



Dicembre 2020

a cura del Settore
Analisi di fattibilità e per la valutazione delle politiche.
Assistenza al Difensore Civico
e agli Organismi di garanzia e consulenza



Fondo regionale per la non autosufficienza: dieci anni di attuazione della l.r. 66/2008

La presente nota, elaborata sulla base delle relazioni prodotte dalla Giunta regionale in attuazione dell'articolo 20 (Clausola valutativa) della l.r. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", descrive gli aspetti principali relativi alla fase attuativa della legge, dalla sua entrata in vigore ad oggi.

In sintesi

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

- la **spesa per le prestazioni** erogate agli anziani non autosufficienti è distribuita per circa i due terzi del totale sull'*area domiciliare*;
- i dati del **sistema informativo** sulla non autosufficienza presentano elementi di incertezza e di disomogeneità che non consentono un confronto affidabile a livello regionale sulle prestazioni erogate e sulle persone assistite; il sistema comunque soddisfa l'obbligo informativo nei confronti del Ministero;
- l'**attesa** per la risposta assistenziale (sia per la presa in carico che per l'erogazione delle prestazioni) supera i tempi previsti dalla legge;
- viene **ritenuto auspicabile** consolidare il sistema di presa in carico e di assistenza all'anziano non autosufficiente anche mediante la costante manutenzione delle norme regionali e l'attenta programmazione territoriale.

Indice

1. *Gli obiettivi e gli strumenti della l.r. 66/2008. Le successive modifiche*
2. *Le risorse del Fondo. La spesa nelle tre aree di intervento*
3. *Le persone assistite e la compartecipazione alla spesa*
 - a) IL SISTEMA INFORMATIVO E LE PERSONE ASSISTITE
 - b) LE NOVITÀ SULLA COMPARTICIPAZIONE ECONOMICA
4. *L'attesa per la risposta assistenziale*
 - a) I TEMPI D'ATTESA PER LA PRESA IN CARICO
 - b) I TEMPI D'ATTESA PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
 - c) GLI ANZIANI IN ATTESA PER L'INSERIMENTO PERMANENTE IN RSA
5. *Conclusioni*

1. *Gli obiettivi e gli strumenti della l.r. 66/2008. Le successive modifiche*

Con la legge regionale 66/2008 istitutiva del Fondo regionale per la non autosufficienza la Toscana ha inteso introdurre un sistema di welfare rivolto alle persone non autosufficienti, disabili e anziane, con il quale poter dare risposte assistenziali personalizzate che mirano a favorire e potenziare i percorsi di tipo domiciliare. La finalità è quella di consentire ad una quantità crescente di anziani di essere curata ed assistita a casa evitando il ricovero permanente in residenza sanitaria assistenziale (RSA), nel rispetto, comunque, della qualità e dell'appropriatezza della risposta assistenziale.

La legge ha introdotto il *Progetto di assistenza personalizzato (PAP)* (art. 12)¹, contenente le prestazioni sociosanitarie da erogare e gli obiettivi attesi - da condividere con l'interessato e con i suoi familiari - redatto dalla *Unità di valutazione multidisciplinare (UVM)* (art. 11), un gruppo operativo di diverse e specifiche figure professionali di ambito sociale e sanitario da costituire nelle zone-distretto, che deve anche

verificare periodicamente il raggiungimento degli obiettivi attesi. La l.r. 66/2008 ha anche previsto la costituzione dei *Punti insieme* (art. 10), presidi da realizzare in tutte le zone-distretto per l'informazione e per l'accoglienza alle persone che segnalano il bisogno di assistenza e richiedono la valutazione dell'anziano. Negli oltre dieci anni di vigenza della l.r. 66/2008 sono intervenute alcune novità normative, che mantenendo comunque intatti gli strumenti per la sua realizzazione, ne hanno modificato alcuni aspetti specifici, anche indirettamente. Tra queste, in particolare, ricordiamo: la l.r. 37/2015 (che ha modificato la legge rispetto alle modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni); la l.r. 84/2015 e la l.r. 11/2017 (che hanno riordinato l'assetto istituzionale, con la riduzione delle aziende Usl da 12 a 3, e la revisione degli ambiti delle zone-distretto ridotte da 34 a 26); la l.r. 60/2017 che ha istituito il Forum delle associazioni delle persone con disabilità.

2. *Le risorse del Fondo. La spesa nelle tre aree di intervento*

Le risorse del Fondo assegnate alle zone-distretto e destinate agli ultrasessantacinquenni non autosufficienti, vengono utilizzate per l'erogazione delle prestazioni presenti nel progetto di assistenza personalizzato. I dati relativi agli anni compresi tra il 2009 ed il 2019 sono riportati nella Tabella 1 che contiene i dati annuali della spesa complessiva per le prestazioni erogate e i dati sulla sua ripartizione in tre diverse aree di intervento assistenziale: *domiciliare, semiresidenziale e residenziale*². Nel Grafico 1, inoltre, è anche visibile l'andamento della spesa complessiva nel periodo considerato (linea rossa). I dati annuali indicano come sono state utilizzate in ciascun anno le risorse finanziarie assegnate dalla Giunta regionale con riferimento allo stesso anno, eventualmente integrate dalle zone con risorse proprie, come la legge prevede³.

