

# Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente

## Piano di progetto

### Premessa: La proposta toscana per il progetto sulla non autosufficienza

#### Cap. 1: I percorsi, gli attori e le azioni

La strategia dell'azione regionale  
Livelli e strumenti della programmazione regionale e territoriale  
Un sistema a responsabilità condivisa

#### Cap. 2: Gli obiettivi di progetto

Le priorità strategiche  
L'obiettivo specifico del progetto regionale  
Gli obiettivi di fase  
Le principali attività previste

#### Cap. 3: La governance del sistema: governo, livelli base di cittadinanza sociale ed attori del sistema integrato

Il governo del sistema: la Società della Salute  
Il coordinamento e la gestione del sistema: il Responsabile di Zona ed il PUA di Zona  
Il livello funzionale e operativo: l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)  
I presidi operativi della rete di accesso: i Punti Insieme  
Le Procedure Valutative e Progettuali multidimensionali e la definizione dei Livelli Isogravità del bisogno  
Ruolo e funzioni del Medico di Medicina Generale  
Il ruolo della geriatria nell'area della non autosufficienza  
La rete dei servizi informali: ascolto, informazione e orientamento

#### Cap. 4: I beneficiari e la previsione degli interventi

I destinatari del fondo  
Obiettivi ed interventi  
L'area della domiciliarità  
L'area della semiresidenzialità  
L'area della residenzialità  
La continuità assistenziale  
Gli interventi sulla fragilità  
Gli interventi nell'area dello scempenso o post-acuta

Malati cronici non autosufficienti: una sola risposta

#### Cap. 5: Il management progettuale

La progettazione e il risk plan  
Le azioni di sistema  
La comunicazione  
La formazione  
L'accompagnamento  
Il Sistema Informativo  
L'accreditamento  
La compartecipazione  
Lo studio epidemiologico di popolazione  
Il monitoraggio del progetto e la valutazione degli esiti

#### Cap. 6: Il fondo per la non autosufficienza

Composizione del fondo  
Ripartizione e misure perequative del fondo

#### Allegato 1: Sommario esecutivo Studio BISS

## Premessa: La proposta toscana per il Progetto sulla non autosufficienza

Con propria L.R. n. 66 del 18 dicembre 2008, La Regione Toscana istituisce il Fondo per la non autosufficienza, con il quale intende realizzare un insieme di servizi capace di rispondere ai bisogni accertati, per migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti. Un sistema che si caratterizza per la certezza della prestazione, l'appropriatezza e la tempestività dell'intervento rivolto alla persona e ai familiari, l'ampliamento della rete di servizi e interventi, le procedure d'accesso facilitate e garantite, la definizione delle forme di assistenza e di compartecipazione alla spesa e la sottoscrizione di un patto interistituzionale per il governo integrato del Fondo. La non autosufficienza, tanto per gli aspetti legati alla pressione demografica quanto per le caratteristiche di perdita e/o di mancanza di autonomie, si connota come una problematica particolarmente complessa, in grande crescita e in continua evoluzione. Il Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, proprio a partire da tale complessità, intende accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie. Tale Progetto si articola a partire da un'analisi di scenario<sup>1</sup> che delimita sia il contesto che i beneficiari, cercando di quantificare il fenomeno della non autosufficienza nel suo complesso, il carico assistenziale delle famiglie e l'evoluzione attesa. Definiti i beneficiari degli interventi, la programmazione delinea gli obiettivi e la strategia dell'azione regionale, focalizzando in modo particolare quelli che sono i percorsi della programmazione stessa e i soggetti coinvolti. Quindi, attraverso quanto previsto dal PISR, dai relativi Piani Integrati di Salute e dalle Intese interistituzionali, si delinea un percorso attraverso il quale dare piena attuazione alla gestione unitaria e integrata del Fondo. Nella sua parte più operativa il progetto è rappresentato innanzitutto dalle "azioni di sistema", cioè tutte quelle azioni che attengono alla riqualificazione del sistema regionale di governo delle politiche e dei servizi alle persone. Tali azioni comprendono la comunicazione, la formazione, il sistema informativo, il sistema regionale di accreditamento e le modalità della compartecipazione. In secondo luogo, si delineano le procedure e la strumentazione attraverso cui si vengono a definire le modalità di accesso, di presa in carico e di valutazione della persona non autosufficiente e della sua famiglia. Infine si definiscono i cardini della rete integrata degli interventi, in grado di fornire un valido supporto alle persone anziane che vivono condizioni di fragilità sociale o alle persone che sono in situazioni più gravi di non autosufficienza. Pertanto il Progetto regionale sulla non autosufficienza fornisce linee di indirizzo ai servizi territoriali perché organizzino e sviluppino interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, nonché azioni promozionali, di prevenzione e di tutela, dirette all'area della "fragilità", ovvero verso quelle persone che presentano condizioni di debolezza sotto il profilo della salute e sulla base delle condizioni socio/relazionali/abitative. In sostanza le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane intendono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

---

<sup>1</sup> A tal proposito si veda lo studio BiSS (Bisogno di assistenza Socio Sanitaria) elaborato dall'Agenzia Regionale di Sanità di cui nell'Allegato 1 viene riportata una sintesi.

## Cap. 1 • I percorsi, gli attori e le azioni

### a) La strategia dell'azione regionale

Il Progetto regionale, relativo alla realizzazione del “sistema integrato dei servizi socio sanitari per la persona non autosufficiente”, si articola attraverso una metodologia che permette di definire, in sede regionale, le strategie e gli obiettivi dei vari comparti e le azioni che risultano fondamentali per il loro conseguimento, demandando al livello locale la formulazione di progettualità più specifiche, di tipo operativo. Si tratta in sostanza di un programma che assume al proprio interno un “punto di vista strategico”, che adotta cioè obiettivi di lungo periodo attraverso i quali indirizzare le decisioni di medio e breve periodo e che individua tutti gli elementi utili a guidare, a livello locale, i decisori nella costruzione delle politiche e delle azioni in grado di conseguire gli obiettivi di carattere generale. In questo contesto il percorso di costruzione progettuale (descritto nella figura 1), si articola a partire dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007/2010 che indica, quale obiettivo generale, il carattere universalistico dell’assistenza alla persona non autosufficiente, riconoscendo il diritto alla garanzia della prestazione socio sanitaria appropriata, coniugando il principio della valutazione del bisogno assistenziale con quello della presa in carico della persona per mezzo di progetti personalizzati e integrati, in un’ottica di rafforzamento ed estensione del diritto di cittadinanza.

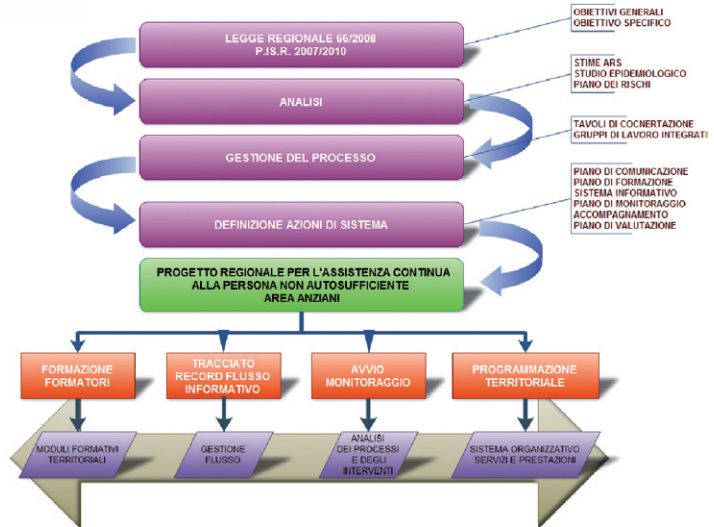


Figura 1: Il percorso di costruzione progettuale

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici, essi sono individuati nelle seguenti azioni:

- azioni di prevenzione nei confronti degli anziani fragili, non finanziati dal fondo;
- accesso unificato ai servizi e identificazione di presidi certi per la segnalazione del bisogno;

- riqualificazione delle unità di valutazione multidimensionali per la definizione di programmi assistenziali individuali;
- continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppo di risposte flessibili e territoriali, con predilezione della cura domiciliare e rispetto del principio della appropriatezza assistenziale;
- gestione unitaria e integrata del fondo per la non autosufficienza da parte dei soggetti istituzionali territoriali;
- emersione e qualificazione del lavoro degli assistenti familiari;
- monitoraggio e valutazione del sistema di gestione dei percorsi assistenziali e della soddisfazione del cittadino.

Un percorso che fa del progetto uno strumento di programmazione sostenibile e che introduce stabilmente momenti di comunicazione e di relazione tra i diversi soggetti coinvolti nel processo di costruzione del progetto. Con tali modalità si sono potute già evidenziare e in parte definire le azioni di sistema, quelle azioni tese cioè a migliorare la performance di tutta la struttura dei servizi e degli interventi a favore delle persone non autosufficienti. Il progetto regionale si pone quindi come l'esito di un complesso percorso che ha consentito di definire i metodi, le procedure, la strumentazione ecc., e di ricondurre tutti gli elementi all'interno di quello che viene definito il "ciclo di vita della gestione di progetto". Ed è proprio a partire dalla necessità di presidiare l'intero ciclo progettuale con un approccio del tutto innovativo per le politiche sociali, che si è ritenuto opportuno introdurre elementi che possano consentire di sostenere efficacemente un programma dettagliato di *project management* attraverso:

- la **gestione delle relazioni**, all'interno delle quali definire le modalità partecipative e il sistema di comunicazione da attivare e attraverso il quale rendere trasparente il sistema integrato dei servizi, garantendo livelli certi di appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie per le persone non autosufficienti;
- la **gestione del processo**, dove vengono definiti l'articolazione e il concatenamento delle attività previste, i soggetti coinvolti e i relativi livelli di responsabilità, la tempistica e il relativo monitoraggio e il sistema informativo a supporto;
- la **gestione della qualità**<sup>2</sup>, tramite:
  - un sistema che garantisca prestazioni appropriate da parte della rete dei servizi accreditati;
  - un sistema di valutazione della sostenibilità progettuale, delle diverse azioni e dell'impatto;
  - un piano di accompagnamento e di formazione che assicuri adeguati livelli professionali e prestazioni uniformi sull'intero territorio regionale.
- la **gestione del rischio**, attraverso cui porre in evidenza le criticità del processo e agire su quelle che appaiono come le fonti più probabili e significative in termini di danni o perdita, ai fini del conseguimento degli obiettivi di progetto.

---

<sup>2</sup> Sul versante valutativo della gestione della qualità, va precisato che il sistema regionale, oltre a prevedere specifici strumenti messi a punto nel presente progetto (vedi le schede relative al monitoraggio e alla valutazione) si incrocia con il sistema di valutazione della performance messo a punto dal MES e dal sistema di valutazione dei PIS all'interno dei quali sono stati inseriti elementi specifici nei set di indicatori.

## **b) Livelli e strumenti della programmazione regionale e territoriale**

Il Piano Integrato Sociale Regionale 2007/2010, così come modificato dalla Delibera di Consiglio Regionale n. 69 del 11/11/2009, riconosce, al paragrafo 2.2.2, la non autosufficienza quale problematica di particolare complessità, sia per gli aspetti legati alla pressione demografica che per le caratteristiche di perdita di autonomia e di continua evoluzione che la connota. La Regione Toscana, con propria legge n. 66 del 18 dicembre 2008, ha istituito il Fondo per la non autosufficienza con cui realizzare una rete di servizi ed interventi capaci di rispondere ai bisogni accertati e migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti. Il sistema previsto dalla normativa si caratterizza per la certezza della prestazione e la tempestività dell'intervento, la focalizzazione sui bisogni della persona e il coinvolgimento della famiglia in tale processo, l'ampliamento della rete dei servizi e degli interventi, procedure di accesso facilitate e garantite, definizione di forme di assistenza e di compartecipazione alla spesa e rispetto dei patti interistituzionali per il governo integrato del fondo e l'erogazione dei servizi.

Pertanto sulla base di tali indicazioni, anche la programmazione nell'ambito della non autosufficienza, si articola su due livelli di intervento: regionale e territoriale. In particolare il **Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente**, in quanto strumento di attuazione del Piano Integrato Sociale Regionale, definisce le azioni relative al conseguimento dell'obiettivo specifico che il PISR stesso identifica nel *"garantire il diritto alla certezza della prestazione socio-sanitaria appropriata alla persona non autosufficiente"*. A tal fine il progetto prevede che alcune azioni saranno svolte dal livello regionale e in particolar modo le azioni di sistema, mentre il resto viene demandato al livello territoriale attraverso gli appositi strumenti di programmazione previsti dalla normativa regionale.

*Le Società della Salute, quali nuove modalità organizzative di ambito territoriale di zona-distretto, costituite in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale e i comuni, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate*, rappresentano lo strumento efficace per il governo, la programmazione e la gestione di queste problematiche complesse in ambito zonale.

In loro sostituzione, nelle aree territoriali dove non sono costituite, operano le Conferenze dei Sindaci, attraverso la Zona distretto. Con la predisposizione dei Piani Integrati di Salute (PIS), ciascun soggetto assume i propri impegni a valenza pluriennale, fissando insieme i rispettivi obiettivi di crescita e le forme di verifica da attivare, predisponendo anche un sistema di monitoraggio integrato socio sanitario.

Su tale linea i Piani Integrati di Salute, nel definire gli obiettivi di salute, recepiscono gli indirizzi contenuti nel Progetto Regionale e, conseguentemente, individuano e definiscono il programma territoriale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente dove sono riportate:

- le relative azioni attuative;
- le risorse messe a disposizione dai Comuni e quelle destinate dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;
- il livello organizzativo e operativo dell'accesso, valutazione e presa in carico;
- i servizi che costituiscono la rete dell'offerta assistenziale;
- i relativi fabbisogni in coerenza con il progetto regionale;

- la definizione degli strumenti di monitoraggio e valutazione.

Il programma territoriale si articolerà per schede progettuali, così come già previste per i PIS, nelle quali dovranno essere riportati gli elementi essenziali atti a definire la concreta operatività delle diverse azioni, ed in particolare:

- gli obiettivi;
- i risultati attesi;
- le risorse (umane, strumentali, finanziarie) allocate sulle diverse attività;
- gli indicatori;
- il diagramma temporale;
- il responsabile dell'azione progettuale, gli atti amministrativi e gli eventuali altri livelli di responsabilità da coinvolgere per il raggiungimento dei diversi obiettivi.

