

Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana

**Il contributo del sindacato
alla qualificazione
dei percorsi assistenziali**

Rapporto regionale 2015

**FNP CISL Toscana
e Fondazione Emanuela Zancan onlus**





FONDAZIONE
EMANUELA ZANCAN ONLUS

Welfare territoriale e non autosufficienza in Toscana

Il contributo del sindacato alla qualificazione
dei percorsi assistenziali

Rapporto regionale
2015

FNP CISL Toscana
Fondazione Emanuela Zancan onlus

Gruppo di ricerca Fondazione E. Zancan:

Giulia Barbero Vignola, Maria Bezze, Elena Innocenti, Tiziano Vecchiato

Gruppo di ricerca FNP Cisl Toscana:

Francesca Ricci e Miriam Batà (Ufficio Studi Fnp Cisl Toscana)

Carlo Salvadori (zona-distretto Bassa Val di Cecina); Ivo Gentili (zona-distretto Isola d'Elba); Roberta Pagni (zona-distretto Livornese); Luciano Bisso (zona-distretto Val di Cornia); Sandra Ferretti (zona-distretto Piana di Lucca); Mario Bonaldi (zona-distretto Valle del Serchio); Attilio Puppo (zona-distretto Versilia); Ilio Bongi (zona-distretto Lunigiana); Gianfranco Ravenna (zona-distretto Apuane); Carla Scuto (zona-distretto Pisana); Eraldo Nari (zona-distretto Alta Val di Cecina); Franco Fulceri (zona-distretto Valdera); Giuseppe Bartolini (zona-distretto Valdarno Inferiore); Gabriella Brognoli (zona-distretto Pistoiese); Enrico Orsani (zona-distretto Valdinievole); Nello Baglioni (zona-distretto Firenze); Faustino Peruzzi (zona-distretto Empolese); Stefano Nuti (zona-distretto Fiorentina Nord-Ovest); Giuseppe Vignini (zona-distretto Fiorentina Sud-Est); Carlo Adini (zona-distretto Mugello); Michele Boccardi (zona-distretto Pratese); Giovanna Rossi (zona-distretto Aretina); Antonio Ciabattini e Dino Gori (zona-distretto Casentino); Marco Bruni e Giancarlo Pietri (zona-distretto Valdichiana Aretina); Paola Conti (zona-distretto Valdarno); Raffaello Rossi (zona-distretto Valtiberina); Natale Butini e Pasquale Fucile (zona-distretto Alta Val d'Elsa); Ronaldo Fabbrini (zona-distretto Amiata Val d'Orcia); Lorenzo Baldi e Paolo Gradi (zona-distretto Senese); Roberto Giomarelli e Severino Mignoni (zona-distretto Valdichiana Senese); Mario Carlini (zona-distretto Amiata Grossetano); Giuseppe Biondi e Rolando Caproni (zona-distretto Colline dell'Albegna); Alfredo Conti e Germano Pasquinelli (zona-distretto Colline Metallifere); Luciano Nardi e Giuseppe Romagnoli (zona-distretto Grossetana).

Rapporto scritto da Elena Innocenti e Francesca Ricci

Firenze, maggio 2015

Copyright © 2015

Federazione Nazionale Pensionati FNP Cisl Toscana, Fondazione «E. Zancan» Onlus

Centro Studi e Ricerca Sociale

ISBN 978-88-88843-85-8

INDICE

PRESENTAZIONE	p. 5
INTRODUZIONE	» 7
CAPITOLO 1. IL CONTESTO	» 9
I modelli di governance	» 9
Le caratteristiche demografiche	» 12
CAPITOLO 2. I PUNTI INSIEME IN TOSCANA	» 17
La diffusione territoriale dei punti insieme	» 17
La copertura oraria	» 21
L'accessibilità	» 24
CAPITOLO 3. LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E I PERCORSI DI PRESA IN CARICO	» 27
La composizione delle UVM	» 27
L'attività delle UVM	» 34
Le risposte ai bisogni: i piani di assistenza realizzati	» 37
La copertura oraria per la presa in carico in emergenza-urgenza	» 40
CAPITOLO 4. DA UNA VISIONE FRAMMENTATA A UNA VISIONE GLOBALE	» 43
Questioni metodologiche	» 43
Le variazioni temporali degli indicatori	» 49
Gli scenari valutativi	» 52
I risultati	» 53
CONCLUSIONI	» 57

PRESENTAZIONE

La terza edizione del Rapporto regionale di monitoraggio dei servizi per la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti in Toscana consolida l'impegno della Fnp Cisl nel contribuire alla qualificazione dei percorsi assistenziali nel territorio.