Per quanto concerne la spesa complessiva, i dati mostrano un andamento tendenzialmente

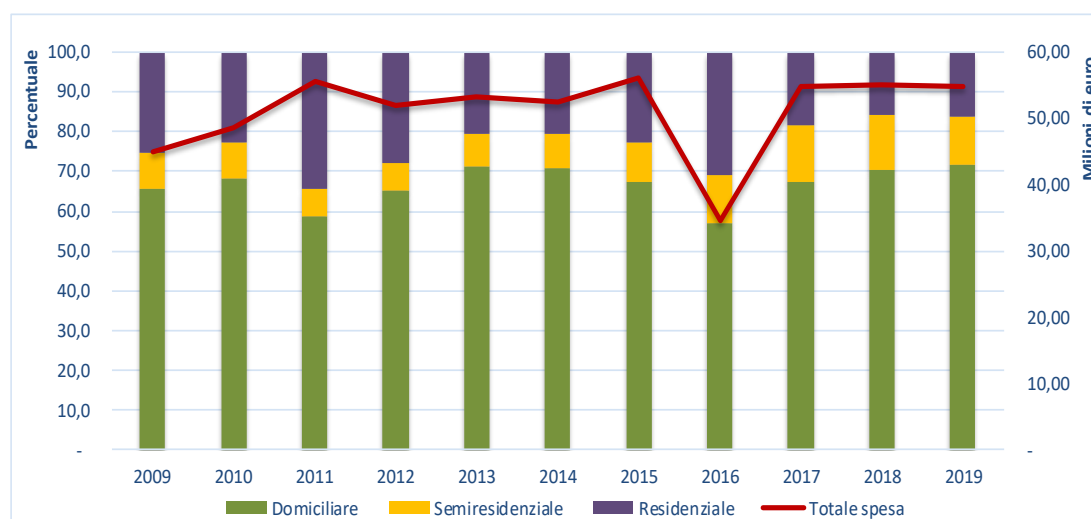
crescente fino al 2015, con valori di spesa media annuale di quasi 51,9 milioni di euro, che nell'ultimo triennio 2017-2019 si stabilizza su circa 54,9 milioni. Il dato sulla spesa relativa al 2016, circa 20 milioni in meno, appare del tutto anomalo. A nostro avviso può dipendere da errori di rilevazione (inserimento dei dati nel sistema informativo dedicato) che si aggiungono, come specificato dal settore regionale competente della Giunta regionale, ad una oggettiva variazione, a decorrere dal 2016, delle modalità di assegnazione e di erogazione delle risorse per la non autosufficienza. Secondo le nuove modalità, infatti, le risorse da utilizzare nel 2016 per l'assistenza agli anziani non autosufficienti sono state allineate al 31 dicembre dello stesso anno, cosicché le risorse non spese a fine anno sono state utilizzate in parte nell'anno successivo.

Tab. 1 - Totale spesa (migliaia di euro) e sua distribuzione percentuale nelle tre aree di intervento. Toscana, anni 2009-2019.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Totale spesa (migliaia di euro)	44.857	48.524	55.480	52.014	53.357	52.557	56.142	34.514	54.865	54.973	54.864
Area di intervento											
Domiciliare	65,6	68,1	58,6	65,2	71,1	70,9	67,3	56,9	67,3	70,4	71,9
Semiresidenziale	9,0	9,4	7,1	7	8,5	8,5	10,1	12,4	14,4	13,9	11,8
Residenziale	25,4	22,5	34,3	27,8	20,4	20,6	22,6	30,7	18,3	15,7	16,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale – D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Graf. 1 - Andamento della spesa complessiva per assistenza agli anziani non autosufficienti (linea) e distribuzione percentuale della spesa annuale nelle tre aree di assistenza. Toscana, anni 2009-2019.



Fonte: ns elaborazione su dati Giunta regionale – D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale

La *domiciliare* è l'area di intervento nella quale si concentra la maggior parte della spesa per le prestazioni erogate agli anziani non autosufficienti, poiché costituisce ogni anno circa i due terzi della spesa totale, con qualche oscillazione su valori inferiori, in particolare nel 2011 e nel 2016 (che comunque coprono ben oltre la metà della spesa) e oscillazioni su valori più elevati, nel 2013 e nel 2019 (rispettivamente 71,1% e 71,9%).

Maggiori oscillazioni risultano invece sui dati di spesa per l'*assistenza residenziale*: con tre sole eccezioni (2011, 2012 e 2016) la spesa per gli inserimenti in RSA non supera il 25% della spesa totale per l'assistenza, toccando anche valori intorno al 16% negli anni 2018 e 2019. Per l'assistenza di tipo residenziale è dunque

utilizzata una quantità di risorse ben più esigua di quella spesa per gli interventi domiciliari.

