni di euro per la copertura del Fondo**, erogati alle Zone-distretto per l'estensione delle prestazioni domiciliari e alle Aziende USL per la riduzione delle liste d'attesa;
- sono stati istituiti **254 Punti Insieme** su tutto il territorio regionale e tutte le **34 zone hanno una UVM operativa** sul proprio territorio;
- **il 45% dei Comuni ha adeguato il proprio regolamento per la compartecipazione** alla spesa da parte degli assistiti, mentre permangono alcune difficoltà da parte degli altri Comuni;
- sono stati **individuati 5 livelli di isogravità del bisogno**, finalizzati alla ripartizione delle risorse per l'assistenza domiciliare;
- tra il 2008 e il 2009 si osserva, in percentuale, **l'incremento dell'assistenza domiciliare** e una contemporanea **diminuzione di quella con ricovero in RSA**;
- si riscontra un **sensibile ritardo nella implementazione del sistema informativo** che impedisce fino ad oggi l'acquisizione delle informazioni su questioni fondamentali (tempi medi d'attesa, numero persone assistite, dati finanziari di consuntivo) mentre sono disponibili dati aggregati relativi ai servizi attivati e alla spesa programmata.

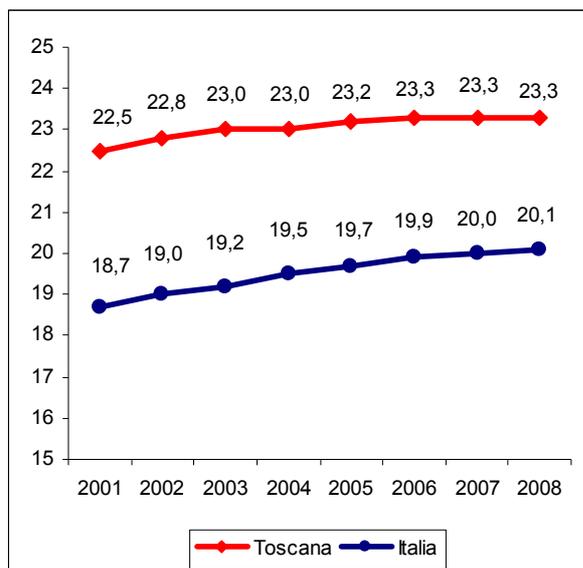
# 1. Gli anziani in Toscana: aspetti demografici, epidemiologici ed assistenziali<sup>1</sup>

Nel 2008 gli **ultra65enni<sup>2</sup> residenti in Toscana erano 862.680**, di cui 362.210 uomini (42%) e 500.470 donne (58%), con un indice di invecchiamento della popolazione (IIP)<sup>3</sup> pari al 23,3%.

L'elevato valore di tale indice è un elemento caratterizzante la struttura demografica della Toscana, che si colloca al secondo posto nella graduatoria delle regioni italiane dopo la Liguria, con un valore di quasi tre punti percentuali al di sopra della media nazionale.

Il trend temporale si è stabilizzato in Toscana a partire dal 2005, mentre continua ad essere positivo a livello nazionale, con una conseguente diminuzione della differenza tra Toscana e resto d'Italia, come riportato nel grafico di Tav. 1.

**Tav. 1 – Indice di invecchiamento della popolazione - Periodo 2001-2008 Italia e Toscana**

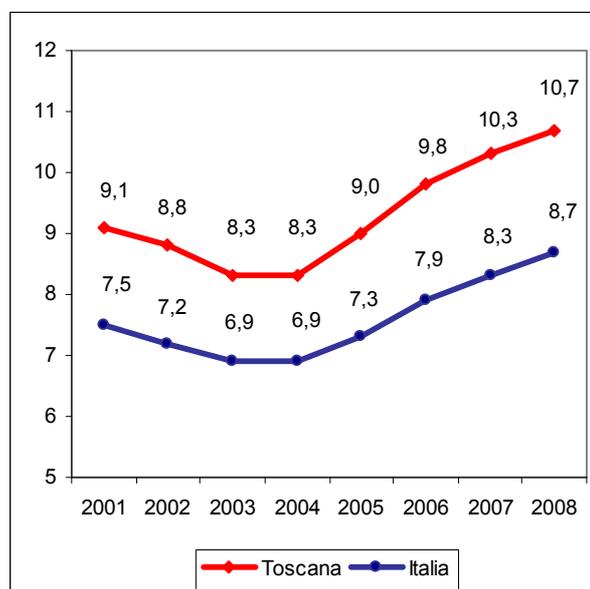


Fonte: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Se prendiamo in considerazione l'indice di supporto ai grandi anziani (ISGA)<sup>4</sup> abbiamo, sempre per il 2008, un valore di 10,7% per la Toscana e di 8,7% a livello nazionale.

Il trend temporale di questo indicatore, negativo dal 2001 al 2004, è da quest'ultimo anno costantemente positivo, sia a livello nazionale che per la Toscana che, peraltro, mostra un tasso di incremento leggermente superiore, come riportato nel grafico di Tav. 2.

**Tav. 2 – Indice di supporto ai grandi anziani Periodo 2001-2008 - Italia e Toscana**



Fonte: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

All'interno del territorio regionale si osservano alcune variazioni significative ma, anche per le aree con valori più bassi (Prato per l'IIP e Prato e Viareggio per l'ISGA), i valori sono superiori alle rispettive medie nazionali.

L'analisi dei dati demografici è utile a fornire un quadro di riferimento delle problematiche connesse con la non autosufficienza, soprattutto riguardo alla loro evoluzione temporale, ma non forniscono elementi riguardo al numero di persone effettivamente in tale condizione.

Un recente **studio epidemiologico<sup>5</sup>** ha rilevato i dati relativi al numero di anziani ricoverati in RSA e, per gli anziani non istituzionalizzati, quelli per i quali erano presenti le seguenti problematiche, elencate in ordine di gravità decrescente:

- fragilità<sup>6</sup>;
- dipendenza nelle IADL<sup>7</sup>;
- dipendenza nelle BADL<sup>8</sup>;

consentendo di avere stime attendibili dell'effettiva consistenza del problema in Toscana nel 2008.

**I ricoverati in RSA sono 11.290**, pari all'1,3% del totale della popolazione oltre i 65 anni (0,7% per gli uomini, 1,7% per le donne).