### **c) Un sistema a responsabilità condivisa**

Nel PISR 2007-2010 si afferma che, “fermo restando che la responsabilità della programmazione compete agli Enti Pubblici di governo, la Regione adotta strumenti di concertazione e confronto con le parti sociali, nel rispetto di quanto previsto dal comma 2 dell’articolo 18 (relazioni sindacali) della Legge Regionale 41/ 2005, ed attiva la più ampia partecipazione delle associazioni degli utenti, dei consumatori e dei soggetti del terzo settore, durante il percorso di programmazione. Pertanto il processo di programmazione vede presenti, ciascuno per il ruolo previsto dalla normativa, tutti i soggetti istituzionali e le rappresentanze associative della società civile, così da realizzare la più ampia condivisione sugli obiettivi e sulle modalità di perseguimento degli stessi.

La programmazione si configura, pertanto, come il risultato di un processo pienamente partecipato sia nella dimensione locale che sul piano regionale”.

La necessità di condividere gli obiettivi di carattere generale, sulla base dei quali vincolare risorse, indicarne la loro durata pluriennale e la loro destinazione per il sostegno dei livelli di base di cittadinanza sociale, induce il sistema regionale alla introduzione di strumenti di regolazione di tipo pattizio, sia generali, come il Patto Interistituzionale e i Patti Territoriali, sia particolari, come le Intese interistituzionali sulla non autosufficienza.

Gli interventi nell’area della non autosufficienza, per la loro specificità e per la natura strategica che assumono nell’ambito della programmazione regionale e territoriale, devono essere disciplinati all’interno degli strumenti di regolazione sopra richiamati. Pertanto sulla scorta di quanto sopra detto e al fine di garantire che, anche nella fase di avvio del presente progetto, ci siano impegni condivisi e sottoscritti, sia a livello istituzionale che territoriale, si prevede, presso ogni singola zona-distretto, la sottoscrizione della **Intesa interistituzionale** e della **Intesa territoriale**.

In particolare nell’*Intesa interistituzionale* sottoscritta tra Regione, Società della Salute, articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci, Azienda USL, che costituirà parte integrante del Patto interistituzionale per il sostegno dei livelli base di cittadinanza sociale così come previsto nel PISR 2007-2010, sono definiti compiti e impegni di ognuno dei soggetti coinvolti.

## Cap.2 Gli obiettivi di progetto

### a) Le priorità strategiche

Nel contesto di un sistema integrato di welfare incentrato sui principi cardine dell'universalità, della sussidiarietà, della partecipazione e della programmazione, finalizzato al mantenimento e al perseguimento della "salute" attraverso la valutazione professionale del bisogno, l'elaborazione di percorsi assistenziali personalizzati e l'appropriatezza delle risposte, la Regione individua come obiettivo strategico l'elaborazione di risposte adeguate al problema degli anziani non autosufficienti per fronteggiare gli effetti sociali dell'invecchiamento medio della popolazione ed estendere forme diverse di intervento e di assistenza ai soggetti non autosufficienti. In coerenza con le finalità contenute nel Piano Regionale di Sviluppo, si assumono i seguenti obiettivi generali:

- sviluppo di azioni promozionali, informative e operative sugli "stili di vita", con particolare riferimento ai temi della *pratica motoria*, dell'*alimentazione*, del *tempo libero*, della *formazione permanente*;
- prevenzione della fragilità con azioni coordinate e servizi di sorveglianza diffusi e pianificati;
- azioni che favoriscano l'invecchiamento attivo della persona anziana e l'autonomia delle persone con disabilità;
- piani coordinati e integrati con gli altri strumenti della programmazione regionale per affrontare questioni che incidono sulla qualità della vita delle persone non autosufficienti e disabili, come la casa, la mobilità, le infrastrutture per l'integrazione;
- sviluppo della rete dei servizi orientati alle risposte per le persone non autosufficienti e disabili.

### b) L'obiettivo specifico del progetto regionale

L'obiettivo specifico del progetto regionale è rappresentato dal carattere universalistico dell'assistenza, rafforzando il diritto di cittadinanza e riconoscendo alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata, attraverso la valutazione dello stato di bisogno, la redazione del progetto personalizzato e l'erogazione delle prestazioni relative. In particolare, la valutazione del bisogno assistenziale, la definizione di progetti personalizzati e l'erogazione della tipologia di offerta appropriata devono avere caratteristiche di certezza (ovvero prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno).

### c) Gli obiettivi di fase

Gli obiettivi di fase costituiscono gli obiettivi delle azioni realizzative intermedie necessarie al perseguimento dell'obiettivo specifico che viene definito dal P.I.S.R.. Nello specifico tali azioni attengono:

- alla costituzione del fondo regionale per la non autosufficienza, la cui composizione tenga conto sia del carattere integrato delle risorse necessarie a sostenere i diversi interventi (risorse nazionali, regionali, comunali e derivanti dalla compartecipazione dei cittadini) e sia della modularità con cui le risorse verranno messe in campo nel corso del triennio (modularità riferita ai tempi di attuazione, alle funzioni erogate e ai soggetti fruitori);

- al sistema dei servizi che dovrà essere in grado di garantire:
  - la lettura tempestiva del bisogno;
  - la valutazione delle condizioni di bisogno;
  - la definizione del progetto assistenziale personalizzato;
  - l'individuazione di una figura responsabile del progetto assistenziale;
  - l'allocazione delle risorse necessarie a sostenere le azioni previste nel percorso assistenziale;
- alla formazione degli operatori sia pubblici che del privato sociale, al fine di adeguare le competenze e le professionalità al nuovo assetto organizzativo e alle nuove tipologie di interventi che il progetto potrà prevedere;
- alla comunicazione volta a promuovere principalmente la deistituzionalizzazione e la domiciliarità;
- alla concertazione istituzionale e territoriale, tesa ad attuare un sistema di governo allargato;
- a favorire la partecipazione attiva dei cittadini, coinvolgendoli nella valutazione e nel miglioramento dei diversi interventi territoriali, ai sensi di quanto previsto dal PISR;
- alla gestione del progetto nelle sue diverse fasi e articolazioni, monitorando soprattutto quei fattori di rischio già evidenziati o che possono insorgere e che possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi e della finalità del progetto prevedendo azioni di accompagnamento delle zone-distretto;
- alla valutazione e al monitoraggio del progetto rispetto a come il sistema impatta sulle persone non autosufficienti e sulle loro famiglie.

Pertanto la struttura analitica del progetto, riportato nella fig.2, evidenzia come i diversi livelli siano correlati tra loro.

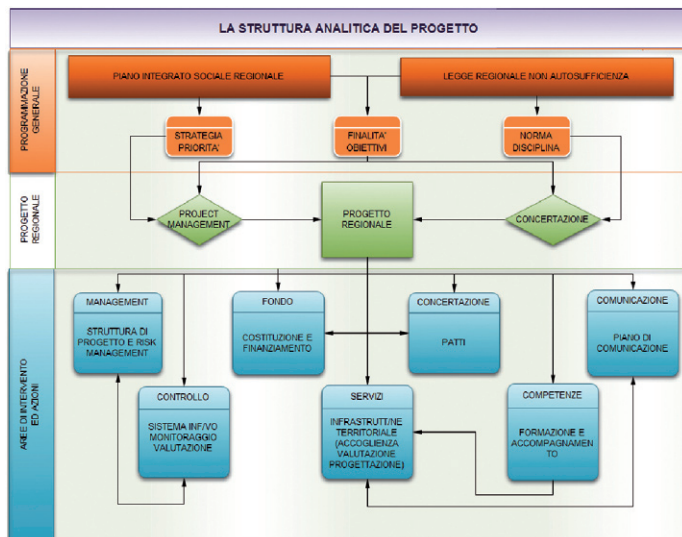


Figura 2: La struttura analitica del progetto

In particolare sul piano generale si dà conto di come, tanto il PISR quanto la legge regionale sulla non autosufficienza, concorrano nel definire gli elementi della programmazione regionale di cornice, dettando la disciplina in materia e definendo obiettivi e priorità. D'altra parte il progetto, configurandosi come sistema complesso, necessita di una "gestione sistemica" rivolta al raggiungimento di determinati obiettivi attraverso un percorso di programmazione continua, di monitoraggio delle azioni e delle risorse impiegate e con una valutazione sia quantitativa che qualitativa. Le aree di intervento che costituiscono l'ossatura del progetto, sono tutte deputate al raggiungimento degli obiettivi, se e in quanto riescono ad essere tra loro coordinate ed integrate.

#### **d) Le principali attività previste**

Le attività del progetto si articolano su più livelli coinvolgendo:

- Il versante regionale attraverso la sottoscrizione del **Protocollo di intesa con le parti sociali del tavolo della concertazione** e dell'**Intesa interistituzionale**.
- Il versante territoriale attraverso la sottoscrizione delle Intese interistituzionali territoriali.
- Il versante delle **Azioni di sistema**, intese come una tipologia di interventi di supporto alle strutture e ai sistemi.
- Il versante dell'**Offerta dei servizi** attraverso:
  - la messa a regime degli esiti di sperimentazioni già attivate (fase pilota) così come previsto dalla DGR 402/2004;
  - la realizzazione di un sistema di accesso diffuso, che faciliti i percorsi dei cittadini, identificandosi come luogo fisico dove segnalare il bisogno e ottenere la valutazione;
  - l'aggiornamento e la formazione dei componenti delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona distretto, per la definizione del progetto assistenziale individualizzato (PAP) e la verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;
  - l'estensione dei presidi organizzativi, previsti nella L.R. 66/2008, a tutto il territorio regionale;
  - la copertura del modello assistenziale per un numero significativo di soggetti, valutati secondo modelli multidimensionali;
  - la continuità di assistenza tra ospedale e territorio;
  - la messa in campo di azioni di prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti delle persone anziane "fragili";
  - lo sviluppo di un sistema di risposte flessibili e circolari, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare, e quindi diurne e residenziali, sulla base del principio di appropriatezza.

### Cap. 3 La governance del sistema: governo, livelli base di cittadinanza sociale per la non autosufficienza e attori del sistema integrato

Il sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati e che, come illustrato nella fig. 3, prevede un livello di indirizzo e di governo costituito dalle Società della Salute, o in loro sostituzione dalle Conferenze di Zona dei Sindaci attraverso la Zona Distretto, e un livello di coordinamento e operativo, rappresentato dai livelli base di cittadinanza sociale per la non autosufficienza: il **Punto Unico di Accesso**, la rete dei **Punti Insieme** e le **Unità di Valutazione Multidimensionali**.

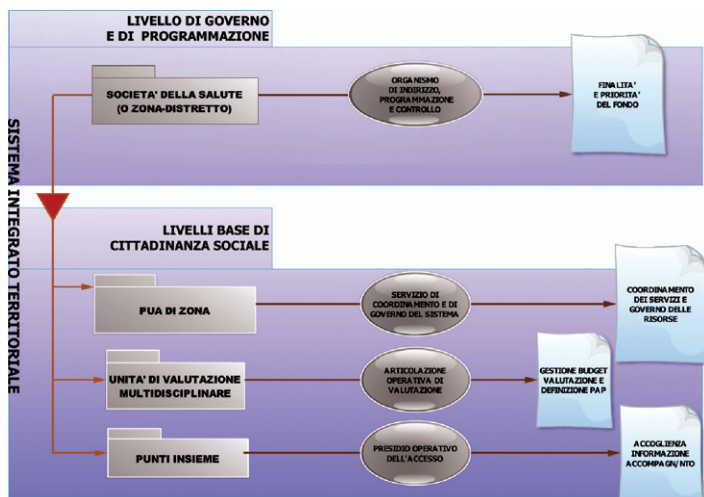


Figura 3: Il sistema integrato territoriale per la non autosufficienza

Questa organizzazione può rappresentare un elemento di forza all'interno di relazioni che, per la diversità e molteplicità dei soggetti in campo, sono caratterizzate da elevata complessità: un sistema che tenga conto delle caratteristiche proprie dell'organizzazione (ad esempio la necessità di strutturare servizi in grado di garantire certezza e appropriatezza nelle risposte), ma anche della "logica di programma", nonché dell'attivazione di livelli regionali di assistenza per le persone non autosufficienti.

Una tale organizzazione, attraverso una lettura puntuale dei bisogni comunitari, consente:

- l'individuazione delle priorità di intervento;
- il raggiungimento degli obiettivi indicati dalla programmazione regionale e territoriale;
- la definizione delle modalità organizzative e operative che consentano la continuità assistenziale e la personalizzazione degli interventi;

- il coinvolgimento della medicina generale, nell'ambito di un approccio multidimensionale basato su una progettazione individualizzata.

### **a) Il governo del sistema: la Società della Salute<sup>3</sup>**

Il sistema dei servizi territoriali acquisisce un ruolo e una funzione strategica se riesce a strutturare e a mantenere un carattere fortemente integrato. Tale possibilità è assicurata dal nuovo assetto che, in Toscana, si configura con l'introduzione delle Società della Salute, che rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo del Fondo a livello territoriale, ad esito del processo concertativo partecipativo, che trova compiuta attuazione nella sottoscrizione delle intese interistituzionali, così come previsto nell'allegato 3 del PISR 2007-2010 modificato con Delibera del Consiglio Regionale n. 69 dell'11/11/2009. Con l'art. 71 bis comma 3 della L.R. 40/2005, alla SdS vengono assegnate funzioni di indirizzo e di programmazione strategica e in particolare:

- *“il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale”;*
- *“la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati”;*
- *“la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione”;*
- *“l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto”.*

Nello specifico, nell'area di intervento della non autosufficienza, la funzione di indirizzo e programmazione, ricompresa nel livello di assistenza territoriale, deve poter consentire di:

- definire le linee della programmazione operativa e attuativa di territorio;
- organizzare e gestire le relative attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le altre prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;
- attivare il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

### **b) Il coordinamento e la gestione del sistema: il Responsabile di Zona e il PUA di Zona**

La L.R. 66/2008, in coerenza con l'art.64 della L.R. 40/2005, individua nel Responsabile di zona, ovvero nel Direttore della SdS ove costituita, la responsabilità del coordinamento organizzativo del sistema dei servizi territoriali, che debbono assicurare al cittadino, in tempi certi e definiti, l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di assistenza personalizzato<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> La Zona Distretto nel qual caso la SdS non sia stata ancora costituita.