La spesa è da mettere in relazione alla quantità di prestazioni erogate per ciascuna tipologia, e poiché nel caso dell'assistenza residenziale tale quantità è inferiore, potremmo concludere che le azioni intraprese sono in linea con quanto auspicato dalla legge, cioè il favorire percorsi assistenziali di tipo domiciliare piuttosto che di tipo residenziale. Tale affermazione richiederebbe comunque un'attenta analisi che mettesse in relazione tali dati con gli effettivi bisogni degli assistiti e con la risposta assistenziale da questi ricevuta. Non si deve inoltre trascurare che i costi per l'assistenza residenziale sono comunque più elevati.

3. Le persone assistite e la compartecipazione alla spesa

a) IL SISTEMA INFORMATIVO E LE PERSONE ASSISTITE - La l.r. 66/2008 ha previsto l'attivazione di un *flusso informativo regionale sulla non autosufficienza*, per monitorare la gestione del Fondo e verificare il raggiungimento degli obiettivi della legge (art. 17).

Dopo un timido avvio nel 2010, dal 2011 sono stati attivati due nuovi flussi informativi per la raccolta e la trasmissione dei dati relativi all'assistenza domiciliare (AD) ed ai ricoveri in strutture residenziali (RSA). Diversamente dai flussi utilizzati fino al 2010, che inviavano dati in forma aggregata, i nuovi flussi sono basati sulla trasmissione delle informazioni "ad eventum" relativi alle persone assistite. L'attivazione del sistema informativo con queste caratteristiche ha avuto un particolare impulso per il rispetto dell'obbligo informativo nei confronti del Ministero della Salute, imposto alle Regioni a decorrere dal 2012⁴. Negli anni il sistema informativo per la non autosufficienza AD-RSA si è consolidato, sebbene permangano tutt'oggi alcuni elementi di non omogeneità, dovuti in particolare all'assenza di un nomenclatore unico delle prestazioni a livello regionale, che comporta una variabilità nell'immissione delle informazioni da parte delle zone-distretto e, conseguentemente, l'impossibilità di fare confronti sempre attendibili tra le informazioni trasmesse dalle diverse zone-distretto e tra le diverse Aziende Usl. Il debito informativo nei confronti del Ministero è comunque rispettato, con l'invio dei dati e delle informazioni relative ai percorsi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni per l'assistenza agli anziani non autosufficienti. Ricordiamo che il sistema prevede la trasmis-

sione delle informazioni che riguardano ciascun evento relativo alla persona assistita ed ogni accesso alle prestazioni⁵, considerando che per una stessa persona possono essere fatte più segnalazioni nello stesso anno e da queste possono essere avviate distinte prese in carico. Nessuna elaborazione viene effettuata, per lo meno a livello regionale, al fine di conoscere la quantità di persone assistite e delle prestazioni da queste ricevute, informazione che sarebbe invece necessaria per dare un giudizio sulla capacità complessiva di "governo" del sistema assistenziale. Il sistema di assistenza ai non autosufficienti appare pertanto più focalizzato sugli aspetti inerenti le capacità gestionali ed organizzative di erogare le prestazioni da parte del sistema assistenziale pubblico, piuttosto che sulla capacità di soddisfare il bisogno di assistenza più appropriata per gli anziani non autosufficienti.

Tra i dati raccolti ci sono quelli relativi alle segnalazioni effettuate ai *Punti insieme*, quelli sulle *prese in carico* e sui *PAP* redatti ogni anno. Ricordiamo brevemente che il percorso per l'assistenza all'anziano non autosufficiente prevede alcuni passaggi obbligatori: a) la segnalazione del bisogno di assistenza tramite la presentazione di un'istanza ai *Punti insieme*; b) la presa in carico con la presentazione del *PAP* da parte della UVM; d) l'erogazione delle prestazioni assistenziali. Gli sportelli *Punti insieme* presenti sul territorio regionale sono ad oggi 252, distribuiti nelle attuali 26 zone-distretto. Le segnalazioni raccolte, il numero di prese in carico e quello dei *PAP* redatti per i casi complessi sono indicati nella Tabella 2.

Tab. 2 - Numero di segnalazioni, di prese in carico e di PAP redatti. Toscana, anni 2012-2019.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Segnalazioni a Punti insieme	86.023	114.329	122.988	119.741	118.233	111.143	115.626	111.523
Prese in carico	66.634	92.188	76.226	84.060	89.351	78.599	76.539	105.963
PAP redatti	17.643	11.963	13.305	14.044	37.509	13.407	14.426	15.340

Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale – D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Per quanto detto sopra, dall'anno di avvio dell'obbligo informativo verso il Ministero (2012) i dati possono considerarsi completi. Permangono tuttavia alcuni dubbi riguardo la loro attendibilità: emerge in modo chiaro, per esempio, che il numero di PAP redatti nel 2016 (37.509), è anomalo rispetto all'analogo dato relativo agli altri anni. Riteniamo infatti che una differenza così pronunciata non può essere dovuta alla possibilità di redarre più PAP per la stessa persona (valida anche per gli altri anni), quanto piuttosto alla non accuratezza nell'inserimento dei dati, alla possibilità di adottare criteri non uniformi da parte degli operatori, ed infine alla mancanza di una successiva verifica di congruenza dei dati presenti nel sistema informativo.