Nella popolazione oltre i 65 anni non istituzio-

nalizzata vi sono 66.039 casi di non autosufficienza nelle BADL, di cui 46.143 di grado elevato (non autosufficienti in almeno 3 BADL), pari rispettivamente al 7,8% e al 5,4% della popolazione di riferimento.

Nella popolazione oltre i 65 anni non istituzio-

gli uomini.

Un ultimo aspetto riguarda il **tipo di assistenza** di cui godono gli anziani non autosufficienti.

La maggioranza della popolazione con dipendenza nelle IADL o nelle BADL gode **esclusi-**

**Tav. 3 – Situazioni di criticità tra gli anziani oltre i 65 anni in Toscana – Anno 2008**

| Criticità  | Valore assoluto | Incidenza sulla popolazione di riferimento (%) |      |      |
|--|-----------------|--|------|------|
|  |                 | M+F  | M    | F    |
| Ricoverati in RSA                                  | 11.290          | 1,3  | 0,7  | 1,7  |
| Soggetti fragili                                   | 409.973         | 48,2   | 47,0 | 48,0 |
| <i>ad alto rischio di non autosufficienza</i>      | 287.530         | 33,8   | 33,8 | 33,8 |
| <i>ad altissimo rischio di non autosufficienza</i> | 122.443         | 14,4   | 13,2 | 15,2 |
| Non autosufficienti nelle IADL                     | 193.716         | 24,6   | 16,2 | 31,3 |
| <i>con non autosufficienza lieve o moderata</i>    | 142.471         | 18,1   | 12,6 | 22,5 |
| <i>con non autosufficienza grave</i>               | 51.245          | 6,5  | 3,6  | 8,8  |
| Non autosufficienti nelle BADL                     | 66.039          | 7,8  | 4,9  | 9,8  |
| <i>non autosufficienti in 1 o 2 BADL</i>           | 19.896          | 2,4  | 1,7  | 2,8  |
| <i>non autosufficienti in 3 o più BADL</i>         | 46.143          | 5,4  | 3,2  | 7,0  |

Fonte: ns. elaborazioni su dati Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

nalizzata ed autosufficiente nelle BADL i casi di non autosufficienza nelle IADL sono 193.716, di cui 51.245 gravi, pari rispettivamente al 24,6% e al 6,5% della popolazione di riferimento.

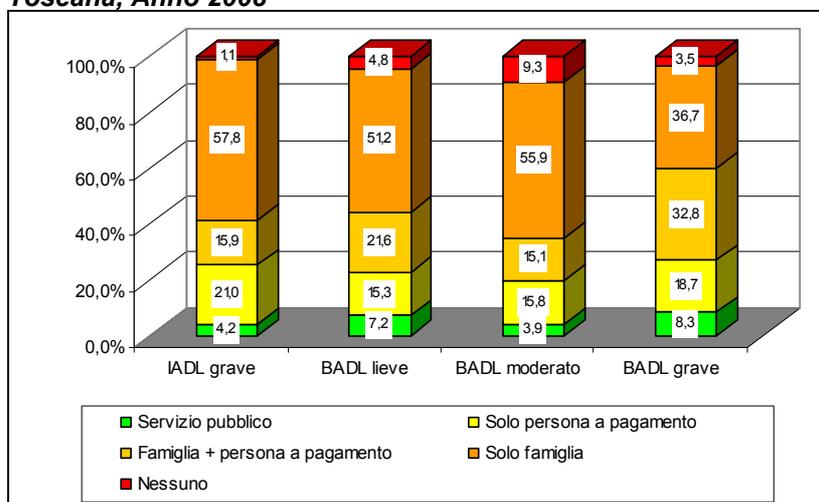
Infine, i casi di fragilità ad alto o altissimo rischio di non autosufficienza sono 409.973, pari al 48,2% della popolazione di riferimento.

Nel prospetto di **Tav. 3** sono riportati i dati analitici distinti per sesso.

È infine da segnalare il fatto che la gravità delle problematiche aumenta con l'età e questo appare uno dei motivi per i quali l'incidenza fra le donne è sensibilmente superiore di quella fra gli uomini nelle situazioni di maggiore gravità, in quanto le donne hanno una vita media maggiore de-

**vamente del supporto della propria famiglia.** Le famiglie con un anziano non autosufficiente che godono del **servizio pubblico sono circa 6.300**, mentre quelle che **si rivolgono ad una persona a pagamento sono circa 47.400.**

**Tav. 4 – Anziani non autosufficienti non istituzionalizzati per tipo di assistenza e gravità della non autosufficienza Toscana, Anno 2008**



Fonte: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Nel grafico di *Tav. 4* sono riportati i valori percentuali relativi al tipo di assistenza goduta dagli anziani ultra65enni non istituzionalizzati per tipologia di non autosufficienza.

Gli anziani non autosufficienti non istituzionalizzati che **frequentano centri diurni sono cir-**

**ca 2.450**, pari al 2,1% della popolazione di riferimento, mentre quelli in **lista di attesa per un posto in RSA** sono poco più di **2.400**: in quasi 3 casi su 4 per essi è stato richiesto un ricovero permanente in RSA.

## 2. *La “ratio” della legge*

Con la l.r. 66/2008 la Regione Toscana ha inteso intervenire per **sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati** a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane.

Con tale strumento, la Regione persegue le finalità di migliorare la qualità, la quantità e l’appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti e di favorire percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità.

La legge istituisce il **Fondo per la non autosufficienza**, le cui risorse provengono dal Fondo

sanitario regionale, dal Fondo sociale regionale, dal Fondo nazionale per l’assistenza alle persone non autosufficienti, e prevede la partecipazione di risorse da parte dei Comuni.

Il Fondo finanzia **prestazioni appartenenti a tre diverse tipologie**: interventi domiciliari sociosanitari erogati in forma diretta o indiretta, inserimenti in residenza sanitaria, temporanei o permanenti, ed inserimenti in strutture semiresidenziali.

## 3. *L’attuazione della legge*

### 3.1 *Gli strumenti della programmazione*

La legge trova il primo avvio a partire dalla **fase pilota del 2008**, nella quale è stato sperimentato un **nuovo modello organizzativo e gestionale** per all’assistenza alle persone non autosufficienti anziane.