<sup>4</sup> La modifica del paragrafo 7.6 del PISR *“Il sistema di accesso ai servizi socio sanitari con particolare riferimento ai servizi relativi alla non autosufficienza”* (DCRT n.69 del 11 novembre 2009), definisce il Punto Unico di Accesso (PUA) come *“il livello di coordinamento operativo del sistema di accesso dei servizi territoriali”*.

Pertanto il responsabile di Zona Distretto (ovvero il Direttore della SdS), mediante il PUA, presente in ogni Zona distretto, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza. Il PUA, **coordinato dal responsabile di Zona Distretto o da suo delegato**, è supportato da uno staff dove sono presenti le figure professionali ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento. Pertanto rappresenta il “luogo” dove dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione socio-sanitaria.

In particolare, il comma 2 dell'art. 10 della legge sopracitata, attribuisce al responsabile di zona i seguenti compiti di governo e coordinamento:

- a) l'integrazione della rete territoriale dei servizi sociali e sanitari;
- b) la presa in carico della persona interessata;
- c) la gestione integrata delle risorse;
- d) la continuità assistenziale;
- e) il coordinamento dell'attività dei punti insieme e della UVM;
- f) la gestione del sistema informativo integrato delle attività territoriali;
- g) la nomina del responsabile del PAP mediante l'individuazione della figura professionale, sulla base delle caratteristiche del bisogno prevalente; tale figura ha il compito di seguire l'attuazione del PAP e di essere il referente organizzativo della persona interessata e dei suoi familiari.

La Società della Salute, e in sua mancanza la Conferenza di Zona dei Sindaci, attraverso la Zona distretto, così come espressamente previsto dall'art. 71 quindicies, della L.R. 40/2005, disciplina l'organizzazione interna di tale struttura<sup>5</sup>.

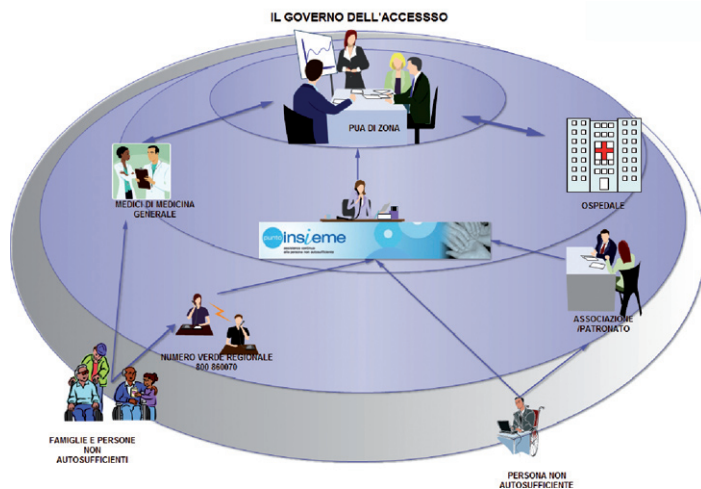


Figura 4: il governo dell'accesso

<sup>5</sup> Nelle zone ove non sia costituita la Società della Salute, sarà lo statuto aziendale, sulla base dell'art. 66 della L.R. 40/2005, a determinare le modalità organizzative e di supporto al responsabile di zona per il governo dell'accesso.

Questo sistema può essere rappresentato con uno schema ad anelli concentrici, come illustrato nella figura 4, dove al centro si colloca il livello di coordinamento rappresentato dal PUA di Zona.

A livello immediatamente successivo i Medici di Medicina Generale, i presidi ospedalieri e i Punti Insieme accolgono la segnalazione del bisogno inviandola direttamente al PUA, mentre i luoghi dell'accesso diffuso assumono una rilevanza fondamentale dal punto di vista dell'informazione capillare. Il governo dell'accesso alle prestazioni integrate socio-sanitarie dovrà anche assicurare tempi certi per la valutazione e l'erogazione delle prestazioni. In particolare, la legge regionale 66/2008, fissa i seguenti limiti temporali:

1. la UVM deve presentare, alla persona interessata e ai suoi familiari, il PAP, contenente la risposta assistenziale ritenuta più appropriata a quel determinato stato di bisogno, entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'istanza al Punto Insieme (art. 10 comma 1);
2. la UVM fissa, nel PAP, il termine massimo entro il quale deve essere erogata la prestazione, che comunque non deve superare i sessanta giorni dalla data di presentazione dell'istanza (art. 11 comma 5 lettera e);
3. nel caso il sistema non riesca a garantire l'erogazione delle prestazioni entro il termine sopradetto, la UVM assicura prestazioni di pari efficacia condivise con la famiglia e fissa entro novanta giorni dalla data di presentazione dell'istanza il tempo massimo per attivare le prestazioni definite (art 12, comma 3).

Il percorso della domanda si articolerà, dunque, come descritto nella figura seguente.

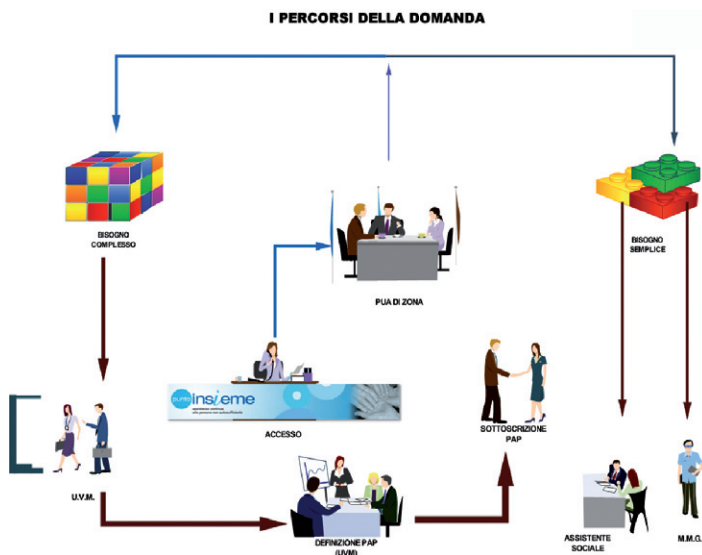


Figura 5: i percorsi della domanda

Ai fini della certezza dei tempi relativi alla valutazione e alla erogazione delle prestazioni, va precisato che:

- l'istanza per la segnalazione del bisogno, di cui all'articolo 9 della L.R. 66/2008, presentata al Punto Insieme attraverso il modulo inserito nelle procedure valutative, deve essere protocollata, al fine di verificare il rispetto dei tempi indicati dall'articolo 11, comma 5, della L.R. 66/2008, al momento in cui è completata la documentazione richiesta;
- la "definizione del PAP" da parte della UVM presuppone il completamento dell'istruttoria amministrativa, compresa l'eventuale applicazione dell'ISEE estratto, in modo che, contestualmente alla sottoscrizione del PAP da parte della famiglia, il progetto sia operativo con l'immediata erogazione delle prestazioni previste.

### **c) Il livello funzionale e operativo: l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)**

Presso ogni zona distretto viene costituita una Unità di Valutazione Multidisciplinare. Tale Unità viene individuata come un'articolazione operativa, composta, così come previsto dall'art. 11 della L.R. 66/2008, da:

- un medico di distretto
- un assistente sociale
- un infermiere

La UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione. In relazione ai casi in esame è anche integrata da professionalità specialistiche e dagli operatori coinvolti nella valutazione del caso e che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza personalizzato, con particolare attenzione alla professionalità geriatrica per i PAP dedicati alle persone >65enni.

La UVM è costituita con atto del Responsabile di Zona, art. 11, comma 3, L.R. 66/2008, che provvederà anche ad assegnarne il coordinamento ad uno dei membri dell'UVM stessa. Alla Unità di Valutazione compete, come previsto dall'art.11, comma 5 L.R. 66/2008:

- la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente;
- la verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno che hanno dato luogo all'attivazione del fondo;
- la individuazione dell'indice di gravità del bisogno;
- la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni socio-sanitarie appropriate domiciliari, semiresidenziali e residenziali, dando ad esso immediata eseguibilità;
- la sua condivisione con la famiglia, ai sensi dell'articolo 11, comma 5, lettera e) della L.R. 66/2008;
- la periodica verifica degli obiettivi del PAP e della appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché le eventuali rivalutazioni previste.

L'Unità di valutazione, qualora vi sia una richiesta in tal senso, è tenuta ad ascoltare l'assistito e i suoi familiari o a raccogliere ai fini della valutazione stessa e della successiva progettazione, eventuali memorie scritte. In ogni caso al fine di consentire la piena condivisione dell'assistito e/o dei suoi familiari, gli stessi devono essere coinvolti in fase di redazione del PAP.

#### **d) I presidi operativi della rete di accesso: I Punti Insieme**

I Punti Insieme costituiscono i presidi dell'accesso al sistema integrato territoriale. I Punti Insieme, la cui articolazione organizzativa viene definita a livello di singola zona-distretto, devono garantire:

- l'accoglienza del bisogno;
- la registrazione della segnalazione del bisogno;
- l'orientamento e l'informazione del cittadino;
- l'avvio della raccolta di tutte le informazioni utili ad orientare la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno.

Il Punto Insieme rappresenta la porta di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza, che si caratterizza per la sua elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella sua strutturazione.

Il Punto Insieme è un servizio istituzionale collegato funzionalmente con la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, rappresenta un'articolazione del PUA e costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale che si deve garantire sull'intero territorio, facilita un accesso unificato alle prestazioni e ai servizi previsti dal fondo, eliminando e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere. In questo percorso, al cittadino viene chiesto solo di presentare il proprio bisogno, lasciando che sia poi la struttura organizzativa ad assicurare la risposta appropriata in tempi certi e predefiniti. Per tutto ciò il Punto Insieme deve avere una sede accessibile e riconoscibile e deve avere requisiti strutturali, organizzativi e di strumentazione tecnologica in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva, a tutte le funzioni di cui è incaricato. A tal fine la Giunta Regionale ha individuato il *logo ufficiale* con cui connotare tutta la rete dell'accesso:



**Regione  
Toscana**

#### **e) Le Procedure Valutative e Progettuali Multidimensionali e la definizione dei Livelli Isogravità del bisogno**

La valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, è supportata da procedure valutative e progettuali multidimensionali, con riferimento allo stato di salute funzionale-organico, alle condizioni cognitive e comportamentali e alla situazione socio ambientale e familiare. Tali procedure, effettuate sulla base di una serie di scale, vanno a sostituire la normativa vigente in tema di valutazione della non autosufficienza, prevista nella Delibera di Consiglio Regionale n.214/91.

*Al fine di perfezionare la strumentazione, garantendo l'applicazione omogenea su tutto il territorio regionale, è prevista una fase di monitoraggio e valutazione dei risultati per tutto il corso del 2010.*

La UVM pertanto, al fine di definire al meglio il quadro valutativo derivato dalle

procedure previste, nel rispetto del principio di “*accomodamento ragionevole*”<sup>6</sup>, ha l'autonomia di apportare modifiche e/o adeguamenti funzionali e appropriati per l'orientamento progettuale: ciò comunque deve avvenire senza oneri professionali ed economici eccessivi rispetto alle coerenze di sistema.

Tale autonomia, in una logica di assoluta eccezionalità, può esplicarsi:

- a) nel modificare, tenendo conto delle compatibilità finanziarie, il livello di isogravit  e il relativo pacchetto di isorisorse in quei casi del tutto eccezionali in cui, in sede di valutazione, si dovesse riscontrare una discrepanza tra le reali condizioni di salute dell'assistito ed il livello di isogravit  attribuito dall'applicazione delle procedure valutative. Tutto ci  dovr  comunque essere debitamente relazionato e comunicato agli uffici regionali competenti;
- b) nell'assicurare un pacchetto minimo di “domiciliarit ”, per le situazioni in cui l'applicazione delle norme regolamentari della compartecipazione escludano la possibilit  di accesso alle risorse del Fondo;
- c) nell'assegnare la quota di risorse corrispondente all'intervento assistenziale considerato appropriato dalla UVM e previsto nel PAP, qualora non sia possibile sottoscrivere l'accordo con la famiglia, perch  questa richiede e accetta solo un intervento residenziale. In tal caso le risorse previste nel PAP domiciliare saranno assegnate alla RSA solo in caso di effettivo ricovero nella stessa e senza che sia prevista la corresponsione della quota sanitaria.

Nella tabella che segue (tab. 1) vengono riportate le scale utilizzate nel processo valutativo, per ambito di indagine e le informazione prodotte.

Tabella 1: Le scale del processo valutativo

SETTORE	SCALE	INFORMAZIONI PRODOTTE
<b>Clinico-Funzionale</b>	MDS ADL (Long Form) IADL Scheda Clinica Scheda Infermieristica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livello dipendenza nelle BADL e IADL</li> <li>• Informazioni cliniche</li> <li>• Complessit� assistenziale infermieristica</li> </ul>
<b>Cognitivo-Emotivo-Comportamentale</b>	PFEIFFER MDS-HC Disturbi del Comportamento MDS-HC Disturbi dell'umore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livello di compromissione cognitiva</li> <li>• Presenza disturbi del comportamento</li> <li>• Presenza disturbi dell'umore</li> </ul>
<b>Socio-Ambientale</b>	Scheda di valutazione sociale CBI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livello adeguatezza ambientale</li> <li>• Livello capacit� copertura assistenza diretta e indiretta</li> <li>• Livello stress del caregiver</li> </ul>

Sulla scorta dei risultati delle scale si determina la valutazione multidimensionale del bisogno relativo alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale, che   la base informativa sulla quale verr  definito, dalla

<sup>6</sup> Tale concetto viene richiamato e sancito nella “*Convenzione delle nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilit *”.

UVM, il Progetto Assistenziale Personalizzato. In particolare la UVM, a partire dalle informazioni valutative relative all'area socio-ambientale, integrate in sede di discussione e stesura del PAP con le altre aree di bisogno, definirà l'appropriatezza di un percorso assistenziale domiciliare o, in ultima analisi, di un percorso residenziale. Successivamente, nel caso in cui sia ritenuto adeguato un percorso domiciliare, si individua il Livello di Isogravit  sulla base di quanto indicato nella tabella 2, che definisce 5 diversi livelli di Isogravit  del Bisogno di Assistenza alla Persona.