b) LE NOVITÀ SULLA COMPARTECIPAZIONE ECONOMICA – La l.r. 66/2008 stabilisce delle

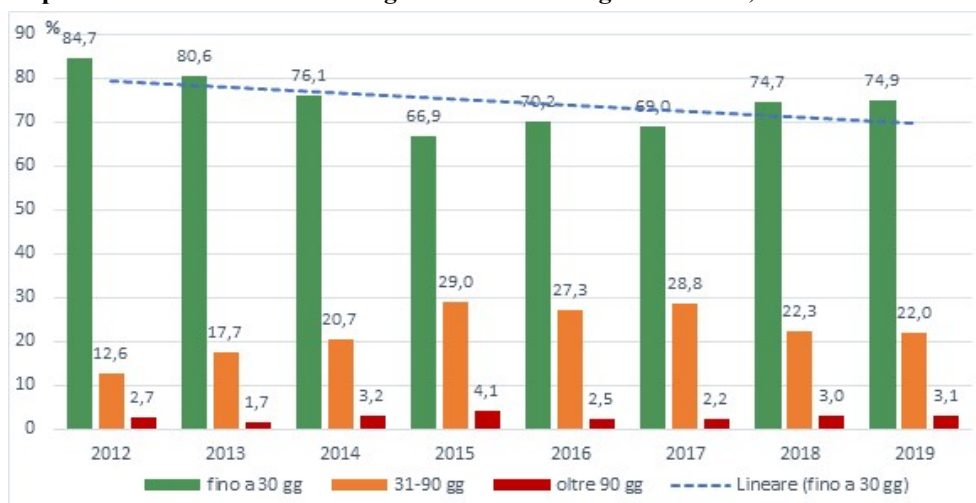
norme riguardanti le modalità per la compartecipazione al costo delle prestazioni da parte degli assistiti (art. 14). A seguito dell'entrata in vigore del D.P.C.M. 159/2013, Regolamento riguardante la revisione delle modalità di determinazione dell'ISEE⁶, la legge è stata adeguata (con la l.r. 37/2015⁷), stabilendo che le forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperte dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) sono quelle previste da detto Decreto. Inoltre, nello stesso articolo è stata abrogata la disposizione relativa all'atto di indirizzo regionale con il quale venivano stabilite le precedenti modalità di compartecipazione e le amministrazioni comunali venivano impegnate ad adeguare il proprio regolamento⁸.

4. L'attesa per la risposta assistenziale

I dati a disposizione consentono di valutare se gli obiettivi previsti riguardo ai tempi d'attesa che intercorrono tra le segnalazioni del bisogno di assistenza, raccolte presso i Punti insieme, e l'erogazione delle prestazioni assistenziali, sotto forma di servizi domiciliari o di ricoveri in RSA, sono raggiunti. La l.r. 66/2008, infatti, fissa un tempo massimo entro il quale deve essere realizzata ciascuna fase del percorso per l'assistenza all'anziano non autosufficiente⁹. Ricordiamo che i dati in esame si riferiscono ad *eventi* relativi alle persone assistite, come previsto nel sistema informativo AD-RSA.

a) I TEMPI D'ATTESA PER LA PRESA IN CARICO – La legge regionale stabilisce che la risposta assistenziale ritenuta appropriata da parte della UVM deve essere presentata, in termini di progetto di assistenza (PAP), entro 30 giorni dalla segnalazione del bisogno al Punto insieme (art. 10). I dati raffigurati nel Grafico 2 mostrano che una quota elevata dei non autosufficienti valutati dalla UVM ha ricevuto il progetto assistenziale entro i previsti 30 giorni, anche se tale percentuale è tendenzialmente decrescente nel periodo e, in particolare, tra il 2012 e il 2019 si riduce di circa 10 punti (84,7 vs 74,9).

Graf. 2 – CASI PRESI IN CARICO (percentuali) – Distribuzione dei casi presi in carico secondo il tempo d'attesa* trascorso dalla segnalazione del bisogno. Toscana, anni 2012-2019



*Il tempo d'attesa è calcolato in numero di giorni intercorsi tra la data di segnalazione e la data di presa in carico
 Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale – D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Questa quota di anziani “persa” risulta tutta confluita nella classe di attesa successiva, dai 31 ai 90 giorni, che mostra un andamento crescente, complementare a quello della classe precedente. Rimane invece pressoché immutata la percentuale di anziani presi in carico dopo 90 giorni dalla segnalazione, ad indicazione di una quota non elevata ma costante di casi per i quali l’attesa è almeno tre volte superiore a quanto previsto (3,1% nel 2019).

b) I TEMPI D’ATTESA PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI – L’erogazione delle prestazioni previste nel PAP, sia domiciliari che residenziali, dovrebbe essere avviata entro un tempo massimo di 60 giorni dalla presentazione dell’istanza (art. 11). La legge stabilisce anche che nel caso di impossibilità la scadenza temporale può essere posticipata a 90 giorni assicurando comunque, nell’attesa, prestazioni di pari efficacia, sempre condivise con la famiglia (art. 12).