Questo modello organizzativo si fonda sul carattere universalistico dell’assistenza, riconoscendo alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata e garantisce la continuità assistenziale ospedale/distretto del paziente, in un sistema che prevede la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali coinvolti, ciascuno con le proprie competenze: Regione, Aziende USL ed Enti locali.

In ottemperanza a quanto stabilito dall’articolo 19 della legge, la **modifica al Piano integrato**

**sociale regionale 2007-2010** (D.C.R. n. 69 del 11 novembre 2009) ha previsto l’inserimento di questo nuovo modello organizzativo sperimentato nella fase pilota e successivamente approvato in via definitiva con la denominazione di **“Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente”** (D.G.R. n. 370 del 22 marzo 2010).

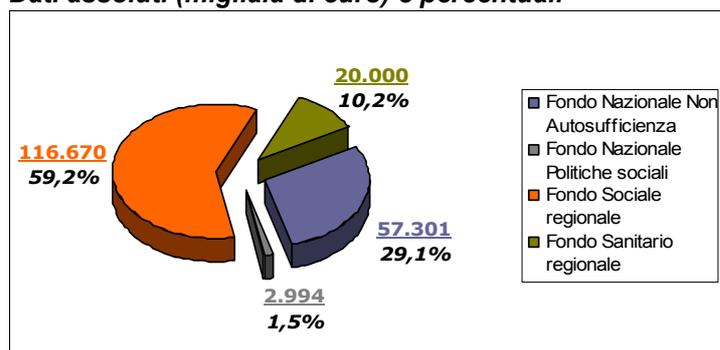
Per quanto riguarda le **persone non autosufficienti disabili minori, adolescenti e adulte**, la Giunta Regionale ha al momento approvato le linee guida per il servizio **“Vita Indipendente”** (D.G.R. n. 1166 del 14 dicembre 2009)<sup>9</sup>, ed ha deciso di **rimandare la definizione dell’intero processo** assistenziale per tale tipologia di persone al **prossimo Piano sanitario e sociale regionale 2011-2015**.

### 3.2 *Il Fondo per la non autosufficienza*

Nel triennio 2008-2010 la Giunta regionale ha destinato **quasi 197 milioni di euro alla coper-**

**tura del Fondo**<sup>10</sup>: il grafico di *Tav. 5* mostra quali sono le risorse che lo compongono.

**Tav. 5 – Composizione del Fondo nel triennio 2008-2010. Dati assoluti (migliaia di euro) e percentuali**



Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

Oltre il **59%** delle risorse complessive è costituito da finanziamenti provenienti dal **Fondo Sociale regionale**, avente come obiettivo primario la riduzione delle liste di attesa per l'inserimento permanente in residenza assistita. I trasferimenti nazionali rappresentano nell'insieme oltre il 30% delle risorse e sono quasi completamente costituiti (95%) dalle risorse del **Fondo Nazionale per la Non autosufficienza**, che nel triennio ammontano ad oltre 57 milioni di euro, stanziati prevalentemente per l'anno 2009 (43 milioni di euro). Nel 2010, per sopperire al brusco calo dei trasferimenti nazionali (poco più di 5 milioni di euro) e mantenere comunque il finanziamento annuale complessivo del Fondo a 80 milioni, la Giunta regionale ha deciso di riservare ai non autosufficienti **20 milioni di euro del Fondo Sanitario regionale** destinato ai servizi socio-sanitari.

I dati riportati nella tabella di **Tav. 6** mostrano come le risorse del Fondo sono state ripartite nei tre anni<sup>11</sup>. Nel triennio, oltre **121 milioni di euro** (il 61,6% delle risorse complessive) sono stati destinati alle 34 Zone-distretto, finalizzati

soprattutto all'estensione dei servizi per i non autosufficienti che rientrano nell'area dell'assistenza domiciliare. Un po' meno di **60 milioni di euro**, pari al 30,3% del totale, sono stati ripartiti tra le 12 Aziende USL, da utilizzare **per i ricoveri in residenza assistita (RSA)**. Infatti, la Giunta regionale ha deciso di destinare tali risorse alla copertura di **"quote sanitarie aggiuntive"**, coperte dal Fondo sociale regionale e non soggette a compartecipazione da parte degli assistiti<sup>12</sup>, per dare una risposta ad uno

degli obiettivi primari del progetto assistenziale: la **riduzione delle liste di attesa per gli inserimenti permanenti in RSA**, che al 31 dicembre 2007 comprendevano oltre 3.300 ultra65enni.

Le minori risorse impegnate per la riduzione delle liste di attesa nel 2008 rispetto ai due anni seguenti sono legate alla diversità del periodo di riferimento, che in questo caso è solo l'ultimo quadrimestre, contro l'intera annualità di copertura nel caso del 2009 e del 2010 ed al diverso numero di quote acquistate: 1076 nel 2008, aumentate a 1305 in ognuno degli anni successivi. Sebbene ancora ripartite tra tutte le Aziende USL, le quote sanitarie aggiuntive sono state implementate a favore delle Aziende USL che presentavano maggiori criticità per gli inserimenti in strutture residenziali: Firenze, Grosseto, Siena e Viareggio<sup>13</sup>.

Infine, una parte residua del Fondo è stata destinata al sostegno dello sviluppo omogeneo del sistema assistenziale nella regione, in misura pari al 2,5% nel triennio, quindi al di **sotto della quota (10%) prevista** dalla legge (art. 3, c. 2).