Dopo l'esperienza realizzata in via sperimentale nel biennio 2012-2013 con la collaborazione di dieci zone-distretto della regione, la Fnp Toscana ha esteso all'intero territorio regionale il monitoraggio della capacità di risposta dei servizi territoriali ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti.

Il sostegno ai cittadini non autosufficienti e alle loro famiglie continua ad essere uno degli obiettivi strategici della Fnp Toscana. La rappresentanza dei bisogni e dei diritti dei cittadini anziani si declina anche nel processo di monitoraggio e di verifica di come l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza - e il conseguente impulso allo sviluppo di servizi mirati per la risposta a questo tipo di bisogno - abbia trovato attuazione a livello territoriale.

La presenza di una persona anziana non autosufficiente aggrava la vulnerabilità economica e sociale delle famiglie. Nel 2014, le persone anziane non autosufficienti in Toscana erano oltre 75mila e di queste circa 32mila in condizioni di gravità.

La risposta dei servizi deve quindi essere in grado di sostenere contestualmente non solo la persona anziana in condizione di bisogno, ma anche la famiglia che se ne prende cura, garantendo accessibilità e fruibilità al sistema dei servizi e interventi appropriati ad ogni singola situazione. È evidente che il mantenimento del Fondo regionale per la non autosufficienza continua ad essere una condizione essenziale per sostenere le famiglie che si occupano dei propri familiari non autosufficienti e per garantire risposte adeguate a chi è privo di una rete familiare di sostegno.

In un contesto di bisogni crescenti, è fondamentale che le risorse (sempre più scarse) siano utilizzate nel miglior modo possibile e l'attività di monitoraggio svolta dal sindacato è una preziosa fonte di informazioni sullo "stato di salute" dei servizi territoriali esistenti.

Nell'attività di monitoraggio, il lavoro svolto dall'Ufficio Studi della Fnp Toscana è stato possibile grazie alla collaborazione di una pluralità di soggetti, che desideriamo ringraziare per la grande disponibilità dimostrata: la Fondazione Zancan, con cui abbiamo condiviso l'idea e la realizzazione di questo progetto; le istituzioni locali, che ci hanno messo a disposizione i dati su cui abbiamo fondato l'analisi; la Fnp Nazionale, che fin dall'inizio ha mostrato grande interesse e attenzione per il nostro progetto; ma soprattutto i coordinatori di zona-distretto, le Segreterie territoriali e tutti i quadri della Fnp Toscana che hanno aderito con entusiasmo al progetto, partecipando attivamente alla raccolta e all'analisi dei dati.

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

Mauro Scotti
Segretario Generale Fnp Cisl Toscana

INTRODUZIONE

I risultati ottenuti nelle prime due edizioni del monitoraggio hanno spinto la Fnp Toscana, in collaborazione con la Fondazione Zancan, a consolidare ed estendere il progetto finalizzato a monitorare i percorsi di accesso e di presa in carico dei cittadini anziani non autosufficienti residenti nelle zone-distretto della Toscana fino a coprire tutto il territorio regionale.

L'obiettivo del monitoraggio è quello di porre l'attenzione sulle modalità di attuazione territoriale del modello di presa in carico delineato dalla legge regionale sulla non autosufficienza, di verificarne l'andamento nel tempo e di promuovere il confronto tra le zone-distretto, in un'ottica di *benchmarking* e di miglioramento complessivo del sistema.

I punti insieme, le unità di valutazione multidisciplinare, i percorsi di presa in carico ordinaria e di emergenza-urgenza sono i principali ambiti di osservazione oggetto del monitoraggio. Dalla pluralità di dati rilevati sono stati selezionati i dieci indicatori utilizzati per la costruzione del *ranking* zonale che chiude il report e che mette a diretto confronto le diverse realtà territoriali toscane.

Il rapporto di monitoraggio descrive in prima battuta il contesto territoriale di riferimento, cioè l'assetto istituzionale esistente e le caratteristiche demografiche della popolazione anziana residente nelle 34 zone-distretto della regione (primo capitolo). Segue nei capitoli successivi la presentazione dei risultati dell'indagine con riferimento specifico alla situazione dei punti insieme (secondo capitolo) e delle unità di valutazione e dei percorsi di presa in carico (capitolo terzo). L'ultimo capitolo del rapporto è dedicato alla lettura di insieme della situazione regionale con riferimento alla pluralità di ambiti di indagine, attraverso una rappresentazione sintetica delle peculiarità zonali e il loro confronto.