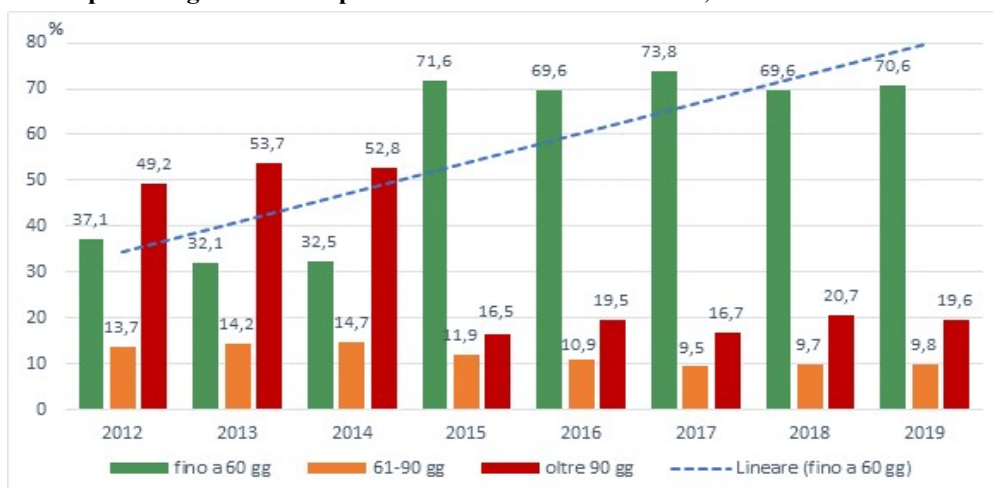
b.1) Prestazioni domiciliari – A livello tendenziale, per le prestazioni di tipo domiciliare i dati evidenziano il netto miglioramento dei tempi d’attesa (Grafico 3). Il 2015 è l’anno del cambiamento, a decorrere dal quale la percentuale dei casi nei quali le prestazioni sono state erogate entro i 60 giorni è più che doppia rispetto all’anno precedente (71,6% vs 32,5% del 2014,) con l’erosione della quota dei casi soddisfatti dopo 90 giorni, che si sono ridotti praticamente nella stessa misura, dopo essere stati la parte quantitativamente più importante (16,5% nel 2015 vs 52,8 nel 2014). Negli anni successivi i dati non mostrano grosse oscillazioni, attestandosi su una percentuale di circa il 71% di casi che hanno ricevuto le prestazioni entro i 60 giorni dalla presentazione dell’istanza. Non si è quindi ancora prossimi al raggiungimento dell’obiettivo fissato dalla legge.

b.2) Prestazioni residenziali – Per quanto riguarda gli inserimenti temporanei in RSA (Grafico 4), tra il 2012 ed il 2019 si osserva, con qualche oscillazione, la tendenza al miglioramento, dato l’aumento della quota dei casi inseriti entro i 60 giorni e la contemporanea diminuzione di quelli che ricevono la prestazione dopo una maggiore attesa. Nel 2019, comunque, l’obiettivo è stato raggiunto solo nel 71,8% dei casi ed è ancora alta la quota di quelli che hanno atteso più di 90 giorni (18,9%). L’inserimento permanente in RSA (Grafico 5) mostra maggiore criticità. Nel 2019 soltanto il 56,4% ha ricevuto la risposta assistenziale nei previsti 60 giorni dalla segnalazione ed è stata

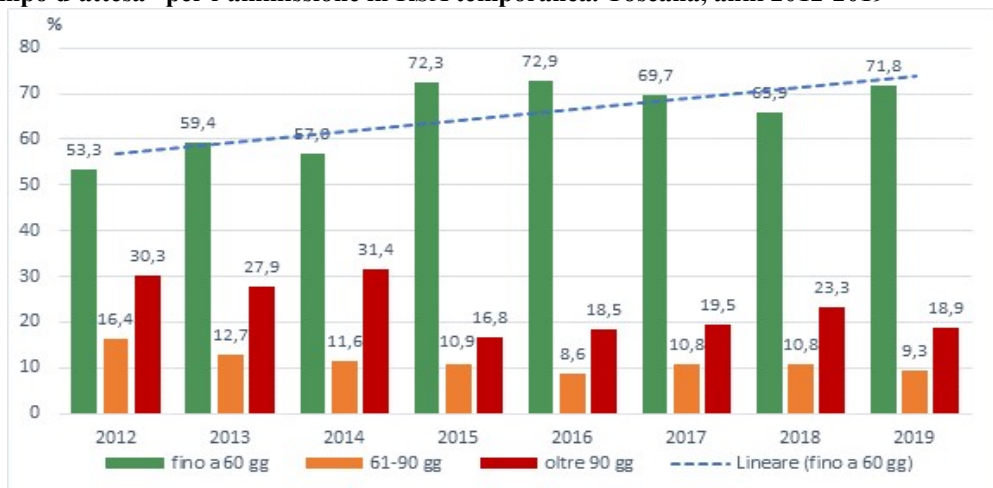
alta, pari al 31,8%, la quota dei casi inseriti dopo più di 90 giorni dalla segnalazione. A livello annuale, anche in questo caso, come nel caso delle prestazioni domiciliari e degli inserimenti temporanei in RSA, il 2015 è l’anno nel quale si sono avuti i migliori risultati sui tempi di attesa, in termini di aumento dei casi soddisfatti entro i primi 60 giorni e di contemporanea diminuzione dei casi per cui sono stati necessari più di tre mesi. Nel periodo considerato, dal 2012 al 2019, non si è comunque registrato un apprezzabile miglioramento tendenziale nella riduzione dell’attesa.