**Tav. 6 – Ripartizione del Fondo nel triennio 2008-2010**

| Riparto Fondo                 | Obiettivo  | Valori assoluti in migliaia di euro |               |               |                | Percentuali  |              |              |              |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|---------------|---------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                               |  | 2008                                | 2009          | 2010          | Totale         | 2008         | 2009         | 2010         | Totale       |
| Zone/<br>Distretto            | Estensione prestazioni domiciliari. Riduzione liste di attesa in RSA | 29.900                              | 45.497        | 46.000        | <b>121.397</b> | 81,0         | 56,8         | 57,5         | <b>61,6</b>  |
| Aziende USL                   | Riduzione liste di attesa in RSA                                     | 6.564                               | 25.055        | 28.103        | <b>59.722</b>  | 17,8         | 31,3         | 35,1         | <b>30,3</b>  |
| Centri Hospice                | Supporto oneri gestionali  | -                                   | 5.000         | -             | <b>5.000</b>   | 0,0          | 6,3          | 0,0          | <b>2,6</b>   |
| "Vita Indipendente"           | Attivazione Servizio per persone disabili con gravità                | -                                   | 2.000         | 3.899         | <b>5.899</b>   | 0,0          | 2,5          | 4,9          | <b>3,0</b>   |
| Sviluppo omogeneo del sistema | ex articolo 3, comma 2, l.r. 66/2008                                 | 460                                 | 2.489         | 1.998         | <b>4.947</b>   | 1,2          | 3,1          | 2,5          | <b>2,5</b>   |
| <b>Totale</b>                 |  | <b>36.924</b>                       | <b>80.041</b> | <b>80.000</b> | <b>196.965</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

### 3.3 L'estensione territoriale dei presidi

La l.r. 66/2008 prevede la costituzione di **Punti Insieme** in tutte le Zone-distretto, cioè di presidi destinati all'accoglienza e all'informazione delle persone che segnalano il bisogno di assistenza e richiedono la valutazione di non autosufficienza.

I **Punti Insieme** istituiti sono **254**, distribuiti su tutto il territorio regionale. In media abbiamo **6,8 PI ogni 100mila abitanti**, **1,1 ogni 100 kmq** di territorio, con una concentrazione assai diversa nelle diverse USL.

Se osserviamo il grafico di **Tav. 7**, dove in ascissa sono riportati i valori della densità dei Punti rispetto alla popolazione ed in ordinata quelli della loro densità rispetto alla superficie (le coordinate si intersecano nel punto corrispondente alla media regionale), dovremmo

indicazioni specifiche per la loro localizzazione purché fosse rispettato quanto previsto dall'art. 10 della legge, si è, in generale, preferito utilizzare i luoghi che già in precedenza erano noti alla popolazione per l'accoglienza e l'assistenza socio-sanitaria, cioè i distretti socio-sanitari, o le sedi facilmente raggiungibili, come quelle dei Comuni.

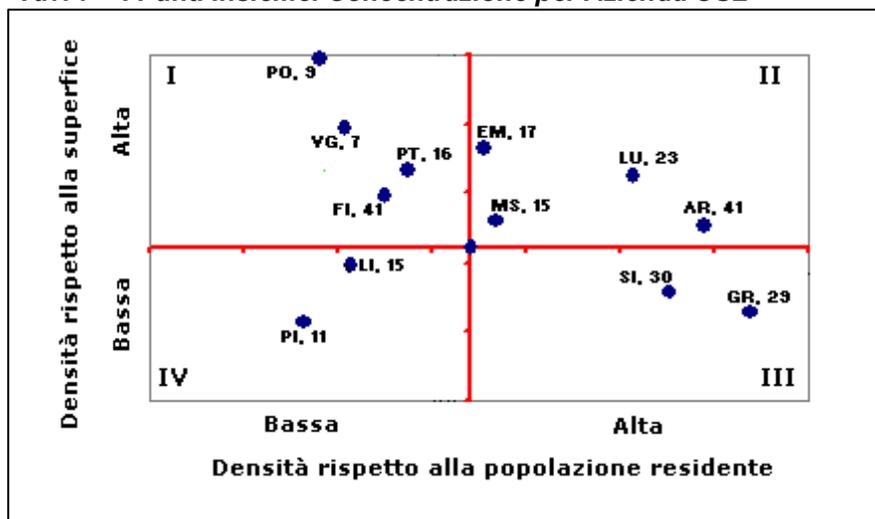
La legge prevede anche la costituzione di una **Unità di valutazione Multidisciplinare (UVM)** in ogni Zona-distretto, cioè di un gruppo operativo composto da specifiche figure professionali di ambito sociale e sanitario a cui possono aggiungersi di volta in volta operatori di specifici ambiti ritenuti necessari per la valutazione del richiedente. La UVM ha la funzione di verificare le condizioni di bisogno del richiedente, individuare la gravità del caso, definire il Progetto di assistenza personalizzato (PAP) e farne verifiche periodiche rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

Tutte le 34 Zone-distretto hanno una UVM operativa sul proprio territorio, anche in conseguenza della fase pilota che ha preceduto l'approvazione della legge, ma non tutte hanno ancora adottato gli atti deliberativi che formalizzano la costituzione del gruppo.

Tenendo presente che la situazione è in continuo aggiornamento, possiamo affermare che ad oggi **oltre la metà delle Zone hanno formalizzato la costituzione della UVM**, con la definizione delle figure professionali e degli incaricati a ricoprire il ruolo, mentre le altre non hanno ancora adottato l'atto costitutivo del nucleo valutativo e si trovano in fasi più o meno avanzate per la predisposizione degli atti.

Analogo risulta lo stato di attuazione dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**, organismi che, pur non espressamente previsti dalla legge, sono preposti al coordinamento della rete territoriali dei servizi per la non autosufficienza, secondo quanto indicato nel "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

**Tav. 7 – I Punti Insieme. Concentrazione per Azienda USL**



Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

pertanto attenderci una disposizione prevalente nei quadranti I e III.

Nella realtà si osservano numerosi casi anche nel quadrante II e, pur in misura minore, nel quadrante IV. Si segnalano i casi della USL di Lucca dove si registra una densità molto al di sopra della media regionale sia rispetto alla popolazione che rispetto all'estensione territoriale, e quello della USL di Arezzo, molto al di sopra della media come densità rispetto alla popolazione, dove è stato istituito il numero più elevato di Punti Insieme (41). All'estremo opposto abbiamo il caso della USL di Pisa, con valori nettamente al di sotto della media regionale per entrambi i parametri.

Tali **differenziazioni** appaiono attribuibili al fatto che, poiché alle Zone non sono state date

### 3.4 I nuovi criteri per la compartecipazione economica

In attuazione dell'articolo 14 della l.r. 66/2008, con delibera n. 385 del 11/05/2009 la Giunta regionale ha emanato l'atto di indirizzo per le modalità di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperte dai LEA<sup>14</sup>. La quota di compartecipazione è stabilita in base alla situazione economica dell'assistito e, *solo nel caso dei servizi residenziali*, tiene conto anche della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti entro il primo grado in linea retta.