Il quadro restituito nelle pagine che seguono descrive la capacità di risposta territoriale, evidenzia le differenze e le specificità locali e, ultimo ma non meno importante, offre al sindacato e ai cittadini informazioni necessarie per partecipare in maniera più consapevole e attiva alle scelte e ai processi decisionali che a livello locale riguardano il sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti.

Capitolo 1

IL CONTESTO

I MODELLI DI GOVERNANCE

Prima di entrare nel dettaglio dei risultati è opportuno considerare il contesto in cui è stata realizzata la rilevazione, con particolare attenzione ai modelli di *governance* e alle caratteristiche demografiche delle 34 zone-distretto in cui si articola la Toscana.

L'anno appena trascorso è stato caratterizzato da importanti interventi di riforma in ambito sociosanitario. Se, come abbiamo avuto modo di sottolineare già dal precedente rapporto, gli assetti istituzionali e gestionali non incidono sugli obiettivi del monitoraggio, è altrettanto vero che il processo di riorganizzazione che sta interessando il sistema sociosanitario regionale merita di essere considerato.

Nel box seguente si approfondiscono le caratteristiche principali degli interventi di riforma realizzati, con riferimento al loro impatto sul sistema territoriale dei servizi.

L'ASSETTO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO TOSCANO

In soli otto mesi l'assetto del sistema sociosanitario toscano è stato oggetto di due interventi di riforma molto significativi: le leggi regionali n. 44 e 45 del 29 luglio 2014 hanno riformato infatti le leggi regionali n. 40 e 41 del 2005, che disciplinano rispettivamente il sistema sanitario e sociale. Recentemente, con la legge regionale n. 28 del 16 marzo 2015 è stata avviata una riforma complessiva del sistema sociosanitario che prevede la fusione delle attuali dodici aziende sanitarie locali in tre aziende, corrispondenti in termini territoriali alle attuali aree vaste.

Le modifiche introdotte riguardano sia i luoghi della *governance* territoriale, sia gli strumenti di programmazione sociosanitaria. A livello di zona-distretto viene disposta la gestione unitaria dei servizi sociali e sociosanitari di competenza comunale, gestione che può essere svolta direttamente dai comuni in forma associata, oppure delegata alla Società della Salute, dove esistente, o alla Azienda Sanitaria locale.

La Società della Salute resta uno dei possibili modelli gestionali - volontariamente assunto a livello territoriale da comuni e azienda - purché integri i requisiti previsti dalla legge regionale, cioè svolga funzioni non solo di programmazione ma anche di gestione unitaria dei servizi sociosanitari complessivamente intesi. Le Società della Salute che non volessero o potessero dimostrare di integrare i requisiti gestionali sopra richiamati devono essere sciolte¹.

¹ I termini per la verifica dei requisiti e per l'eventuale cessazione delle Società della Salute non conformi alla nuova disciplina, previsti rispettivamente per il 31 dicembre 2014 e per il 31 marzo

Nelle zone-distretto in cui non è istituita la Società della Salute, il governo del sistema è attribuito ai comuni riuniti nella conferenza zonale (o alle unioni dei comuni) e all'azienda sanitaria locale e attuato tramite un'apposita convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, che definisce anche la gestione del fondo per la non autosufficienza previsto dalla legge regionale n.66 del 2008.

Dal punto di vista della programmazione territoriale, il sistema precedente era incentrato sul Piano Integrato di Salute (PIS), adottato in ogni zona-distretto. Con la nuova legislazione, il Piano Integrato di Salute non ha più una valenza distrettuale ma aziendale, come aziendali sono i nuovi strumenti introdotti, di particolare importanza per il settore della non autosufficienza: l'atto per l'integrazione sociosanitaria che definisce, tra le altre cose, i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze, le modalità di lavoro interprofessionale e il piano operativo delle cure primarie, in cui sono definiti anche i percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali delle cronicità.

A livello di zona-distretto viene adottato il Piano di Inclusione Zonale (PIZ), che definisce le funzioni sociali con particolare riferimento, tra gli altri, ai servizi per l'accesso e la presa in carico e ai servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio.

Nella riforma varata con la legge regionale n. 28 del 26 marzo 2015 la zona-distretto "è confermata quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate" (art. 7). In particolare, si prevede che a livello di zona-distretto siano svolte le seguenti funzioni:

- a) definizione dei bisogni di salute della popolazione afferente, conseguente allocazione delle risorse e monitoraggio dei risultati operativi;
- b) organizzazione della presa in carico e dei percorsi assistenziali delle cronicità, delle fragilità e delle complessità;
- c) organizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e dell'integrazione socio-sanitaria;
- d) gestione del sistema dei presidi sanitari e socio-sanitari territoriali;
- e) gestione delle attività, dei servizi e degli interventi di sanità territoriale, socio-sanitarie e sociali integrate.