c) GLI ANZIANI IN ATTESA PER L’INSERIMENTO PERMANENTE IN RSA – Un obiettivo fondamentale di programmazione che la Regione Toscana ha inteso raggiungere con l’attuazione della legge istitutiva del Fondo è quello di ridurre le liste di attesa per gli inserimenti permanenti degli anziani non autosufficienti nelle strutture residenziali. L’attesa per i ricoveri nelle strutture residenziali costituisce una criticità “storica” del sistema assistenziale e già prima dell’approvazione della l.r. 66/2008 la Giunta regionale vi aveva posto attenzione, decidendo pertanto di destinare specifiche risorse finanziarie proprio al fine di ridurre tali liste e ribadendo annualmente questo obiettivo con proprio atto. I dati raffigurati nel Grafico 6, relativi a tutto il territorio regionale, indicano il numero di ultrasessantacinquenni in lista per l’ingresso in RSA, indipendentemente dal numero di giorni di attesa, dal 2007 al 2019 (linea rossa). Il dato del 2007 è precedente alla fase pilota del “*Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente*”¹⁰ realizzata nel 2008, prima dell’approvazione della l.r. 66/2008. I dati relativi agli anni compresi tra il 2008 ed il 2016 indicano il numero di anziani in lista al 31 dicembre dopo l’assegnazione, da parte della Giunta regionale, di quote sanitarie aggiuntive¹¹ alle aziende Usl, finalizzate proprio alla riduzione delle liste di attesa. Pertanto, fino al 2016 si evince quanto segue: le quote sanitarie aggiuntive assegnate nell’ultimo quadrimestre del 2008 e soprattutto quelle assegnate ad inizio anno 2009 si associano ad una evidente e pronunciata riduzione degli anziani in attesa (da 3.304 nel 2007 a 644 nel 2009, valore minimo del periodo). Da quest’ultimo anno in poi il numero è però in continua crescita, fatta eccezione per il 2013 (leggerissima diminuzione) e soprattutto per il 2015. L’assegnazione delle quote sanitarie aggiuntive, pertanto, dopo un iniziale risultato immediato, non sembrerebbe essere stata una misura sufficiente per ottenere la drastica riduzione delle liste.

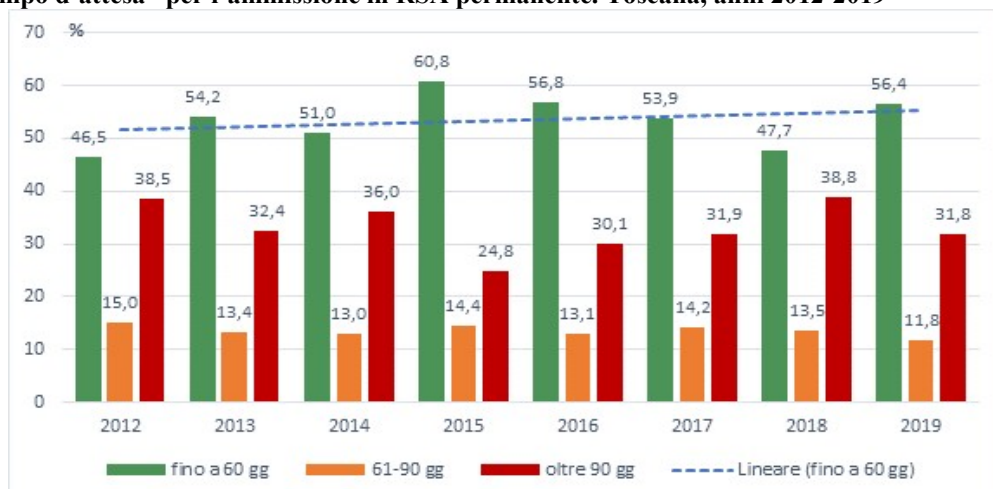
Graf. 3 – PRESTAZIONI DOMICILIARI (percentuali) – Distribuzione dei casi secondo il tempo d’attesa* per l’erogazione delle prestazioni domiciliari. Toscana, anni 2012-2019



Graf. 4 – INSERIMENTI TEMPORANEI IN RSA (percentuali) – Distribuzione dei casi secondo il tempo d’attesa* per l’ammissione in RSA temporanea. Toscana, anni 2012-2019