La valutazione della situazione economica del richiedente è effettuata con lo strumento dell'indicatore ISEE<sup>15</sup>, come stabilito dalla l.r. 41/2005, e prevede:

- una **soglia di esenzione totale** dalla compartecipazione, nel caso delle prestazioni non residenziali;
- una **soglia di non esenzione** oltre la quale è dovuto il 100% del costo della prestazione, nel caso di tutte le tipologie di prestazioni.

La norma lascia comunque alle singole amministrazioni comunali la facoltà di elevare le soglie di esenzione totale, parziale e di non esenzione

dalla compartecipazione e di scegliere quale criterio utilizzare per il calcolo della quota a carico dell'assistito, tra i due metodi utilizzabili<sup>16</sup>.

Ad oggi **circa il 45% dei comuni ha adeguato il proprio regolamento** alle disposizioni contenute nell'atto di indirizzo, mentre i regolamenti degli altri comuni sono in corso di adeguamento. Il ritardo rispetto ai tempi previsti dalla legge<sup>17</sup> pare dovuto alle **difficoltà** da parte di alcuni comuni **a definire i criteri per la compartecipazione**. La normativa attuale, infatti, comporta l'adozione di criteri ben definiti che, da un lato, possono richiedere ai comuni una partecipazione alla spesa assistenziale più onerosa rispetto al passato e, dall'altro lato, possono risultare più vantaggiosi per gli assistiti e per le loro famiglie. Fino ad oggi, infatti, le persone assistite erano soggette all'applicazione di criteri di compartecipazione alla spesa diversi sul territorio regionale, che prendevano in considerazione anche la situazione reddituale dei parenti oltre il primo grado, mentre l'obiettivo della Regione Toscana è quello di favorire l'applicazione di **un metodo il più possibile uniforme** su tutto il territorio regionale.

### 3.5 L'individuazione dei livelli di gravità del bisogno

La legge stabilisce che una volta accertata la non autosufficienza della persona anziana è **necessario stabilire la sua gravità** per determinare il "pacchetto" di prestazioni appropriate al caso ed è quindi necessaria una *valutazione del bisogno*. In risposta a questo, dopo una sperimentazione svolta nei due anni precedenti, nel mese di marzo 2010 è stata approvata la versione definitiva delle **"Procedure di Valutazione Multidimensionale della condizione di bisogno della persona anziana non autosufficiente"** (Decreto dirigenziale n. 1354 del 25 marzo 2010). Tali procedure, che sostituiscono quelle precedenti, vigenti dal 1991, utilizzano una serie di scale per la valutazione dello stato di salute funzionale-organico, delle condizioni cognitive e comportamentali e della situazione socio-ambientale e familiare della persona.

I risultati di tale **valutazione multidimensionale** consentono alla UVM di definire il progetto di assistenza personalizzato (PAP) appropriato per il non autosufficiente: un percorso assistenziale domiciliare o residenziale.

Gli anziani non autosufficienti per i quali è ritenuto adeguato un percorso domiciliare sono classificati in base al *"livello di isogravità del bisogno"*<sup>18</sup>. Il "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" (DGR n. 370/2010) ha individuato **5 livelli di isogravità**, ottenuti raggruppando **27 diversi profili di bisogno** risultanti dal grado di dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana (BADL), dalla presenza di deficit cognitivi e dal livello dei disturbi dell'umore e del comportamento. Ai livelli di isogravità del bisogno corrispondono *"pacchetti di isorisorse"* del Fondo messe a disposizione per la copertura delle risposte assistenziali previste nei PAP<sup>19</sup>.

Una **prima analisi dei dati disponibili**, trasmessi all'ARS negli anni 2008-2009 e relativi a 23 Zone-distretto del territorio regionale, pare mettere in luce che gli anziani non autosufficienti valutati in UVM abbiano un bisogno assistenziale più elevato rispetto a quello della popolazione non autosufficiente residente in Toscana, stimato nello studio epidemiologico

Bi.S.S.<sup>20</sup> del 2009. Si ritiene tuttavia che l'interpretazione di tali differenze sia superabile anche con un migliore utilizzo delle procedure informatiche e l'omogenea applicazione delle proce-

sure su tutto il territorio regionale: proprio per questo, in sede di stesura del Progetto si è ritenuto di continuare la fase di monitoraggio per tutto l'anno 2010<sup>21</sup>.

### 3.6 I tempi medi di attesa per la risposta assistenziale

I dati ad oggi disponibili non consentono il monitoraggio della risposta assistenziale offerta alle singole persone e, di conseguenza, **non è noto il tempo medio di attesa per l'attivazione del progetto assistenziale, a decorrere dalla segnalazione del bisogno**. Sono infatti disponibili solo dati parziali, che possiamo esaminare a scopo indicativo, riportati nella tabella di *Tav. 8*. I dati sono relativi a circa la metà delle Zone-distretto e si riferiscono al periodo giugno-dicembre 2009 nel quale sono stati redatti 1.086 progetti di assistenza e ne sono stati attivati 755<sup>22</sup>.

Oltre l'80% di tali progetti è stato redatto dalla UVM entro 30 giorni dalla richiesta di assistenza e l'84% dei progetti attivati ha avuto l'avvio entro il primo mese, come prescritto dalla legge. Tutta-

via, le informazioni disponibili non consentono di mettere in relazione i singoli progetti redatti con quelli attivati e, quindi, non sappiamo quante tra le istanze presentate hanno avuto l'attivazione di un progetto personalizzato di assistenza entro i 60 giorni previsti dalla legge.

**Tav. 8 - Distribuzione dei PAP redatti e dei PAP attivati per numero di giorni intercorsi\*. Periodo giugno-dicembre 2009**

| Numero giorni | PAP redatti  |              | PAP attivati |              |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|               | N.           | %            | N.           | %            |
| fino a 30     | 872          | 80,3         | 634          | 84,0         |
| 31-60         | 171          | 15,7         | 93           | 12,3         |
| oltre 60      | 43           | 4,0          | 28           | 3,7          |
| <b>Totale</b> | <b>1.086</b> | <b>100,0</b> | <b>755</b>   | <b>100,0</b> |

\* Per i PAP redatti si indica il numero dei giorni intercorsi tra la segnalazione e la redazione del PAP, mentre per i PAP attivati quello dei giorni intercorsi tra la redazione e l'attivazione del PAP

Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

### 3.7 Le informazioni relative al numero delle persone assistite

Al momento attuale **non conosciamo il numero delle persone assistite**, poiché gli attuali sistemi regionali rilevano soltanto informazioni parziali sull'assistenza ai non autosufficienti (sull'assistenza erogata, in particolare) e disponiamo solo di stime recenti<sup>23</sup> sugli assistiti, in base alle quali sarebbero 11.290 i ricoverati in RSA e circa 6.300 gli anziani non autosufficienti che vivono in famiglia e beneficiano del servizio assistenziale pubblico.