Tabella 2: Identificazione Livelli Isogravit  del Bisogno

Compromissione cognitiva	Dipendenza BADL Lieve			Dipendenza BADL Moderata			Dipendenza BADL Grave		
	Disturbi comp / umore Assenti- Lievi	Disturbi comp / umore Moderati	Disturbi comp / umore Gravi	Disturbi comp / umore Assenti- Lievi	Disturbi comp / umore Moderati	Disturbi comp / umore Gravi	Disturbi comp / umore Assenti- Lievi	Disturbi comp / umore Moderati	Disturbi comp / umore Gravi
Assente-Lieve	1	2	3	2	3	4	4	4	5
Moderata	2	2	3	3	3	4	4	4	5
Grave	3	3	4	3	4	5	4	5	5

Le nuove procedure valutative delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, **non certificano l'autosufficienza o la non autosufficienza, ma configurano una situazione di "gravit ",** per la quale i servizi sociosanitari territoriali, attraverso la UVM, si impegnano ad intervenire con certezza e appropriatezza dell'intervento, attraverso la pesatura del bisogno, cos  come risulta dalla Tabella sopra riportata.

#### **f) Ruolo e funzioni del Medico di Medicina Generale**

La medicina generale, per le sue caratteristiche istituzionali e professionali   abitualmente il primo contatto della persona e fornisce un accesso aperto agli assistiti e a tutti i loro problemi di salute.

Il Medico di Medicina Generale (MMG)   il medico della persona, non solo della malattia. Il suo rapporto con il paziente   peculiare: conosce il contesto lavorativo e familiare dell'assistito, conosce i suoi problemi e quello che   stato fatto per affrontarli e spesso segue la persona per tutta la vita.

Ogni MMG ha con i suoi assistiti un rapporto di fiducia sul quale si costruisce una relazione medico-paziente articolata nel tempo, che non si ferma al sintomo o al disturbo clinico del momento.   con il MMG che si vive la fase di diagnosi, che si condividono le decisioni terapeutiche e le scelte riabilitative, attraverso un confronto continuo e diretto.

Con l'invecchiamento della popolazione la Medicina Generale   sempre pi  chiamata ad affrontare i problemi sanitari caratterizzati dalla cronicit ,

problemi per i quali spesso l'obiettivo non è la risoluzione ma una corretta gestione della condizione di salute della persona. Si tratta di una gestione complessa che, per divenire veramente una presa in carico della situazione globale, non può fermarsi all'aspetto sanitario, ma riguarda inevitabilmente le risorse familiari, il contesto sociale e tutte quelle variabili che concorrono al quadro finale di un anziano con problemi di salute che causano una grave perdita di autonomia. È in questo contesto che si inserisce il ruolo del MMG, fonte importante di informazioni e portatore, all'interno dell'equipe multiprofessionale, di conoscenze sulla persona, sui familiari, sulla storia clinica dell'una e degli altri. Per tutti questi motivi è necessario che nella valutazione della persona non autosufficiente e nella stesura del Progetto personalizzato, sia assicurato l'apporto conoscitivo, oltre che professionale, del MMG. In particolare, il MMG è in prima battuta il segnalatore d'eccellenza di un bisogno; attraverso la compilazione della scheda clinica, che assieme alle altre va a comporre la valutazione multidimensionale, attiva il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente. Una volta ricevuta la scheda clinica dal MMG, il servizio preposto al governo dell'accesso avvia la fase di valutazione multidimensionale da parte di tutta l'equipe. Nel caso in cui l'assistito si rivolga direttamente al Punto Insieme, senza il preventivo passaggio dal proprio MMG, saranno i servizi ad invitare l'assistito, o chi lo rappresenta, a rivolgersi al medico curante per la compilazione della scheda clinica. Oltre che nella fase valutativa, il ruolo del MMG diventa fondamentale nel momento della stesura del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) e della condivisione di questo con l'assistito e/o i suoi familiari. Su invito del Responsabile di Zona, il medico di medicina generale concorda la sua partecipazione alla seduta della UVM nella quale viene definito e sottoscritto il PAP, al fine di assicurare il massimo di condivisione dello stesso, anche nel corso della sua attuazione e verifica.

### **g) Il ruolo della geriatria nell'area della non autosufficienza**

La Geriatria nel sostenere la cultura specifica sui bisogni assistenziali degli anziani fragili o non autosufficienti ha, come obiettivo primario, quello di garantire a tali persone la miglior qualità di vita possibile, cercando di prevenire lo sviluppo di disabilità e dipendenza o il loro aggravamento e mantenendo l'anziano quanto più possibile al proprio domicilio. Svolge, quindi, un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'atteggiamento proattivo necessario per l'individuazione e l'analisi della fragilità e nella definizione degli interventi necessari per ridurre in ogni anziano il rischio di disabilità, ospedalizzazione ed istituzionalizzazione. L'anziano "fragile" è un soggetto nel quale le condizioni psichiche, cliniche, sociali ed economiche concorrono fra loro, in modo dinamico, nel definire il rischio di perdita o diminuzione significativa dell'autonomia funzionale e di peggioramento della qualità della vita. La fragilità ha una genesi multifattoriale e, se individuata e trattata tempestivamente, può essere una condizione reversibile, che richiede un inquadramento diagnostico con strumenti appositamente creati e applicati in ambito geriatrico. L'intervento della competenza geriatrica è fondamentale anche nei confronti dell'anziano non autosufficiente.

Come la fragilità, la non autosufficienza non rappresenta, infatti, una condizione statica e uniforme, ma possiede un suo profilo evolutivo e una

propria caratterizzazione sintomatologica essendo l'esito di varie concause (motorie, cognitive, sensoriali, psicoaffettive e sociali) che associandosi fra loro necessitano di una valutazione multidimensionale geriatrica per l'analisi delle stesse e delle loro interazioni.

Occuparsi della non autosufficienza significa non solo individuare i supporti assistenziali più adeguati per garantire il mantenimento delle funzioni vitali, ma anche contrastare con ogni mezzo la progressione del deficit funzionale ed individuare le risorse residue da utilizzare per ridurre l'handicap.

Il geriatra è quindi in grado di orientare e facilitare la valutazione multidimensionale e di garantire l'inquadramento complessivo delle condizioni di bisogno attraverso la definizione delle reciproche relazioni di tutte queste variabili. In questo ambito di intervento la Geriatria collabora, in un'ottica multidisciplinare, con numerose altre professioni, in ambito medico e infermieristico, riabilitativo e sociale.

Confermando il MMG come responsabile del percorso assistenziale del paziente anziano fragile sul territorio, al fine di garantire l'applicazione di quanto enunciato ai punti 4.3.2 e 5.6.2.4 del PSR 2008-2010, 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 e, se necessario, assumere la funzione di tutor clinico durante la degenza ospedaliera nei confronti del paziente anziano fragile e garantire l'appropriato utilizzo dei servizi e delle strutture intermedie. Poiché il raggiungimento di tale obiettivo non potrà essere immediato in termini temporali in tutte le realtà locali, per garantire l'immediata attuazione del presente progetto sarà quantomeno necessario mantenere la presenza geriatrica in ogni Zona Distretto (Società della Salute) per supportare, in modo uniforme su tutto il territorio regionale, l'attività delle UVM e l'attività di consulenza al MMG, titolare e responsabile della cura della fragilità in ambito territoriale.

In particolare la struttura di Geriatria, oltre a garantire il percorso assistenziale in ambito Ospedaliero per patologie acute o croniche riacutizzate con caratteristiche di complessità e problematicità e ad attivare percorsi assistenziali alternativi al ricovero Ospedaliero (Day Hospital, Day Service), supporta l'Unità di Valutazione Multidisciplinare per:

- affiancarsi, agli altri operatori territoriali della UVM, per impostare il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) partecipando alla valutazione dei casi più gravi e complessi;
- assicurare la continuità nella presa in carico/tutoraggio della persona n.a. in caso di ricovero ospedaliero, valutare i bisogni assistenziali degli anziani fragili e/o disabili durante la degenza ospedaliera, supportare il PUA nella gestione delle "dimissioni difficili" e quindi nella sua funzione di regia sui percorsi assistenziali di maggiore criticità;
- assicurare la propria funzione specialistica su richiesta del medico curante.

In tal modo nel caso di percorso di lungoassistenza, la risposta attesa è non solo il miglioramento globale della qualità dell'assistenza all'anziano fragile, ma anche la riduzione dei ricoveri impropri e, per quanto possibile, il ripristino più rapido possibile della stabilità clinica e dell'autonomia funzionale.

#### **h) La rete di dei servizi informali: ascolto, informazione e orientamento**

La rete dei servizi di ascolto, informazione e orientamento, garantita dalle strutture pubbliche, al fine di migliorare costantemente la qualità sociale, si pone l'obiettivo del coinvolgimento dei cittadini, del volontariato e degli altri soggetti del terzo settore. Nella sostanza si tratta di mettere in rete un sistema che già opera in questo senso e di integrarlo con quello pubblico, attraverso una chiara definizione di compiti e di percorsi che eviti sovrapposizioni e confusioni nei ruoli. Tale azione deve essere indirizzata a rendere sempre più agevole al cittadino l'informazione, l'accesso e l'orientamento ai servizi per la non autosufficienza. La programmazione a livello territoriale, in attuazione di quanto concordato nelle relative Intese Interistituzionali, potrà definire azioni progettuali tese a sviluppare un sistema di servizi di prossimità (accompagnamento, pasti a domicilio, teleassistenza, telemedicina, spesa a domicilio, ecc.) forniti dalla rete dei servizi pubblici anche con la collaborazione dei soggetti del volontariato.

## Cap. 4 I beneficiari e la previsione degli interventi

### a) I destinatari del Fondo

I destinatari dell'azione progettuale sono rappresentati da persone non autosufficienti, cioè persone le cui condizioni di bisogno, accertate con modalità multidimensionali e che tengono conto di difficoltà organico-funzionali, cognitivo-comportamentali e socio-relazionali-ambientali, presentano livelli di gravità tali da giustificare l'attivazione del fondo (comma 1 e comma 2, Art.1, L.R. 66/2008). Tali azioni sono tese a consentire a quelle stesse persone il miglioramento delle proprie condizioni di vita e si realizzeranno in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Il presente progetto indica le modalità di accesso, le procedure valutative e progettuali, le tipologie assistenziali finanziate con il fondo per la non autosufficienza, limitatamente alla persona non autosufficiente >65enne. Le Zone-Distretto, fino all'approvazione della specifica azione progettuale relativa all'area della disabilità, hanno la facoltà di destinare quote del fondo per il finanziamento di progetti assistenziali che riguardano casi di assoluta eccezionalità e urgenza con riferimento a persone disabili minori, adolescenti e adulti.

### b) Obiettivi ed interventi

Al fine di orientare il modello toscano verso la priorità assoluta della permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali, il progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nell'art. 7 della L.R. 66 del 2008, definisce all'interno delle aree domiciliare, semiresidenziale e residenziale, la diversa articolazione delle tipologie di intervento e gli obiettivi da raggiungere. La UVM definisce la risposta di lungoassistenza, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, cui corrisponde la risposta assistenziale appropriata come definita nella seguente tabella.

Tabella 3: La mappa delle offerte assistenziali (tipologia di offerta)

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	- retta modulo base permanente/temporaneo - retta modulo decadimento cognitivo - retta modulo stati vegetativi	contributo per: - retta modulo base permanente/temporaneo - retta modulo decadimento cognitivo - retta modulo stati vegetativi
Livelli Isogravità 3-5 con adeguatezza ambientale	Assistenza Domiciliare Diretta / Indiretta	- n. ore settimanali assistenza diretta graduata sul livello di isogravità - assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduata sul livello di isogravità	- contributo per n. ore settimanali assistenza diretta graduato sul livello di isogravità - contributo per assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduato sul livello di isogravità
	Inserimento in CD o CDA	- frequenza CD graduata sul livello di gravità - frequenza CDA graduata sul livello di gravità	- contributo per retta frequenza CD graduato sul livello di gravità - contributo per retta frequenza CDA graduato sul livello di gravità
	Ricovero sollievo RSA	- retta modulo	- contributo per retta modulo
Livello Isogravità 1-2 con adeguatezza ambientale	Assistenza Domiciliare Diretta / Indiretta	- n. ore settimanali assistenza diretta graduata sul livello di isogravità - assistenza indiretta di sostegno alla famiglia graduata sul livello di isogravità	=====
	Inserimento in CD o CDA	- frequenza CD graduata sul livello di gravità - frequenza CDA graduata sul livello di gravità	
	Ricovero sollievo RSA	- retta modulo	

Di seguito, per le tre aree (domiciliarità, semiresidenzialità e residenzialità), vengono indicati gli obiettivi specifici e gli interventi che saranno messi in campo per il loro conseguimento.

### 1. L'area della domiciliarità

Gli obiettivi per tale area sono:

- garantire, con le risorse aggiuntive del fondo, la copertura progressiva degli interventi relativi agli assistiti che hanno un livello di isogravità uguale o superiore al III° (secondo la classificazione dei livelli di isogravità del bisogno descritti al Cap. III, paragr. e);
- determinare una oscillazione tra il minimo e il massimo di copertura economica per ogni livello di gravità;
- garantire l'ADI (assistenza domiciliare integrata) fornita con servizi diretti alla persona. I servizi territoriali, sulla base delle indicazioni fornite dalla UVM nel PAP, organizzano e forniscono direttamente prestazioni sociali e sanitarie alla persona non autosufficiente presso il suo domicilio. Tali prestazioni sono modulate rispetto alla tipologia e all'indice di gravità del bisogno, anche con riferimento alla classificazione che, a titolo esemplificativo, è stata riportata nel documento sulle Linee guida per l'organizzazione dell'ADI. La UVM, al fine di assicurare l'estensione dell'ADI secondo le indicazioni contenute nei PAP, deve disporre, oltre che delle risorse aggiuntive del fondo per la non autosufficienza, anche delle maggiori risorse necessarie derivanti dal fondo sanitario. A tal fine, la Regione Toscana dovrà fornire indicazioni alle Aziende sanitarie e alle S.d.S., sia relativamente ad una definizione univoca di ADI, sia relativamente all'impegno che esse devono assumere per assicurare l'allocazione delle risorse professionali e finanziarie necessarie per la copertura della componente sanitaria dell'assistenza domiciliare integrata indicata nel PAP.
- raggiungere nel triennio una copertura assistenziale più appropriata, in quantità e qualità e che comunque coprirà, già dal 2010, i servizi previsti dal PAP.