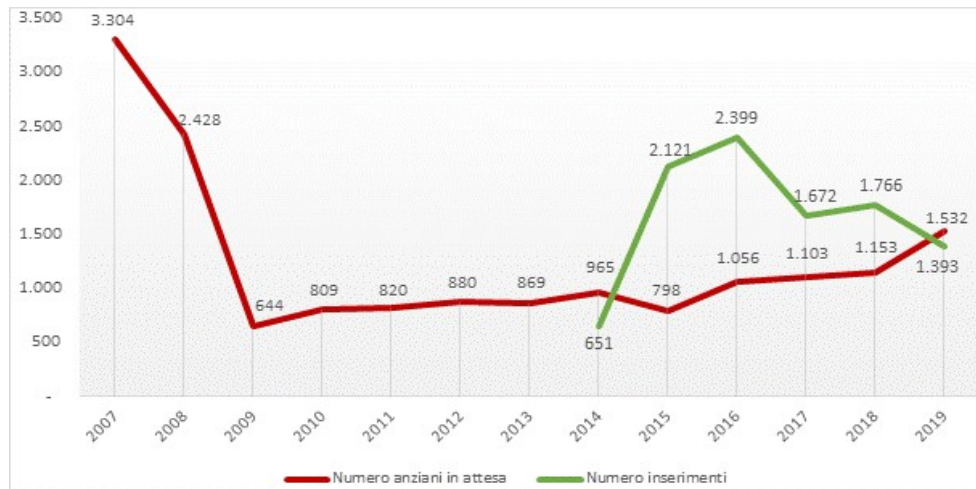
Graf. 5 – INSERIMENTI PERMANENTI IN RSA (percentuali) – Distribuzione dei casi secondo il tempo d’attesa* per l’ammissione in RSA permanente. Toscana, anni 2012-2019



*Il tempo d’attesa è calcolato in numero di giorni intercorsi tra la data di segnalazione e la data di erogazione (prestazioni domiciliari/ammissione nelle RSA)

Fonte: nostre elaborazioni su dati Giunta regionale –D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Graf. 6 – Numero di anziani non autosufficienti in lista di attesa per inserimento permanente in RSA* e numero di inserimenti annuali effettuati. Toscana, anni 2007-2019



*Dati riferiti al 31 dicembre di ciascun anno.

Fonte: ns. elaborazione su dati Giunta regionale – D.G. Diritti di cittadinanza e coesione sociale

A decorrere dal 2017 la Giunta regionale ha utilizzato un diverso metodo per individuare le risorse da destinare alle prestazioni residenziali (RSA e Centri Diurni), dopo decisione di non procedere ulteriormente con l'assegnazione di quote sanitarie aggiuntive¹². La decisione è stata presa allo scopo di garantire livelli uniformi di prestazioni da parte delle RSA e di fornire un insieme di regole certe a cui i gestori delle strutture possano adeguarsi consentendo, allo stesso tempo, al sistema pubblico di controllare le proprie azioni di governance.

Dal 2017, inoltre, è anche attuato il principio della "libera scelta", che consente all'anziano non autosufficiente di scegliere la RSA tra quelle accreditate e sottoscrittrici dell'accordo, riportate nel portale regionale delle RSA¹³.

Per capire se tali nuove misure abbiano prodotto i risultati sperati a medio-lungo termine è ancora presto: dati di più lungo periodo sono necessari per fare un'analisi. Certamente, i dati disponibili per il triennio 2017-2019 mostrano una

tendenza opposta: l'ulteriore e pronunciata crescita del numero degli anziani in attesa per l'inserimento in RSA. Nel 2019 il numero è arrivato a 1.532 unità, praticamente il 50% in più rispetto al 2016. Il numero degli inserimenti effettuati nel corso delle diverse annualità, a decorrere dal 2014¹⁴ (linea verde), sembra indicare quella criticità di sistema a cui già abbiamo accennato, dato che la quantità di anziani in attesa è aumentata anche negli anni 2016 e 2018 nei quali si sono avuti più inserimenti rispetto agli anni precedenti. Il 2019, concludendo, dopo il 2014, sembra essere l'anno di maggiore sofferenza, con un numero di anziani in attesa che supera di nuovo il numero di inserimenti effettuati (1.532 vs 1.393).

5. Conclusioni

I dati presentati nei paragrafi precedenti, elaborati sulle informazioni contenute nelle relazioni annuali che la Giunta regionale ha trasmesso al Consiglio in ottemperanza alla clausola valutativa presente nella l.r. 66/2008 (art. 20), e integrati da ulteriori informazioni provenienti dagli uffici regionali competenti, hanno evidenziato la necessità di azioni capaci di superare alcuni elementi di criticità:

- soluzioni organizzative che possano **ridurre l'attesa per la risposta assistenziale**, sia per la presa in carico che per l'erogazione delle prestazioni (in modo particolare gli inserimenti nelle strutture residenziali), al fine di garantire una risposta tempestiva, oltre che appropriata. I dati rivelano infatti che si è ancora lontani dal raggiungere l'obiettivo fissato dalla legge;
- azioni per **superare gli elementi di disomogeneità e di non accuratezza nell'inserimento dei dati e delle informazioni del sistema informativo** per la trasmissione dei dati da parte delle zone-distretto, e l'avvio di metodi sistematici per la verifica di congruenza dei dati trasmessi. Un sistema informativo contenente dati certi e omogenei, e quindi confrontabili a livello regionale, sulle prestazioni e sulle persone assistite, è uno strumento imprescindibile per avere il quadro conoscitivo della materia e monitorare l'attuazione della legge.