Per sopperire a tale carenza conoscitiva e, più in generale, per monitorare la gestione del Fondo e verificare il raggiungimento degli obiettivi, la legge stabilisce l'attivazione di un flusso informativo regionale sulla non autosufficienza. A tale scopo, con DGR n.773/2009 la Giunta regionale ha istituito **due distinti sistemi di comunicazione e di banche dati**, tra loro integrati e gestiti come sistema unitario: quello degli interventi erogati nell'ambito dell'*assistenza domiciliare* e quello delle *prestazioni residenziali e semiresidenziali* ed ha adottato i corrispondenti debiti informativi che devono essere soddi-

sfatti dalle Zone-distretto (Decreto dirigenziale n. 6588/2009) tali da soddisfare anche le esigenze informative di tipo ministeriale, nel frattempo intervenute<sup>24</sup>.

Alla data odierna la trasmissione dei dati con tale sistema è ancora oggetto di sperimentazione: tutte le Aziende USL si sono comunque attivate per l'invio dei dati e si ritiene che entro l'anno 2010 tutte le Aziende saranno in grado di realizzare le comunicazioni.

La criticità finora emersa in ambito regionale è legata alla necessità di adottare **soluzioni tecnologiche** in grado di comunicare con i sistemi di trasmissione dei dati di tutte le Aziende USL, che possono essere diversi da un caso ad un altro, in conseguenza della normativa vigente in ambito socio-sanitario, recentemente modificata, che attribuisce alle Società della Salute l'attività di gestione dei dati.

Fino a quando non sarà messo a punto e completamente realizzato il sistema informativo, non sarà possibile stabilire se il modello organizzativo assistenziale progettato con la l.r.

66/2008 consente di raggiungere gli obiettivi prefissi, tra cui anche quello di incrementare il

numero dei non autosufficienti assistiti.

### 3.8 Servizi attivati e spesa programmata

**Tav. 9 – Distribuzione dei servizi attivati e della spesa programmata nelle tre aree di intervento<sup>25</sup> - Anni 2008-09**

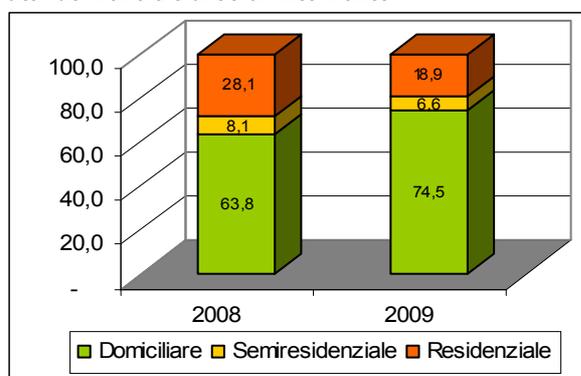
| Area di intervento | Servizi      |              | Spesa        |              |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                    | 2008         | 2009         | 2008         | 2009         |
| Domiciliare        | 63,8         | 74,5         | 18,7         | 28,1         |
| Semiresidenziale   | 8,1          | 6,6          | 8,3          | 8,3          |
| Residenziale       | 28,1         | 18,9         | 73,0         | 63,6         |
| <b>Totale</b>      | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

In attesa delle informazioni provenienti dal sistema informativo, l'attuale rilevazione regionale sull'assistenza alle persone non autosufficienti consente di avere soltanto **dati aggregati di due diverse tipologie**:

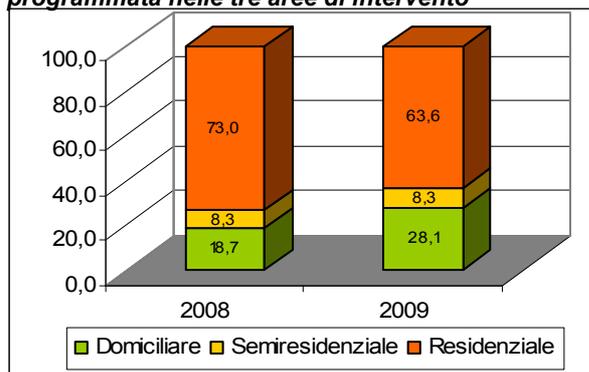
- i) **servizi attivati** per i percorsi assistenziali personalizzati;
- ii) **spesa programmata** per l'erogazione di

**Tav. 10 - Distribuzione percentuale dei servizi attivati nelle tre aree di intervento**



Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

**Tav. 11 - Distribuzione percentuale della spesa programmata nelle tre aree di intervento**



Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

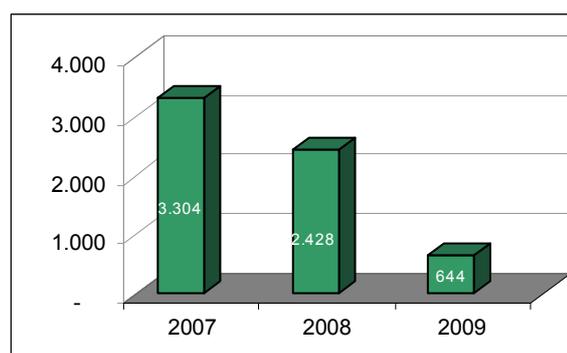
tali servizi.

La distribuzione dei servizi attivati negli anni 2008 e 2009 e la corrispondente spesa programmata sono riportati nella tabella di **Tav. 9** e nei grafici di **Tav. 10** e **Tav. 11**.