Anche per i primi due livelli la UVM è comunque autorizzata, laddove lo ritenga opportuno, ad elaborare dei PAP che possano prevedere prestazioni che, sulla base della disponibilità del budget assegnato, siano articolate tra un range minimo/massimo e consentano interventi nei confronti dell'assistito.

Tabella 4: I pacchetti isorisorse

Livello di isogravità	Minimo servizi corrispondenti	Massimo servizi corrispondenti
III° LIVELLO	80 €	120 €
IV° LIVELLO	170 €	310 €
V° LIVELLO	260 €	450 €

L'importo di Isorisorse messo a disposizione dal fondo e previsto nel PAP è finalizzato alla copertura delle risposte di lungoassistenza indicate nell'articolo 7 della L.R. 66/2008 ed **aggiuntivo** alle prestazioni sanitarie contenute nei LEA e a quelle sociali fornite dai Comuni in base alle proprie norme regolamentari. Le risorse destinate dal Fondo per il finanziamento dei pacchetti, così come sono stati definiti nella tabella 4, sono quelle relative alla programmazione

2010, la cui gestione dovrà essere attentamente monitorata al fine di valutarne l'adeguatezza e la sostenibilità. Nel 2011 seguirà pertanto una nuova programmazione dello stesso.

In particolare, nel corso del 2010, attraverso la verifica della domanda reale di assistenza sul territorio, della sostenibilità da parte del sistema territoriale dei servizi e degli esiti dello studio epidemiologico della popolazione da parte dell'ARS, si procederà a:

- mappare l'effettiva domanda di servizi domiciliari nel territorio regionale;
- verificare la percentuale di copertura assistenziale domiciliare sulla popolazione >65enne;
- verificare le risorse derivanti dalla compartecipazione dei cittadini;
- verificare e precisare i pacchetti di Isorisorse per ogni livello di gravità, che si intende coprire;
- attivare, così come previsto dalle relazioni sindacali, tavoli di confronto per una valutazione complessiva del progetto.

La massima estensione della domiciliarità, sia in forma diretta che indiretta, può esser raggiunta solo in presenza di alcune condizioni fondamentali che impegnano l'intero sistema dei servizi sanitari e sociosanitari ospedalieri e territoriali:

1. alla gestione integrata, ospedale e territorio, delle dimissioni cosiddette "difficili" dal presidio ospedaliero, di persone anziane non autosufficienti per le quali occorrono risposte per l'urgenza e l'avvio delle procedure di valutazione delle condizioni di bisogno e di progettazione di medio e lungo periodo, in presenza di protocolli operativi di continuità assistenziale;
2. all'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie, sia di quelle per l'urgenza, sia di quelle da inserire nella progettazione di medio e lungo periodo, che rientrano nei LEA;
3. alla circolarità delle risposte assistenziali in regime di domiciliarità: il PAP deve prevedere forme di sostegno alla domiciliarità, anche attraverso il ricorso a inserimenti diurni e a ricoveri temporanei e di sollievo in RSA.

Per la realizzazione di tali obiettivi potranno essere previsti progetti specifici che attengono anche il contesto organizzativo/operativo.

Gli interventi per l'area della domiciliarità sono:

- **Gli interventi domiciliari sociali e sanitari forniti in forma diretta** dal servizio pubblico;
- **Gli interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia** che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile;
- **I buoni servizio o titoli per l'acquisto di servizio.** Già con atto della GRT n.402/2004 si individuava nei *buoni servizio* uno degli strumenti per organizzare ed erogare l'assistenza domiciliare alle persone anziane in condizioni di non autosufficienza, in forma indiretta e integrativa di altri servizi, garantendo comunque la valutazione multidimensionale del bisogno, la predisposizione del progetto personalizzato di assistenza e la sua verifica. Il PISR 2007-2010 prevede la possibilità di individuare l'utilizzo di *buoni servizio* quale strumento di accesso al sistema dei servizi e delle strutture accreditate. Ai sensi dell'articolo 12, quarto comma, della L.R. 82/2009 sull'accREDITAMENTO, "*i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta...anche tramite titoli di acquisto*". Trattandosi di uno strumento innovativo per il sistema dei servizi territoriali, che la L.R. 66/2008 definisce

Titoli per l'acquisto, è necessario che la Regione verifichi, nella fase di avvio del Progetto per l'assistenza continua alle persone non autosufficienti, e prima dell'approvazione della disciplina dell'accreditamento, le esperienze territoriali in corso.

- **Il sostegno alla persona e alla famiglia e la qualificazione del lavoro dell'assistente familiare.** L'azione si inserisce nell'ambito delle prospettive di sviluppo dei servizi in favore delle persone non autosufficienti, con l'utilizzo degli strumenti e dei modelli organizzativi previsti dalla L.R. 40/2005 e dalla L.R. 41/2005.

Gli obiettivi principali dell'intervento sono:

- favorire il mantenimento della persona non autosufficiente all'interno della propria abitazione, evitando il ricovero in una struttura residenziale;
- agevolare l'incontro della domanda e offerta del lavoro di cura reso tramite la figura dell'assistente familiare;
- promuovere l'emersione dalla condizione di irregolarità del rapporto di lavoro dell'assistente familiare.

- qualificare i lavoratori, fornendo loro adeguati supporti formativi;

Nella fase di avvio del progetto, e comunque fino al 31/12/2010, le persone che possono avere accesso al contributo sono gli anziani ultra 65enni riconosciuti non autosufficienti sulla base della normativa vigente (art. 54 comma 3 L.R. 41/2005) e per i quali sia stato predisposto il PAP che preveda questa forma assistenziale. Inoltre per accedere ai benefici, i soggetti devono comunque usufruire di un servizio domiciliare reso tramite l'assistente familiare regolarmente assunto. Le risorse saranno erogate sia sulla base degli indici di isogravità che sulla base degli indicatori di reddito (ISEE). L'azione "Sostegno alla persona e alla famiglia e qualificazione del lavoro dell'assistente familiare" si sviluppa secondo le indicazioni specificate nel "Programma per l'inserimento lavorativo e la qualificazione dell'assistente familiare".

Il "Programma" prevede:

- una collaborazione tra Regione Toscana ed Italia Lavoro per la costruzione di un forte coordinamento istituzionale, con compito di programmazione e monitoraggio, tra assessorati regionali (lavoro, formazione e sociale) e tra questi ed il territorio;
- la costruzione di una rete di "snodi territoriali" realizzata da Italia Lavoro con il compito di coordinarsi con i Punti Insieme, con i Servizi per l'Impiego, con i Comuni titolari dell'elenco degli erogatori dei servizi domiciliari accreditati ai sensi della L.R. 82/2009, e con gli altri soggetti che operano sul territorio previsti dal Progetto stesso.

## **2. L'area della semiresidenzialità**

Gli obiettivi per tale area sono:

- qualificare la rete dei Centri Diurni toscani per ospitare e assistere persone anziane non autosufficienti con gravi disturbi cognitivi e del comportamento associati alla demenza ed a malattie neurologiche invalidanti;
- aumentare la potenzialità dei centri diurni, garantendo l'ospitalità di almeno 1500 persone stabilmente;
- rendere flessibile l'organizzazione interna in modo da favorire la temporaneità e orari differenziati di presenza dell'ospite sempre in coerenza con il progetto personalizzato di assistenza.

Gli interventi relativi attengono in particolar modo la realizzazione di strutture a regime diurno. Il Centro Diurno assistenziale per persone anziane >65 anni prevalentemente non autosufficienti (articolo 21, primo comma, lettera i), L.R. 41/2005) è collocato all'interno del sistema diversificato di servizi e interventi integrati, secondo la logica della circolarità e dell'interscambio tra le diverse tipologie di prestazioni. Esso opera a sostegno dell'azione della famiglia, in particolare per le situazioni caratterizzate da elevata intensità assistenziale (persone la cui condizione di bisogno è aggravata da disturbi cognitivi e del comportamento associati a forme varie di demenza) per le quali sia possibile definire e attivare un programma di "cura" con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.

Il Centro Diurno si colloca nella rete dei servizi territoriali e deve essere affiancato da altre risposte circolari e integrate, da quelle domiciliari a quelle semiresidenziali di intensità più leggera, ai ricoveri temporanei in RSA.

*Nell'ambito di un Progettazione personalizzata complessa e circolare in cui l'accoglienza diurna è funzionale alla sostenibilità di altre risposte residenziali temporanee e domiciliari e a mantenere la persona non autosufficiente presso il proprio domicilio, l'ISEE di riferimento dovrà essere quello previsto per la domiciliarità. Tale possibilità si intende applicabile per un periodo massimo di 60 giorni complessivi/annui.*

### **3. L'area della residenzialità (permanente e/o temporanea e di sollievo)**

Gli obiettivi per tale area sono:

- La copertura di 10.000 quote/anno per ricoveri permanenti in residenza e l'attuazione di inserimenti temporanei, attraverso cui incidere in modo significativo sulle liste di attesa, fino alla loro definitiva eliminazione;
- La copertura della spesa del 50% per 200 quote in Hospice entro il 2010;
- La valutazione dell'intervento assistenziale secondo i criteri dell'appropriatezza;
- La definizione di una soglia massima di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- Il sostegno specifico agli interventi temporanei, in particolare riferiti ai percorsi di dimissione ospedaliera.

Gli interventi relativi sono tesi a consolidare di fatto il sistema toscano di residenzialità nell'area della popolazione anziana non autosufficiente.

Tale modello, infatti, è definito nella Deliberazione della GRT n. 402/2004 ed è orientato a sviluppare una diversificazione nell'offerta di prestazioni, in modo da favorire "...l'inserimento organico ed equilibrato in un'unica struttura di più tipologie di servizi...", per favorire la flessibilità delle prestazioni in relazione all'evoluzione della condizione e dei bisogni della persona e del relativo progetto assistenziale...". Viene posto l'accento sull'esigenza di sviluppare la disponibilità di posti dedicati a ricoveri temporanei e per le funzioni di "sollievo", in un sistema di interscambio tra servizi domiciliari e residenziali.

Il ricovero di sollievo è funzionale alla sostenibilità delle altre risposte semiresidenziali e domiciliari e, pertanto, non può essere previsto per un periodo superiore ai 60 giorni.

*Nell'ambito di una Progettazione personalizzata complessa e circolare in cui l'accoglienza residenziale è funzionale alla sostenibilità di altre risposte residenziali temporanee e domiciliari e a mantenere la persona non autosufficiente presso il proprio domicilio, l'ISEE di riferimento dovrà essere quello previsto per*

la domiciliarità. Tale possibilità si intende applicabile per un periodo massimo di 60 giorni complessivi/annui.

L'erogazione del contributo alla RSA, per la copertura della retta, è subordinato alla definizione di un PAP residenziale da parte della UVM ed alla sua relativa sottoscrizione da parte della persona da assistere e/o dai suoi familiari.

I requisiti strutturali, organizzativi e professionali sono definiti dal Regolamento regionale, in coerenza con la tipologia descritta all'articolo 21, primo comma, lettera a) della L.R. 41/2005.

### c. La continuità assistenziale

Attraverso il livello di governo del PUA e operativo della UVM, il sistema, come illustrato nella figura seguente (Fig. 6), intende assicurare interventi specifici per le diverse aree di bisogno, garantendo la circolarità delle risposte e la integrazione dei diversi percorsi, in una logica di rete dei servizi territoriali e promuovendo risposte assistenziali innovative e flessibili, che tengano conto delle caratteristiche che spesso i bisogni delle persone anziane assumono e che possono mutare con repentina facilità.

Pertanto sia il PUA che la UVM, in quanto responsabili principali della presa in carico, ne assicurano la continuità (ospedale-territorio, territorio-territorio, dimissioni ospedaliere difficili), sulla base di protocolli di "continuità assistenziale" operativi, garantendo l'allocazione e la gestione delle risorse dedicate alle diverse tipologie assistenziali ed in particolar modo, delle risorse del fondo destinate agli interventi per la non autosufficienza.



Figura 6: La continuità della presa in carico

## 1. Gli interventi sulla fragilità

Si tratta di servizi finalizzati a “sorvegliare” e “prendere in carico” una popolazione stimabile intorno alle 8.000 persone, che presentano condizioni di fragilità sotto il profilo della salute e sulla base delle condizioni socio/relazionali/abitative. Le azioni da attivare per una “sorveglianza attiva” verso tali persone >75enni, pur non rientrando nei percorsi assistenziali della non autosufficienza, attengono ai livelli essenziali delle politiche socio assistenziali verso la popolazione anziana.

Le politiche assistenziali nell’area della non autosufficienza, non possono prescindere dall’attivazione di azioni efficaci ed appropriate nell’ambito della prevenzione e della precoce individuazione di elementi di fragilità sociale e di salute. Tali azioni sono messe in essere dai Comuni e dalle aziende sanitarie attraverso i servizi territoriali sanitari e sociali nell’ambito delle proprie competenze e non sono comprese tra gli interventi assistenziali coperti dal fondo per la non autosufficienza (si veda in proposito l’art. 7 L.R. 66/2008). Nell’area della fragilità è previsto il consolidamento di servizi come:

- sistemi di telesoccorso e teleassistenza, anche gestiti con il concorso dell’associazionismo volontario;
- interventi strutturati di sorveglianza attiva nei confronti di anziani >75enni, in particolare in condizione di solitudine, a rischio in presenza di condizioni climatiche estreme;
- iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale, qualificabili come servizi di prossimità.

Nei prossimi due anni (2010-2011) saranno sperimentate innovazioni significative come la consulenza ed il sostegno economico per l’adattamento domestico attraverso l’allestimento di ausili tecnologici e di soluzioni strutturali che rendano le abitazioni idonee a garantire la migliore qualità di vita possibile e a ridurre il carico assistenziale per i caregiver (Domotica). Tali interventi, per le persone inserite nei livelli di maggiore Isor gravità, dovranno essere aggiuntivi rispetto a quelli previsti nei pacchetti di Isorisorse e comunque dovranno essere indicati nel PAP e finanziati con risorse supplementari.