A conclusione dell'analisi sulla decennale attuazione della l.r. 66/2008 poniamo all'attenzione anche una riflessione presente nella relazione trasmessa nel 2020 dalla Giunta al Consiglio regionale¹⁵.

*“Partendo dalla decennale esperienza del Fondo per la non autosufficienza occorre **consolidare, in termini di appropriatezza e sostenibilità, il sistema di presa in carico e gestione dell'anziano non autosufficiente, anche attraverso la costante manutenzione delle norme regionali e un'attenta programmazione territoriale dei servizi, per raggiungere l'obiettivo di incrementare in termini quantitativi e qualitativi le risposte integrate sul territorio**”.*

A questo proposito, in particolare, come comunicato dagli uffici regionali, una linea d'intervento che è già stata avviata ed è un impegno da realizzare concretamente nell'immediato futuro, è quella della revisione dei regolamenti delle zone-distretto per l'accesso ai servizi socio-sanitari. L'azione fa seguito all'analisi svolta dagli stessi uffici regionali sui Regolamenti delle zone-distretto, che ha evidenziato la disomogeneità delle procedure di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari. La consapevolezza che debbano esistere regole di fondo ed elementi imprescindibili indipendenti dal luogo in cui gli anziani risiedono nel territorio regionale, ha reso necessario procedere alla revisione dei Regolamenti, così che i bisogni complessi degli anziani possano avere risposte uniformi.

Note

¹ Ricordiamo che il PAP viene redatto solo per gli anziani che necessitano di una risposta cosiddetta “complessa”, cioè sia di tipo sociale che sanitario.

² Le tre aree di intervento comprendono le seguenti prestazioni:

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

³ Si evidenzia che le differenze tra i dati qui riportati e quelli presenti nella nostra precedente Nota informativa n. 28/2013 sull’attuazione della l.r. 66/2008 sono dovute al fatto che in quella sede la spesa annuale e la sua distribuzione percentuale si riferivano alle risorse assegnate nell’anno precedente.

⁴ L’obbligo è stato sancito dal D.M. del 17 dicembre 2008, al fine dell’accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, come stabilito dall’Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

⁵ Gli eventi riguardano la presentazione dell’istanza di assistenza, la valutazione da parte della UVM, la stesura del PAP, le prestazioni erogate.

⁶ D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell’Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”.

⁷ Legge regionale 27 marzo 2015, n. 37 “Disposizioni di carattere finanziario. Modifiche alle leggi regionali 42/1998, 6/2000, 40/2005, 38/2007, 66/2008, 73/2008, 59/2009, 77/2012, 45/2013, 77/2013, 86/2014, 1/2015”.

⁸ Si tratta della delib. g.r. 11 maggio 2009, n. 385.

⁹ I dati presi in esame sono quelli che vanno dal 2012 in poi, non essendo confrontabili con i dati messi a disposizione fino al 2011.

¹⁰ Delib. g.r. 22 marzo 2010, n. 370.

¹¹ Le quote sanitarie aggiuntive fanno parte della componente sanitaria del costo per l’assistenza residenziale, pertanto non sono soggette a compartecipazione da parte degli assistiti.

¹² Il metodo consiste nell’individuazione, per ciascuna azienda Usl, di un budget che tiene conto della spesa storica, a livello di zona-distretto, per gli anziani non autosufficienti e di parametri demografici e sanitari. A tale budget sono poi state aggiunte altre risorse finanziarie.

¹³ Il portale fornisce informazioni circa l’offerta residenziale toscana a coloro che intendono scegliere la struttura per sé stessi o per un familiare. Oltre all’ubicazione territoriale, il portale consente di confrontare le caratteristiche strutturali ed organizzative delle residenze e la disponibilità di posti letto.

¹⁴ I dati relativi al numero di inserimenti effettuati prima del 2014 non sono disponibili.

¹⁵ Decisione g.r. 21 Aprile 2020, n. 21 (Relazione per l’anno 2019 concernente il raggiungimento degli obiettivi della legge regionale istitutiva del Fondo per la non autosufficienza, ai sensi dell’articolo 20, comma 1 della legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66).

La nota è stata curata dalla dott.ssa Luisa Roggi, P.O. Assistenza per l'analisi di fattibilità e la valutazione delle politiche regionali - Settore Analisi di fattibilità e per la valutazione delle politiche. Assistenza al Difensore Civico e agli Organismi di garanzia e consulenza.

La foto in prima pagina è tratta dal sito della Regione Toscana