Con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi sanitari viene prevista la creazione di un dipartimento aziendale per il territorio, competente a garantire in ogni zona-distretto le forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; la formazione di *team* multidisciplinari per le cure primarie; il sistema dei presidi territoriali e delle case della salute; le attività della sanità d'iniziativa.

L'intero intervento di riforma dovrebbe entrare a regime dal primo gennaio 2016 ed essere attuato con una pluralità di atti, tra cui l'adozione di una legge regionale ad hoc che definisca compiutamente l'intero sistema.

Al momento della rilevazione, la Società della Salute continua ad essere il modello di *governance* prevalente che, come emerge dalla tabella 1.1, caratterizza 22 delle 34 zone-distretto della nostra regione (il 65% del totale). Rispetto alla fotografia

2015, sono stati prorogati al 30 giugno 2015 e al 31 dicembre 2015 dalla legge regionale n. 36 del 26 marzo 2015.

scattata dal precedente monitoraggio, tra la fine del 2014 e l'inizio del 2015 risultano cessate le attività e in fase di liquidazione le società della salute della zona Livornese e della zona Amiata Valdorcia.

All'Isola d'Elba, nella Livornese, nella Piana di Lucca, nella Valle del Serchio, nelle Apuane, nella Fiorentina Sud-Est, nella zona Aretina, in Valdichiana Aretina, nel Valdarno, in Valtiberina, nell'Amiata Valdorcia e nelle Colline dell'Albegna, le competenze in materia di programmazione e organizzazione dei servizi territoriali considerati sono affidate alla Conferenza zonale dei sindaci e all'Azienda sanitaria locale.

Fra il 2014 e il 2015, inoltre, si modifica la composizione di alcune zone-distretto della regione: il comune di Fosdinovo passa dalla zona-distretto Apuane a quella della Lunigiana; il nuovo comune di Crespina-Lorenzana - nato dall'unione del comune di Crespina (zona-distretto Valdera) e del comune di Lorenzana (zona-distretto Pisana) - entra a far parte delle zona-distretto Pisana.

Tab. 1.1 - Modelli di *governance* nelle zone-distretto della Toscana.

Zona-distretto	Prov.	Governance
Bassa Val di Cecina	LI	Società della Salute
Isola d'Elba	LI	Conferenza zonale dei sindaci
Livornese	LI	Conferenza zonale dei sindaci
Val di Cornia	LI	Società della salute
Piana di Lucca	LU	Conferenza zonale dei sindaci
Valle del Serchio	LU	Conferenza zonale dei sindaci
Versilia	LU	Società della salute
Apuane	MS	Conferenza zonale dei sindaci
Lunigiana	MS	Società della salute
Alta Val di Cecina	PI	Società della salute
Pisana	PI	Società della salute
Valdera	PI	Società della salute
Valdarno Inferiore	PI	Società della salute
Pistoiese	PT	Società della salute
Valdinievole	PT	Società della salute
Empolese	FI	Società della salute
Firenze	FI	Società della salute
Fiorentina Nord-Ovest	FI	Società della salute
Fiorentina Sud-Est	FI	Conferenza zonale dei sindaci
Mugello	FI	Società della salute
Pratese	PO	Società della salute
Aretina	AR	Conferenza zonale dei sindaci
Casentino	AR	Società della salute
Valdichiana Aretina	AR	Conferenza zonale dei sindaci
Valdarno	AR	Conferenza zonale dei sindaci
Valtiberina	AR	Conferenza zonale dei sindaci

Zona-distretto	Prov.	Governance
Alta Val d'Elsa	SI	Società della salute
Amiata Valdorcia	SI	Conferenza zonale dei sindaci
Senese	SI	Società della salute
Valdichiana Senese	SI	Società della salute
Amiata Grossetana	GR	Società della salute
Colline Albegna	GR	Conferenza zonale dei sindaci
Colline Metallifere	GR	Società della salute
Grossetana	GR	Società della salute

Fonte: elaborazione a cura di FNP Cisl e Fondazione Zancan, dati al 30 marzo 2015.

LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

La tabella 1.2 riporta il numero di abitanti over 65enni e over 75enni nelle zone-distretto e la loro incidenza percentuale sul totale della popolazione residente.

In Toscana gli over 65enni rappresentano una fascia di popolazione molto ampia, corrispondente al 24,4% della popolazione complessiva e pari, in termini assoluti, ad oltre 916 mila unità.