## 2. Gli interventi nell’area dello scompenso o post acuta

Al fine di assicurare la continuità assistenziale della persona non autosufficiente, nonché le prestazioni finalizzate alla prevenzione della non autosufficienza permanente, è necessario definire modalità alternative per l’accesso e la presa in carico, tramite percorsi valutativi – progettuali dedicati, anche della persona ultra65enne con disabilità potenzialmente temporanea, ad alto rischio di perdita permanente dell’autosufficienza con potenziale recupero dell’autonomia. In particolare, valorizzando le esperienze locali, è necessario dare indicazioni per l’accesso e la presa in carico tempestiva di anziani in condizione di disabilità potenzialmente temporanea in dimissione ospedaliera o al proprio domicilio con patologie in fase di scompenso.

È inoltre necessario definire gli interventi di cura, di riabilitazione e di assistenza appropriati, costitutivi del progetto di assistenza personalizzato caratterizzato da particolare intensità sanitaria, presumibilmente di breve periodo, fino al massimo recupero di autonomia possibile. In caso di permanenza della disabilità e della condizione di bisogno, dovrà essere prevista la continuità con il percorso valutativo-progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

Perciò, nel corso del 2010, la GRT approverà linee guida per l'accesso e la presa in carico della persona ultra65enne in condizione di non autosufficienza potenzialmente temporanea, con i seguenti obiettivi:

- definire il percorso valutativo-progettuale dedicato: identificazione della persona eleggibile, chi segnala il bisogno, a chi lo segnala, chi valuta, cosa valuta, con quali strumenti, con quali finalità;
- definire gli interventi di cura, riabilitazione e assistenza appropriati, costitutivi del progetto personalizzato: quali sono, come si attivano;
- definire le modalità per garantire la rivalutazione periodica nel breve-medio periodo, fino al massimo recupero possibile dell'autonomia ed eventualmente la continuità assistenziale con il percorso valutativo-progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

### **3. Malati cronici non autosufficienti: una sola risposta**

L'invecchiamento della popolazione e lo sviluppo tecnologico e farmaceutico di oggi, inevitabilmente conducono ad un aumento considerevole delle patologie croniche e di tutte le conseguenze ad esse connesse: in Italia, in media, otto anziani su dieci soffrono di una o più patologie croniche caratterizzate da diversi stadi di gravità. La cronicità, di per sé, induce costi diretti legati alla domanda di salute, ma anche costi sociali, sia in relazione alle modifiche della struttura familiare che alla disabilità totale, quale risultante finale dell'evoluzione delle patologie croniche stesse.

Cronicità, quindi, come emergenza del prossimo futuro, sia per i servizi sociali che per i servizi sanitari. Da questa evidenza epidemiologica deriva la scelta strategica del Piano Sanitario Regionale vigente, di affrontare la cronicità attraverso l'applicazione di un modello operativo, il Chronic Care Model, approvato dalla GRT con Delib. n. 894 del 03/11/2008, che utilizza interventi integrati e diversificati per supportare le persone con cronicità nei vari momenti della loro storia clinica, ma che va necessariamente ad integrarsi strettamente con i percorsi di presa in carico della non autosufficienza, quando la persona, oltre ad avere una o più patologie croniche, ha perso l'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana. Queste fasi di aggravamento progressivo vengono visualizzate in maniera chiara attraverso l'immagine della piramide (Fig. 7: CCM allegato a): ogni strato, dalla base all'apice, rappresenta gruppi di persone con crescenti livelli di rischio e di gravità clinica.

Alla base sono rappresentate le persone con solo rischio di andare incontro a patologia cronica, che per questo devono attuare programmi di educazione alla salute, ricerca di stili di vita appropriati, ecc.

Salendo al gradino superiore, quando la salute è già minata da problemi cronici, il focus si sposta sulla ricerca di risposte appropriate alla gravità del caso, a partire sempre e comunque dalla valorizzazione delle risorse personali e delle autonomie residue. Nel gradino al di sotto dell'apice della piramide si trovano le persone con comorbilità, gravi stati clinici, perdita dell'autonomia, non autosufficienza come conseguenza delle patologie croniche. Queste rappresentano il 5% della popolazione, che necessita di programmi costruiti in modo integrato all'interno della rete sociosanitaria (Fig. 8: CCM allegato b). Sono le persone che solo attraverso una presa in carico integrata da parte dei servizi sociosanitari potranno sentirsi tutelate e supportate dal sistema. In questo settore non vi sono più confini netti fra i problemi sanitari e sociali, non esistono più i diversi profili clinici delle malattie croniche, ma la loro

inevitabile (nel tempo) evoluzione: disabilità, perdita della autonomia, in altre parole non autosufficienza. In questa fase della vita le azioni del sistema sanitario non possono essere slegate rispetto agli interventi del sistema sociale: la loro coesione e dinamicità è la sola garanzia di creare percorsi unificati, personalizzati, capaci di dare risposte vere ai problemi di vita di queste persone e delle loro famiglie. Il Punto Unico di Accesso è la sede dove programmare l'impiego generale delle risorse sanitarie e sociali all'interno di un unico intervento multiprofessionale. La Unità di Valutazione Multidisciplinare è il presidio che opera la messa a punto di progetti con queste caratteristiche. Tale esplicazione si estrinseca in risorse economiche, finanziarie ed umane messe in comune (professionisti della sanità e del sociale, ricoveri in RSA, assistenti familiari), finalizzate allo stesso obiettivo (intervento sulla disabilità legata a malattie croniche e causa di non autosufficienza), che utilizzano gli stessi strumenti operativi (UVM), creando filoni di intervento unici (PAP) e riconoscendosi in modelli organizzativi comuni (PUA): in una sintesi che sola può fornire risposte visibili, concrete ed appropriate.

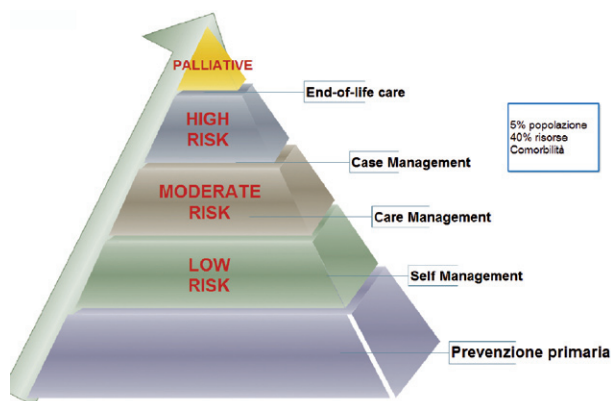


Figura 7: CCM Allegato A

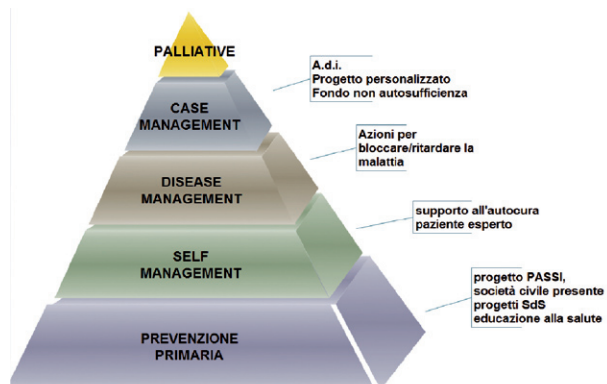


Figura 8: CCM Allegato B

## Cap. 5 Il management progettuale

### a) La progettazione e il Risk Plan

La necessità di garantire la piena funzionalità al presente programma, ha condotto il gruppo di progetto a presidiare in maniera integrata ed efficace l'intero ciclo operativo, tenendo presente il processo di costruzione, la qualità dei prodotti, la gestione dei rischi, la comunicazione e le relazioni tra i diversi attori in campo.

In sostanza ciò ha comportato una cura particolare dei processi comunicativi ed il presidio continuo dei vari gruppi di lavoro, con un'attenzione particolare ai sistemi che regolano le modalità di funzionamento dei diversi team. Inoltre, la consapevolezza di agire in un contesto caratterizzato da un reticolo di organizzazioni (e non ancora da un "sistema rete"), per sua stessa natura instabile, ha comportato che le relazioni, a volte ambigue, ed i conflitti, non sempre esplicitati, siano stati gestiti cercando di trasformarli in possibilità di sviluppo sia organizzativo che sociale.

Il piano dei rischi rappresenta dunque solo il primo dei momenti salienti del presidio del progetto, che avviene appunto in sede di programmazione.

La necessità di effettuare un controllo continuo sulla realizzazione delle azioni di progetto, ha portato ad inserire tra le azioni di sistema il **monitoraggio**, che rappresenta la verifica in itinere di tutti quegli eventi che possono compromettere il raggiungimento degli obiettivi.

Inoltre, l'azione di verifica consente anche di approntare in maniera efficace, le misure correttive (**piano di accompagnamento**) che, in sede regionale o territoriale, possono essere introdotte per il raggiungimento di livelli adeguati ed uniformi di interventi e servizi.

### b) Le azioni di sistema

Di seguito vengono riportate le diverse azioni di progetto che compongono il quadro complessivo, teso a garantire alla persona non autosufficiente la certezza di prestazioni sociosanitarie volte al miglioramento della propria condizione. Il contenuto di ciascuna azione è descritto in schede nelle quali sono indicati i seguenti elementi:

- **Gli obiettivi intermedi o di fase** dell'azione, individuati a partire sia dall'analisi dei rischi progettuali che dalle indicazioni del P.I.S.R., costituiscono gli elementi dell'azione di progetto che sono strategici per il raggiungimento dell'obiettivo specifico.
- **I risultati attesi**, sono i prodotti, fisici e non, delle attività di progetto, che consentono il raggiungimento dei sottobiettivi e nell'insieme portano al raggiungimento dell'obiettivo specifico.
- **Le attività**, sono le azioni specifiche che è necessario realizzare per ottenere un risultato e quindi contribuire a raggiungere l'obiettivo specifico del progetto.

Nell'ambito di tale piano, le azioni di sistema si configurano dunque come azioni che non sono rivolte, prioritariamente, alle persone fisiche, ma piuttosto riguardano l'intento di riqualificare il sistema regionale di governo delle politiche e dei servizi alle persone, affinché si sviluppino "un sistema integrato di servizi sociosanitari che dia al cittadino la certezza su tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno".

Tali azioni ricomprendono:

### 1. La comunicazione

È l'azione attraverso la quale i cittadini devono avere un'informazione chiara rispetto alle possibilità di risposta ai bisogni della persona non autosufficiente e della sua famiglia. È anche lo strumento attraverso cui si promuove la domiciliarità. Pertanto attraverso questa azione si intende accompagnare l'avvio e il consolidamento del progetto sulla non autosufficienza, con azioni di comunicazione e informazione interna ed esterna, utilizzando un approccio flessibile e modulare, che consenta di trovare il giusto stile comunicativo e il corretto equilibrio fra priorità e risorse economiche disponibili. Quello della non autosufficienza è tema che riguarda la collettività tutta in termini tanto sociali quanto culturali.

	DESCRIZIONE DELLA LOGICA D'INTERVENTO
<b>Obiettivi intermedi o di fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorire una informazione chiara e semplice nei confronti della collettività sulla possibilità della presa in carico della persona non autosufficiente</li> <li>• Promuovere i vantaggi che derivano dal mantenimento della persona nel suo contesto familiare</li> <li>• Promuovere la conoscenza della rete di servizi sul territorio</li> <li>• Favorire il lavoro di rete fra gli operatori socio-sanitari</li> <li>• Promuovere una comunicazione che abbia un basamento informativo omogeneo</li> </ul>
<b>Risultati attesi</b>	<p>Corretta identificazione e riconoscibilità del progetto            Le persone e la famiglia sanno a chi rivolgersi e da chi potranno avere una risposta            Operatori in grado di far fronte alle richieste di informazione e accoglienza</p>
<b>Attività</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Rilevazione Punti Insieme</li> <li>1.2 Impostazione grafica e produzione materiale informativo</li> <li>1.3 Allestimento da parte della Regione di n. 12 Punti Insieme</li> <li>1.4 Distribuzione materiale alle Zone, MMG e farmacie</li> <li>1.5 Attivazione sito web dedicato</li> <li>1.6 Inaugurazione dei Punti Insieme</li> <li>1.7 Attivazione Numero Verde Regionale</li> <li>1.8 Campagna di comunicazione: Radio e TV locali</li> <li>1.9 Campagna pubblicitaria</li> </ol>

### 2. La formazione

L'obiettivo di questa azione è quello di rendere il sistema nel suo insieme e tutti gli attori, pubblici e privati, più competenti, sia rispetto alla complessità delle problematiche che la non autosufficienza pone, sia nei confronti della necessità dell'agire integrato che la rete ed i servizi (formali e informali) debbono sviluppare per aggredire al meglio quella stessa complessità.

Il programma di formazione pluriennale è rivolto, con moduli specifici, a tutti gli operatori sanitari, sociali e amministrativi del territorio (Aziende Sanitarie e Comuni), sia dipendenti che convenzionati, agli operatori del terzo settore ed agli assistenti familiari. Il piano di formazione intende, da un lato aumentare il sapere dei soggetti coinvolti (attività educativa), ma anche diventare momento

per il cambiamento organizzativo.

Pertanto la formazione deve:

- avere un carattere processuale (interconnessione tra il sistema informativo ed il sistema formativo: analisi- progettazione- azione formativa- valutazione);
- condividere l'orientamento strategico del progetto della non autosufficienza, ovvero, non la sola risposta al problema, quanto piuttosto un'ottica strategica finalizzata al raggiungimento di un piano complessivo di cambiamento (raggiungimento di obiettivi molteplici) e della conseguente trasformazione organizzativa;
- offrire una tecnologia adeguata (la formazione deve saper rispondere alla complessità).