Come possiamo osservare, i servizi di tipo domiciliare rappresentano la parte prevalente di quelli attivati ma comportano una spesa percentuale assai più ridotta rispetto ai servizi residenziali. Nel 2009 le prestazioni domiciliari sono quasi i tre quarti di tutte le prestazioni: rispetto al 2008, dove costituivano il 63,8%, sono aumentate soprattutto per l' **incremento dell'assistenza diretta alla persona**. Nello stesso anno è invece diminuita la quota delle prestazioni di tipo residenziale, come risultato della **riduzione degli inserimenti in RSA**, soprattutto di quelli permanenti, come programmato negli obiettivi regionali. L'assistenza di tipo residenziale, infatti, rappresenta una parte più esigua dell'assistenza ai non autosufficienti anziani ma costituisce la componente principale di tutta la spesa assistenziale: come emerge dai due grafici, nel 2009 le prestazioni residenziali sono solo il 18,9% ma a queste corrisponde il 63,6% della spesa complessiva.

Altro obiettivo di programmazione della Regione Toscana, da raggiungere con l'attuazione della l.r. 66/2008, è la **riduzione delle liste di attesa per gli inserimenti permanenti in RSA** degli anziani non autosufficienti che si trovano in condizione di gravità. I primi dati disponibili

**Tav. 12 - Persone in lista di attesa per inserimento in RSA - Anni 2007-2009**



Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale

a tale proposito e relativi a tutto il territorio regionale sono indicati nella tabella di **Tav. 12**.

Come vediamo, i non autosufficienti in attesa di inserimento in RSA erano 3.304 alla fine del 2007 e si sono **ridotti a 644** al 31 dicembre 2009. Tale risultato è stato possibile grazie alle quote sanitarie aggiuntive che la Giunta regio-

nale ha deciso di destinare proprio a tale scopo e sembrerebbe mostrare almeno fino ad oggi la tendenza verso il raggiungimento di uno degli obiettivi primari della legge: l'azzeramento delle liste di attesa.

## 4. Conclusioni

Il poco tempo trascorso dall'approvazione della legge ed alcuni ritardi che vi sono stati nell'assunzione di atti amministrativi conseguenti (modifica del PISR 2007-10, approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente) **non consentono certamente di trarre conclusioni definitive** sull'attuazione della normativa che istituisce il Fondo per la non autosufficienza. In particolare non ha potuto ancora avere attuazione la parte relativa ai non autosufficienti minori ed adulti, che la legge stessa rinvia all'approvazione del nuovo Piano socio-sanitario integrato.

Le informazioni contenute nella relazione trasmessa dalla Giunta e gli ulteriori dati raccolti permettono tuttavia di dare **una prima risposta** a molti dei quesiti contenuti nella clausola valutativa, anche perché l'approvazione della legge è stata preceduta da una fase-pilota nel corso della quale sono stati testati alcuni degli strumenti poi previsti dal testo normativo: a quanto emerso in tale fase, in effetti, si riferiscono mol-

trambi strumenti cardine del nuovo sistema di assistenza, ed il sensibile abbattimento delle liste di attesa per i ricoveri in RSA anche se, riguardo a questo secondo aspetto, occorre rilevare che l'obiettivo è stato raggiunto attraverso uno strumento (l'acquisto di quote sanitarie aggiuntive) che non può essere che di carattere straordinario.

**Elementi di criticità** sono invece presenti nella realizzazione del **sistema informativo**, strumento imprescindibile per avere il necessario quadro conoscitivo sulla materia e monitorare la concreta attuazione della nuova normativa. In conseguenza di ciò, ad esempio, non risultano ancora disponibili informazioni fondamentali quali il numero degli assistiti, i tempi che intercorrono tra le richieste di assistenza e l'avvio del progetto assistenziale, mentre, dal punto di vista della destinazione delle risorse finanziarie, sono disponibili solo i dati della spesa programmata.

Il completamento dell'implementazione del si-

### Art. 20

#### - Clausola valutativa

**1.** Entro novanta giorni dalla conclusione di ogni esercizio finanziario, a decorrere dall'anno 2009, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione in ordine al raggiungimento degli obiettivi della presente legge, contenente in particolare le seguenti informazioni:

- a) lo stato di attuazione della legge in relazione agli strumenti della programmazione evidenziando le modalità di raccordo tra i vari soggetti preposti ad essa;
- b) l'ammontare del fondo, la sua composizione e la ripartizione tra le zone-distretto;
- c) il livello di estensione territoriale dei presidi previsti dalla legge, quali i punti insieme e le UVM;
- d) gli esiti dell'applicazione dei nuovi criteri per la compartecipazione economica e per l'individuazione dei livelli di gravità del bisogno;
- e) i tempi medi di attesa per la risposta assistenziale previsti dall'articolo 10, comma 1, e dall'articolo 12, comma 3;
- f) i risultati raggiunti in merito all'incremento del numero delle persone assistite.

te delle informazioni presentate.

**Due appaiono gli elementi di successo** da sottolineare, la costituzione in tutte le zone-distretto dei **Punti Insieme** e delle **UVM**, en-

stema informativo, superando le difficoltà di ordine tecnologico segnalate dagli uffici potrà consentire, in occasione delle prossime relazioni annuali, una più puntuale verifica dei risultati

conseguiti.

Un elemento di **possibile ulteriore criticità** è determinato, infine, dalla **riduzione dei trasferimenti statali**, già evidenziata per l'anno 2010. Se tali scelte a livello nazionale saranno confer-

mate, come sembra, anche per gli anni successivi, è possibile il manifestarsi di difficoltà di carattere finanziario nella gestione della legge.

## Note

<sup>1</sup> I dati riportati nel presente capitolo sono tratti da ARS Toscana, *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS*, Firenze, dicembre 2009.

<sup>2</sup> Il termine "ultrasessantacinquenne" è usato per comodità descrittiva: in realtà la classe demografica considerata è quella "≥65 anni" e comprende quindi anche i sessantacinquenni.

<sup>3</sup> L'indice di invecchiamento della popolazione è dato dal rapporto fra il numero di residenti oltre il 64° anno di età ed il totale della popolazione residente.

<sup>4</sup> Costituito dal rapporto tra gli ultra85enni e la popolazione nella fascia di età tra 50 e 74 anni, l'indice misura la ricaduta che i "grandi anziani" hanno sulla popolazione adulta, la quale, nella maggioranza dei casi, si fa carico della persona in situazione di bisogno.