	<b>DESCRIZIONE DELLA LOGICA D'INTERVENTO</b>
<b>Obiettivi intermedi o di fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentare il livello di conoscenze specifiche da parte di tutti gli operatori della rete dei servizi integrati (pubblici e del privato sociale)</li> <li>• Aumentare le competenze e le abilità individuali e di equipe nell'ambito della rete dei servizi di accesso (PUA e Punti Insieme), della valutazione, della progettazione e della presa in carico (UVM), nonché del sistema dell'offerta dei servizi</li> <li>• Garantire un sistema adeguato di qualità degli interventi</li> </ul>
<b>Risultati attesi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisizione delle nozioni teoriche e dei contenuti</li> <li>• Sistematizzazione e razionalizzazione delle conoscenze</li> <li>• Costruzione di mappe conoscitive e modelli di analisi</li> <li>• Sviluppo capacità di programmazione</li> <li>• Acquisizione di conoscenza dei contesti organizzativi</li> <li>• Acquisizione di tecniche di problem solving e project management</li> <li>• Acquisizione di competenze individuali e di gruppo per la messa in discussione delle esperienze acquisite e di soluzioni di problemi</li> <li>• Promozione delle innovazioni</li> <li>• Riqualificazione professionale</li> <li>• Miglioramento dei rapporti tra operatori e direzione (avvicinamento, concretizzazione, sintonizzazione)</li> </ul>
<b>Attività</b>	<p>2.1 Definizione bisogni formativi interprofessionali: rete accesso/ valutazione (PUA, Punti insieme e UVM)</p> <p>2.2 Stesura progetto moduli formativi ed avvio moduli formativi</p> <p>2.3 Definizione percorso informativo e formativo del livello politico/istituzionale</p> <p>2.4 Avvio percorsi formativo/informativi</p> <p>2.5 Definizione bisogni rete offerta dei servizi</p> <p>2.6 Stesura progettazione esecutiva ed avvio moduli</p> <p>2.7 Definizione percorso informativo/formativo rete informale dei servizi</p> <p>2.8 Avvio percorsi formativo/informativi</p>

### 3. L'accompagnamento

Il grado di innovazione e la complessità che il progetto regionale per la non autosufficienza porta con sé, implicano che il sistema nel suo complesso strutturi azioni che seguano complessivamente tutte le zone distretto, evitando che ci siano disfunzioni e disallineamenti tra i diversi territori, tali da produrre poi diversità significative nelle risposte ai cittadini.

A tale scopo, a partire da un'attività di osservazione e monitoraggio, l'azione di accompagnamento intende definire e strutturare un percorso di supporto per tutte le zone nella programmazione territoriale partecipata, nella definizione dei sistemi organizzativi e nel funzionamento dei percorsi, nonché nell'uso della strumentazione applicativa. In particolare, le funzioni di monitoraggio sulla gestione del fondo dovranno verificare:

- a) le condizioni di sostenibilità finanziaria del fondo, alla luce delle dinamiche demografiche, della ricognizione della domanda e dei costi unitari delle prestazioni;
- b) le eventuali difformità nell'applicazione delle procedure e delle modalità di intervento adottate nelle zone-distretto;
- c) le modalità di gestione integrata del fondo.

DESCRIZIONE DELLA LOGICA D'INTERVENTO	
<b>Obiettivi intermedi o di fase</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definire attraverso l'incrocio delle diverse attività di monitoraggio quali-quantitative, le criticità territoriali, al fine di strutturare azioni mirate di approfondimento e sostegno</li><li>• Accompagnare le diverse zone nel processo di programmazione territoriale, al fine di realizzare quanto più possibile un modello condiviso ed uniforme</li><li>• Accompagnare le zone alla realizzazione di un sistema organizzativo in grado di rispondere alle domande dei cittadini nei tempi e nei modi previsti dal progetto</li><li>• Accompagnare le zone nel corretto utilizzo di tutta la strumentazione informatica e non, ad uso delle equipe territoriali dei Punti Insieme, dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di Valutazione</li><li>• Sostenere e diffondere, quali modelli di buone prassi, le eccellenze rilevate nei territori in merito a singole azioni o servizi</li></ul>
<b>Risultati attesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definizione piano di azione che tenga conto delle diversità territoriali, delle criticità presenti ma anche delle eccellenze</li><li>• Realizzazione di incontri mirati formativi-informativi su tutte le 34 zone, articolati in modo da tenere conto dei differenti livelli territoriali nello stato di realizzazione del progetto</li><li>• Definizione livelli essenziali organizzativi ed operativi uniformi su tutto il territorio regionale</li><li>• Uso corretto e sistematico della strumentazione fornita a supporto del progetto</li></ul>
<b>Attività</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>3.1 Predisposizione vademecum operatori dell'accesso</li><li>3.2 Predisposizione ed invio dei modelli e della strumentazione</li><li>3.3 Individuazione delle aree di criticità e di eccellenza sul territorio</li><li>3.4 Individuazione task force di supporto ed avvio delle azioni di accompagnamento</li></ol>

#### 4. Il sistema informativo

Parte integrante del progetto risulta essere la definizione e realizzazione di un sistema informativo per il monitoraggio della non autosufficienza, per mezzo dell'attivazione di un flusso informativo regionale nell'ambito dei sistemi informativi gestionali territoriali in forma integrata e la contestuale individuazione del debito informativo che deve essere soddisfatto dalle zone-distretto, come previsto dalla L.R. 66/2008 (art. 17).

A tale scopo la Giunta Regionale ha deliberato (DGRT 773/2009) di istituire il sistema di comunicazione e la banca dati degli eventi relativi agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e il sistema di comunicazione e la banca dati degli eventi relativi alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche. Tale sistema di comunicazione utilizza l'infrastruttura di cooperazione applicativa regionale toscana denominata CART (Cooperazione Applicativa Regionale Toscana); CART rappresenta uno strumento tecnologico per mezzo del quale veicolare contenuti propri di specifici domini applicativi, generati da sistemi potenzialmente eterogenei, attraverso messaggi di comunicazione tra le applicazioni, realizzando una interazione che avviene secondo una modalità cosiddetta ad eventi, al fine di garantire la circolarità delle informazioni con il minimo tempo di latenza e nel rispetto dei livelli di sicurezza e riservatezza delle informazioni, e più in generale il raggiungimento di obiettivi di semplificazione amministrativa, il CART si integra nel sistema informativo regionale (SiR), quale sistema unitario e si conforma alle disposizioni ed agli standard della L.R. 54/2009, anche ai fini dell'attuazione dell'articolo 18 della stessa legge.

Uno degli obbiettivi di tale infrastruttura è quello della definizione di tecniche, modalità, standard tecnologici e informativi per mezzo della predisposizione di specifici documenti denominati RFC (Request For Comments) con cui descrivere appunto le modalità di comunicazione degli eventi, le interazioni fra i soggetti coinvolti, il contenuto informativo e la struttura descrittiva di tale contenuto. Facendo seguito alla DGRT 773/2009, sono stati quindi adottati, con Decreto dirigenziale n. 6588/2009, i documenti tecnici RFC per la descrizione degli eventi relativi agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata nell'ambito dell'assistenza domiciliare e per la descrizione degli eventi relativi alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, che vanno a costituire debito informativo che deve essere soddisfatto dalle zone-distretto. Nel corso del 2010 è necessario andare a definire, realizzare e rendere disponibili gli strumenti e gli oggetti di analisi e di supporto alle decisioni, tramite l'implementazione di un sistema informativo alimentato dagli eventi sopra descritti, mediante componenti tipici di Business Intelligence come Data Warehouse e Data Mart.

Il sistema informativo progettato risponde pertanto ad esigenze di monitoraggio e rendicontazione dell'attività di assistenza continua alle persone non autosufficienti, ma anche ad esigenze legate al soddisfacimento dei debiti informativi nazionali, secondo gli schemi di flusso definiti dai Decreti Ministeriali 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio della assistenza domiciliare" e "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali".

	<b>DESCRIZIONE DELLA LOGICA D'INTERVENTO</b>
<b>Obiettivi intermedi o di fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obiettivo di breve termine: avvio, consolidamento e verifica dei flussi informativi provenienti dalle zone distretto</li> <li>• Obiettivo di medio termine: implementazione sistema informativo integrato sociosanitario per la non autosufficienza e realizzazione strumenti di analisi e supporto alle decisioni</li> </ul>
<b>Risultati attesi</b>	<p>Supporto al monitoraggio della gestione del Fondo integrato per l'assistenza continua alle persone non autosufficienti Miglioramento della base informativa e conoscitiva della Regione Toscana in materia Assolvimento debito informativo verso il livello nazionale</p>
<b>Attività</b>	<p>4.1 Avvio e gestione del flusso informativo 4.2 Supporto e controllo all'alimentazione del flusso 4.3 Verifica e aggiornamento dei contenuti informativi 4.4 Definizione del sistema informativo 4.5 Definizione e realizzazione degli strumenti e degli oggetti di analisi e di supporto alle decisioni 4.6 Costruzione di una reportistica finalizzata ad attività conoscitive e di analisi e valutazione sul fenomeno oggetto dell'intervento</p>

## 5. L'accreditamento

Con L.R. 82 del 28/12/2009 sono disciplinate le modalità di accreditamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, ivi incluse quelle che operano nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria, al fine di erogare prestazioni per conto degli enti pubblici competenti. E' previsto che entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge la GRT dovrà approvare le modalità per la concessione, gestione ed erogazione dei titoli di acquisto, così come definiti all'articolo 7, secondo comma, lettera b) della L.R. 66/2008.

	<b>DESCRIZIONE DELLA LOGICA D'INTERVENTO</b>
<b>Obiettivi intermedi o di fase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribuzione ai soggetti pubblici e privati che ne facciano richiesta e che ne abbiano i requisiti, dello stato giuridico di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sociali e socio- sanitarie da parte, in nome e per conto degli enti pubblici competenti</li> <li>• Attribuzione della funzione di accreditamento ai Comuni</li> <li>• Definizione del processo di accreditamento e dei soggetti preposti alla verifica e al controllo del possesso e del mantenimento dei requisiti</li> <li>• Individuazione delle tipologie di servizi da accreditare: residenziali, semiresidenziali, domiciliari, individuali</li> <li>• Individuazione dei requisiti per essere accreditati, facendo riferimento alla qualità gestionale del sistema organizzativo, alla qualità professionale, alla qualità valutata dal cliente e dagli operatori rispetto all'aspetto relazionale-interpersonale e alla soddisfazione attesa, al fine di promuovere l'accessibilità ai servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza nelle attività e nelle prestazioni, oltre alla continuità assistenziale, alla qualità tecnico-scientifica e al controllo del rischio</li> </ul>

*continua a pagina seguente*

*segue da pagina precedente*

<b>Risultati attesi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disporre di un sistema di offerta di servizi dotati di un livello di qualità conforme ai requisiti accertabili</li><li>• Garantire ai cittadini un'offerta che sia quantitativamente e qualitativamente adeguata alla soddisfazione dei bisogni</li><li>• Garantire su tutto il territorio regionale un livello omogeneo di qualità degli interventi, a tutela dei diritti dei cittadini</li><li>• Promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sociale e socio-sanitaria in rapporto all'evoluzione dei bisogni</li><li>• Favorire la pluralità dell'offerta dei servizi e delle prestazioni, anche con l'utilizzo di titoli d'acquisto per promuovere e sostenere la domiciliarità dell'assistenza</li></ul>
<b>Attività</b>	5.1 Definizione regolamento di attuazione (entro Giugno 2010) ai sensi dell'articolo 11 della L.R. 82/2009

## **6. La compartecipazione**

Fatto salvo il principio dell'accesso universalistico di tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza, il concorso da parte dell'assistito alla copertura del valore economico delle prestazioni, è normato dalle disposizioni dell'articolo 14 della L.R. 66/2008 che prevede "forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperte dai livelli essenziali di assistenza sanitaria", che sono previste da apposito atto regionale di indirizzo approvato con delibera della Giunta Regionale 385 del 11/05/2009. La UVM ha comunque l'autonomia di assicurare, nello spirito dell'accesso universalistico alle prestazioni del fondo per la non autosufficienza, un pacchetto di "domiciliarità" minimo garantito per le situazioni in cui l'applicazione delle norme regolamentari della compartecipazione escludano possibilità di accesso.

## **7. Lo studio epidemiologico di popolazione**

La necessità di avere una stima più aderente rispetto a quelli che sono i bisogni della popolazione anziana, ha portato con se l'esigenza di disegnare e condurre uno studio epidemiologico per la definizione del bisogno di assistenza socio-sanitaria nella popolazione ultra65enne residente al domicilio.

Lo studio è stato condotto valutando un campione di circa 3.000 persone ultra65enni, rappresentativo della popolazione anziana residente in Toscana (con eventuale sovra-campionamento della popolazione ultra85enne) utilizzando le procedure valutative multidimensionali attualmente in uso sperimentale per la definizione dei livelli isogravità del bisogno.

La stima del bisogno di assistenza socio-sanitaria della popolazione anziana (ultra65enne) residente al domicilio, tesa alla quantificazione ed alla caratterizzazione del fenomeno della non autosufficienza, è finalizzata a verificare gli obiettivi per il buon funzionamento del progetto sull'assistenza continua alla persona non autosufficiente.

Grazie ai risultati prodotti dallo studio epidemiologico di popolazione BiSS (Bisogni di assistenza Socio Sanitaria)<sup>7</sup>, siamo oggi in grado di fornire informazioni sul bisogno socio-sanitario degli anziani residenti in Toscana con gli stessi criteri utilizzati per la definizione del bisogno assistenziale in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale. Si stima che siano circa

<sup>7</sup> Per un approfondimento dei risultati dello Studio stesso, si veda l'Allegato 1 al presente progetto.

66mila le persone ultra65enni non autosufficienti nelle Attività di Base della Vita Quotidiana. Combinando il grado di dipendenza nelle BADL con le caratteristiche cognitive, emotive e comportamentali, è possibile classificare gli anziani non autosufficienti in cinque Livelli di Isogravità del bisogno assistenziale. Circa 46.000 anziani sono classificabili a un livello uguale o superiore al terzo e quindi, secondo le attuali proposte, eleggibili per l'accesso al fondo regionale per la non autosufficienza. Questo, dato l'ammontare totale delle risorse a disposizione per il finanziamento dell'assistenza alla persona non autosufficiente e la disponibilità di criteri condivisi per la classificazione delle persone valutate in livelli di isogravità del bisogno assistenziale, permette di definire le risorse che possono essere garantite per il finanziamento di ogni singolo progetto personalizzato.