<sup>5</sup> ARS Toscana, *op. cit.*, dicembre 2009

<sup>6</sup> Per "fragilità" si intende il manifestarsi di eventi che possono aumentare nell'anziano il rischio di diventare non autosufficiente. Saranno riportati i dati relativi alla presenza di "rischio elevato" e di "rischio elevatissimo".

<sup>7</sup> IADL è l'acronimo di *Instrumental Activities of Daily Living*. Con tale strumento si rileva la dipendenza nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana, quali l'uso di mezzi di trasporto, l'assunzione di farmaci, la gestione del denaro, ecc..

<sup>8</sup> BADL è l'acronimo di *Basic Activities of Daily Living*. Con tale strumento si rileva la dipendenza nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, e cioè: vestirsi, igiene personale, uso del WC, alimentazione, mobilità nel letto, spostarsi in casa, trasferimenti.

<sup>9</sup> *Vita Indipendente* è un progetto che ha la finalità di rendere una persona adulta con disabilità capace di vivere una vita autonoma, con la possibilità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e la capacità di svolgere attività di propria scelta. Destinatari del progetto sono esclusivamente le persone disabili di età superiore ai 18 anni che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane o di lavoro. Altri progetti per i non anziani sono stati messi in atto dalla Giunta Regionale, tra cui l'istituzione di *fondazioni* che hanno per scopo la tutela, l'integrazione e la solidarietà sociale. Tali fondazioni, a partecipazione regionale, definite "*Dopo di noi*", hanno l'obiettivo di accogliere in strutture le persone che fino ad età

avanzata sono state assistite all'interno del loro nucleo familiare e per motivazioni diverse non possono più beneficiare di tale assistenza.

<sup>10</sup> La cifra comprende le risorse stanziare nella "fase pilota", precedente l'approvazione della legge.

<sup>11</sup> Si ricorda che il 2008 è l'anno precedente l'approvazione della legge, nel quale la Giunta regionale ha svolto una "fase pilota" finalizzata alla sperimentazione sul territorio della capacità del sistema di organizzare, gestire ed erogare un nuovo modello assistenziale. Allo scopo, a tutte le 34 zone-distretto sono stati erogati 9,9 milioni di euro di trasferimenti nazionali ed è stato chiesto di sperimentare non più di 3 offerte assistenziali appartenenti alle tre distinte aree di intervento: servizi domiciliari, semiresidenziali, residenziali. Inoltre, a 6 Zone-distretto specificatamente individuate è stata chiesta l'attivazione di alcune tipologie assistenziali innovative.

<sup>12</sup> Le quote sanitarie aggiuntive fanno parte della componente sanitaria del costo per l'assistenza residenziale e quindi sono totalmente a carico del Servizio sanitario regionale.

<sup>13</sup> Le risorse complessive impegnate nel 2010, oltre 28 milioni di euro, cioè circa 3 milioni di euro in più rispetto al 2009, a parità del numero delle quote sanitarie aggiuntive (1305), è dovuto al maggior costo di ciascuna quota.

<sup>14</sup> L'acronimo sta per *Livelli essenziali di assistenza sanitaria*.

<sup>15</sup> L'acronimo sta per *Indicatore della Situazione Economica Equivalente*.

<sup>16</sup> Sono utilizzabili i seguenti metodi: a) applicazione di un coefficiente di corrispondenza tra i singoli ISEE e le relative quote di compartecipazione; b) applicazione di scaglioni di ISEE.

<sup>17</sup> L'articolo 19, comma 4 della l.r. 66/2008 stabilisce che i comuni debbano uniformare i propri regolamenti entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'atto d'indirizzo.

<sup>18</sup> Il concetto di *isogravità del bisogno* si basa sulla considerazione che a differenti profili di bisogno, definiti secondo la gravità in alcune dimensioni valutate, corrispondono pari esigenze assistenziali.

<sup>19</sup> In collaborazione con l'ARS è attualmente in sperimentazione una procedura che in maniera automatica elabora i punteggi delle scale valutative e calcola il livello di isogravità. La sperimentazione durerà per tutto il 2010.

<sup>20</sup> Bi.S.S. è lo studio epidemiologico sul “Bisogno Socio Sanitario degli anziani in Toscana” effettuato nel 2009 dall’ARS, su mandato della Regione Toscana. Si tratta di un’indagine sulla condizione degli anziani in Toscana, effettuata su un campione rappresentativo di 2.551 ultra65enni residenti al proprio domicilio nel territorio regionale.

<sup>21</sup> Alla UVM è comunque riconosciuta l’autonomia di modificare il livello di isorivolta ed il corrispondente pacchetto di isorivolta nei casi eccezionali in cui riscontrasse una non appropriatezza del livello attribuito dall’applicazione delle procedure valutative.

<sup>22</sup> I dati indicano inoltre che nello stesso periodo 152 progetti redatti non sono stati attivati per i seguenti motivi: rinuncia (19), rifiuto (51), decesso (72), altri motivi (10).

<sup>23</sup> ARS Toscana, *op. cit.*, dicembre 2009

<sup>24</sup> Il sistema informativo progettato sfrutta la modalità di comunicazione cosiddetta ad *eventi* che, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, consente anche l’implementazione del Fascicolo sanitario elettronico, recentemente introdotto nella normativa regionale che disciplina il servizio sanitario. Infatti, il sistema prevede la trasmissione di tutte le informazioni su ogni evento relativo alla persona assistita (presentazione dell’istanza di assistenza, valutazione da parte della UVM, stesura del PAP...) e di ogni accesso alle prestazioni.

<sup>25</sup> Le aree di intervento assistenziale sono:

- a) *domiciliare*: assistenza diretta alla persona, assistenza indiretta tramite sostegno alla famiglia o per la vita indipendente;
- b) *semiresidenziale*: inserimenti in “centri diurni”;
- c) *residenziale*: inserimenti in RSA, permanenti o temporanei.

*La nota è stata curata dalla dott.ssa Luisa Roggi, funzionario del Settore Analisi della normazione. Biblioteca del Consiglio regionale. Ad essa ha collaborato il dott. Davide Di Giorgi, nell’ambito dello stage da lui svolto presso il Consiglio regionale della Toscana*

*La foto in prima pagina è tratta dall’Archivio fotografico della Regione Toscana*