### **8. Il monitoraggio del progetto e la valutazione degli esiti**

L'approccio alla valutazione del progetto fa riferimento ad un modello di efficacia sociale che non guarda solo al risultato economico d'esercizio quale parametro di economicità e di capacità di sviluppo, ma anche e soprattutto all'adeguatezza degli interventi e delle attività sia rispetto al bisogno che li ha generati, che alle prospettive che ispirano l'azione progettuale nel suo insieme. La necessità di avere un quadro definito rispetto a come complessivamente il sistema impatta sulle persone non autosufficienti e sulle loro famiglie, anche a fronte di un alto grado di innovazione sociale che si intende produrre, consente ai diversi livelli istituzionali e non, politici e tecnici, di stimare la portata delle diverse azioni e quindi di reimpostare le operazioni di progetto sulla base di tale analisi e nelle diverse fasi del ciclo progettuale stesso.

La valutazione del progetto comprende sia azioni di monitoraggio delle attività previste, sia azioni di valutazione. Nel primo caso il monitoraggio ha lo scopo di registrare puntualmente l'andamento delle azioni progettuali. Nel secondo caso, anche a partire dai dati del monitoraggio, la valutazione ha lo scopo di proporre percorsi e soluzioni di modifica e miglioramento delle azioni progettuali.

#### **Il monitoraggio**

Le attività di monitoraggio in itinere presuppongono la messa a regime del sistema informativo integrato regionale e zonale che consenta un recupero delle informazioni rilevanti su:

- a) accesso ai Punti Insieme;
- b) attività relative alle valutazioni multidimensionali effettuate dalle UVM;
- c) attività relativa alla costruzione dei PAP;
- d) capacità di spesa;
- e) gestione delle risorse economiche;
- f) monitoraggio dei tempi di risposta relativamente alla presa in carico e alla erogazione delle prestazioni.

#### **La valutazione**

Le attività di valutazione accompagnano le azioni progettuali. I basamenti informativi saranno quelli del monitoraggio, integrati con strumenti e metodologie specifiche.

Le tipologie di valutazione sono tre: a) in itinere; b) ex-post; c) di impatto. All'interno di ciascuna tipologia sono proposte attività di valutazione su azioni progettuali diverse.

Per quanto riguarda la valutazione in itinere, le azioni sono le seguenti:

- la valutazione dell'attività di valutazione delle UVM;
- la valutazione degli esiti dei PAP;
- La valutazione dei tempi di risposta così come previsti dalla legge regionale;
- la valutazione dei processi organizzativi dei servizi offerti attraverso il coinvolgimento delle professionalità coinvolte;
- la valutazione della qualità percepita dagli utenti, e/o dalle loro famiglie, dei servizi offerti;
- la valutazione della gestione delle risorse economiche previste dal progetto;
- la valutazione del rapporto tra gli obiettivi programmati ed i risultati raggiunti;

Per quanto riguarda la valutazione ex post, le azioni sono le seguenti:

- la valutazione delle performance dei servizi offerti (efficacia, efficienza ed economicità) dai territori, attraverso indicatori condivisi.

Per quanto riguarda la valutazione di impatto, le azioni sono le seguenti:

- la valutazione delle possibili modificazioni sul reddito delle famiglie toscane;
- la valutazione dei possibili effetti sull'occupazione nel settore dei servizi alla persona, anche relativamente alla emersione del lavoro degli assistenti familiari;
- la valutazione dei cambiamenti e delle trasformazioni nelle percezioni e nella vita quotidiana delle famiglie toscane, sui servizi aggiuntivi offerti.

## Cap. 6 Il fondo per la non autosufficienza

### a) Composizione del fondo

Uno degli elementi fondamentali al raggiungimento degli obiettivi previsti nel progetto, anche al fine di garantire il governo unitario dell'intervento complessivo, è rappresentato dalla istituzione di un apposito fondo regionale, vincolato al finanziamento dei servizi nell'area della non autosufficienza, nel quale trovano confluenza le risorse del fondo sanitario, oggi destinate al sostegno della quota sanitaria dei servizi sociosanitari ai non autosufficienti, le risorse provenienti dal fondo sociale regionale e dal fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti, nonché eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della legge.

Le risorse del fondo sociale, di derivazione comunale, destinate al sostegno dei servizi sociosanitari nell'area della non autosufficienza, concorrono alla composizione del fondo a livello territoriale, senza essere inferiori a quelle destinate al 31/12/2007, trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della legge. Alla composizione del fondo concorrono infine tutte le risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria. Con l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza, così come previsto dalla LR 66/2008, la Regione Toscana, in coerenza con il Documento di Programmazione Economico – Finanziaria 2010, ha determinato l'importo complessivo delle risorse regionali da destinare a tale fondo e che per il 2010 sono pari a 260 Mln di euro (Punto 4 del par. 3.4.1 del PISR 2007-2010, così come modificato con Delibera CRT n. 69 dell' 11/11/2009).

In tale somma sono ricomprese anche le risorse aggiuntive alla quota di fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza (LEA) e che sono pari a 80 Mln di euro l'anno.

Sono inoltre destinati alla non autosufficienza anche i trasferimenti nazionali, come le risorse del Fondo per le famiglie ed in particolare quelli relativi all'anno 2009, che sono finalizzate agli interventi sulle assistenti familiari.

### b) Ripartizione e misure perequative del fondo

La Giunta Regionale, tenuto conto di quanto disposto nell'art.3 della L.R. 66/2008 e sulla base delle indicazioni fornite dalla Conferenza Regionale delle Società della Salute, procede annualmente a ripartire il Fondo tra le zone distretto. La ripartizione annuale viene effettuata sulla base di una valutazione della quantità delle prestazioni assistenziali effettivamente erogate e della loro efficacia in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e territoriale. Le risorse, conferite con vincolo di destinazione e gestite con contabilità separata dalle Società della Salute, sono attribuite tenendo conto:

- di indicatori di carattere demografico (percentuale della popolazione ultra65enne sulla popolazione residente);
- di indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e non autosufficienza (percentuale delle indennità erogate nella zona sul totale regionale);
- indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali (rapporto fra PAP domiciliari/semiresidenziali e PAP residenziali).

Tali risorse, così attribuite, sono trasferite con vincolo di destinazione, gestite con contabilità separata ed **erogate, a partire dal 01/01/2010 alle Società della Salute**. Nelle zone dove non è costituita la società della salute, le risorse derivanti dal fondo, gestite con contabilità separata, sono assegnate, con vincolo di destinazione, ai soggetti indicati all'articolo 3, comma 4 e 5 della legge regionale 66/2008. Fermo restando che non sono soggette a compartecipazione le somme del Fondo NA eventualmente destinate alla copertura di prestazioni a carattere sanitario, per le prestazioni residenziali, il concorso dei Comuni rimane determinato dalle norme della compartecipazione al costo delle prestazioni da parte degli utenti di cui all'art. 14 della L.R. 66/2008.

La Giunta Regionale in attuazione dell'art.16 della L.R. 66/2008, esercita le funzioni di monitoraggio sulla gestione integrata del Fondo e, nel qual caso si evidenziasse delle difformità, provvede affinché l'ente gestore disponga le necessarie misure per il ritorno verso una corretta modalità di gestione dello stesso. Qualora si rilevi il permanere della situazione, la Giunta Regionale interverrà in sede di successiva ripartizione delle risorse.

Sulla base di quanto disposto nel comma 2, dell'art. 3 della L.R. 66/2008, la Giunta Regionale, al fine di ridurre al minimo le differenze fra le capacità delle varie aree territoriali, di garantire sul territorio omogeneità di offerta di servizi e prestazioni e quindi favorire l'esercizio uniforme dei diritti delle persone, sostenendo anche lo sviluppo sociale e civile dei territori dei comuni montani e di minore dimensione demografica, prevede la costituzione di una riserva, pari al 10% dell'intero ammontare del fondo, in particolare intervenendo nei confronti:

- delle zone territoriali di cui alla L.R. 39/2004 (Norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio);
- delle zone territoriali dove si sono evidenziate criticità nella copertura dei bisogni assistenziali prioritari;
- delle opportunità di incentivare azioni innovative, buone prassi ed esperienze organizzative che siano significative per il miglior funzionamento dei servizi.

## Allegato 1

### Sommario esecutivo Studio BiSS

Secondo i dati ISTAT, all'inizio del 2009 erano residenti in Toscana 862.680 anziani (persone ultra65enni). Applicando a questa popolazione le prevalenze età e sesso specifiche delle caratteristiche d'interesse prodotte dallo studio BiSS, si stima che:

- Circa 11.300 anziani (1,3% degli ultra65enni) sono ospiti di strutture assistenziali residenziali.

Per quanto riguarda gli anziani residenti al domicilio, si stima che:

- In media, ogni giorno, circa 8.000 anziani (0,9% degli ultra65enni) risultano ricoverati in Ospedale e circa 11.700 (1,4%) sono stati dimessi da un Ospedale da meno di 15 giorni;
- Circa 135.000 donne (28,3%) e 44.000 uomini (12,9%) vivono da soli;
- Il 16,7% delle donne e il 7,2% degli uomini non hanno alcun titolo di studio e il 67% degli anziani dichiara di avere almeno qualche difficoltà ad arrivare alla fine del mese con il reddito a disposizione;
- La percentuale di anziani dipendenti nelle attività di base della vita quotidiana (BADL) è più alta nelle donne che negli uomini e aumenta con l'età (negli uomini dal 2% tra i 65-69enni al 46,2% negli ultra90enni e nelle donne dall'1,6% nelle 65-69enni al 51,4% nelle ultra90enni). Complessivamente, circa 17.560 uomini (4,9%) e 48.500 donne (9,9%), per un totale di circa 66.000 ultra65enni (7,8%) residenti in Toscana, sono dipendenti da altri per lo svolgimento delle BADL. Di questi, quasi il 90% sono ultra75enni e oltre la metà ultra85enni;
- Le prime attività per le quali l'anziano richiede aiuto, nel momento in cui perde l'autosufficienza, riguardano la cura della propria persona (vestirsi e/o svestirsi e cura dell'igiene personale). La capacità di alimentarsi è l'ultima abilità a essere persa. Circa il 40% degli anziani non autosufficienti è gravemente dipendente dall'aiuto di altri, molto spesso in modo totale, in tutte o quasi tutte le attività di base della vita quotidiana;
- Due anziani non autosufficienti su tre presentano un deficit cognitivo almeno moderato e uno su due un deficit cognitivo grave;
- Quasi la metà degli anziani non autosufficienti riporta disturbi dell'umore almeno moderati, prevalentemente rappresentati da sensazione di tristezza o depressione e dalla diminuzione delle interazioni sociali, e circa il 17,6% presenta disturbi del comportamento almeno moderati, prevalentemente rappresentati negli uomini da un linguaggio offensivo e nelle donne dal vagare senza motivo;
- Combinando il grado di dipendenza nelle BADL con le caratteristiche cognitive, emotive e comportamentali, è possibile classificare gli anziani non autosufficienti in cinque Livelli di Isogravità del bisogno assistenziale. Circa 46.000 anziani sono classificabili a un livello uguale o superiore al terzo e quindi, secondo le attuali proposte, eleggibili per l'accesso al fondo regionale per la non autosufficienza;
- Applicando le prevalenze età e sesso specifiche delle caratteristiche d'interesse alle proiezioni demografiche ISTAT (scenario intermedio), si stima che, nel giro di 5 anni, gli anziani non autosufficienti saranno aumentati a circa 78.500 (+19% rispetto al 2009) e gli anziani non autosufficienti con un livello di isogravità del bisogno assistenziale pari o superiore al terzo a 56.000 (+21%). Quasi il 95% di questo aumento è attribuibile all'aumento degli ultra85enni.

Per quanto riguarda gli anziani residenti al domicilio, autosufficienti nelle BADL, si stima che:

- La percentuale di anziani dipendenti nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) è sempre più alta nelle donne che negli uomini e aumenta con l'età (negli uomini dal 3,5% tra i 65-69enni all'80% negli ultra90enni e nelle donne dall'8,9% nelle 65-69enni al 95,8% nelle ultra90enni). Complessivamente, circa 55.150 uomini (16,2%) e 138.500 donne (31,3%) ancora autosufficienti nelle BADL non sono più autonomi nelle IADL. Fare acquisti e usare i mezzi di trasporto sono le attività per le quali si perde l'autonomia più frequentemente;
- Tra gli anziani ancora autonomi nelle BADL, circa 117.000 (13,8%) sono classificabili come fragili ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza. Di questi, circa 57.000 hanno un'età compresa tra i 75 e gli 84 anni e, considerando che all'aumentare dell'età il rischio relativo di disabilità aumenta, mentre il potenziale beneficio derivante dagli interventi di prevenzione diminuisce, potrebbero costituire il target prioritario per interventi di prevenzione secondaria della disabilità.

Per quanto riguarda infine la copertura del bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti residenti al domicilio, si stima che:

- Oltre la metà degli anziani dipendenti nelle IADL o in modo lieve/moderato nelle BADL e circa un terzo degli anziani dipendenti in modo grave nelle BADL, sono aiutati soltanto dai familiari;
- Circa un terzo degli anziani dipendenti nelle IADL o in modo lieve/moderato nelle BADL e circa la metà degli anziani dipendenti in modo grave nelle BADL sono aiutati anche o esclusivamente da una persona a pagamento, per un totale di circa 47.500 casi;
- I servizi pubblici intervengono, per quanto riguarda l'aiuto alla persona, circa nel 6% dei casi di anziani non autosufficienti residenti al domicilio. Quasi la metà degli anziani gravemente dipendenti nelle BADL usufruisce di assistenza infermieristica domiciliare;
- Non tutti gli anziani non autosufficienti residenti al domicilio riferiscono di percepire l'indennità d'accompagnamento: la percentuale di chi riceve l'indennità varia da circa un terzo degli anziani dipendenti soltanto nelle IADL a circa tre quarti degli anziani gravemente dipendenti nelle BADL, per un totale di circa 58.000 persone. Di riscontro, circa l'1,1% degli anziani autosufficienti sia nelle BADL sia nelle IADL, riferiscono di percepire questo sussidio economico (quasi 8.000 anziani);
- Gli anziani non autosufficienti che frequentano un centro diurno sono circa 2.400 (2,1%), e in un caso su cinque è un centro Alzheimer.

Sono circa 2.500 gli anziani in attesa di un ricovero permanente e circa 500 in attesa di un ricovero temporaneo in RSA.