Nelle 34 zone-distretto in cui si articola la nostra regione, la situazione si presenta piuttosto eterogenea: la Pratese e il Valdarno Inferiore sono le zone più "giovani", con i valori percentuali più bassi degli over 65enni sul totale della popolazione (rispettivamente il 21,3% e il 21,6%); le zone-distretto a maggiore incidenza di ultrasessantacinquenni sono l'Amiata Grossetana (30,4%), l'Alta Val di Cecina (29,7%) e la Lunigiana (29,2%).

Per quanto riguarda la percentuale di ultrasessantacinquenni, che rappresentano la fascia di popolazione a più alta domanda di servizi sociosanitari e a maggior rischio di perdita di autosufficienza, a fronte di un dato relativo all'intera regione del 12,6%, i valori percentuali più elevati si rilevano nella zona dell'Amiata Grossetana (17,8%), dell'Amiata Valdorcia e dell'Alta Val di Cecina (16,2% in entrambi i casi) e della Lunigiana (16,1%). La percentuale più contenuta di over75enni, per contro, si registra in Valdera (10,9%) e nella zona Pratese, che chiude la graduatoria con il 10,7% di over 75enni residenti sul totale della popolazione.

Tab. 1.2 - Over 65enni e over 75enni residenti nelle zone-distretto della Toscana. Anno 2014, valori assoluti e incidenza percentuale sul totale della popolazione.

Zona-distretto	Over 65enni	% Over 65enni	Over 75enni	% Over 75enni
Bassa Val di Cecina	21.265	25,9	10.830	13,2
Isola d'Elba	7.796	24,3	3.747	11,7
Livornese	44.784	25,2	22.274	12,5
Val di Cornia	16.920	28,5	8.564	14,4
Piana di Lucca	39.710	23,4	20.063	11,8
Valle del Serchio	15.704	27,2	8.273	14,3
Versilia	40.893	24,5	20.453	12,2
Apuane	34.687	24,0	17.484	12,1

Zona-distretto	Over 65enni	% Over 65enni	Over 75enni	% Over 75enni
Lunigiana	16.264	29,2	8.965	16,1
Alta Val di Cecina	6.178	29,7	3.374	16,2
Pisana	49.642	24,6	24.942	12,3
Valdera	26.070	21,8	13.043	10,9
Valdarno Inferiore	14.534	21,6	7.471	11,1
Pistoiese	42.365	24,7	21.870	12,8
Valdinievole	27.864	23,2	14.364	11,9
Empolese	40.338	23,1	21.160	12,1
Firenze	97.511	25,9	53.009	14,1
Fiorentina Nord-Ovest	52.684	23,9	26.250	11,9
Fiorentina Sud-Est	42.620	24,9	21.672	12,7
Mugello	14.858	23,2	7.673	12,0
Pratese	54.022	21,3	27.043	10,7
Aretina	30.986	23,6	15.909	12,1
Casentino	9.099	25,1	4.916	13,6
Valdichiana Aretina	12.213	23,2	6.499	12,3
Valdarno	22.401	23,3	11.452	11,9
Valtiberina	8.259	26,9	4.591	15,0
Alta Val d'Elsa	14.705	23,1	7.821	12,3
Amiata Valdorcia	6.187	27,9	3.600	16,2
Senese	30.464	25,0	16.636	13,6
Valdichiana Senese	17.083	27,1	9.304	14,7
Amiata Grossetana	5.799	30,4	3.395	17,8
Colline dell'Albegna	13.929	26,8	7.153	13,8
Colline Metallifere	12.330	27,0	6.331	13,9
Grossetana	26.476	24,4	13.439	12,4
Toscana	916.640	24,4	473.570	12,6

Fonte: elaborazioni su dati Istat, 2014.

Le stime prodotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana relative al numero di persone di 65 anni e più in condizione di non autosufficienza, suddivise per livello di gravità², permettono di fotografare con maggiore precisione la situazione della nostra regione nel dettaglio delle 34 zone-distretto (tabella 1.3).

La stima regionale valuta la presenza in Toscana di oltre 75mila anziani non autosufficienti, di cui oltre 32mila in condizioni di particolare gravità. A livello zonale, la presenza maggiore di anziani non autosufficienti, in termini assoluti, si registra a

² La stima dei livelli di non autosufficienza è stata realizzata tenendo conto della scala ADL dell'MDS-HC (*Minimum Data Set - Home Care*) che valuta, su un intervallo da 0 a 4 (indipendente; supervisione; assistenza leggera; assistenza pesante; assistenza totale), la necessità di assistenza dell'anziano rispetto a 7 attività (vestirsi, igiene personale, uso del WC, spostamenti in casa, trasferimenti, mobilità nel letto, alimentazione). L'anziano è classificato non autosufficiente lieve se necessita di assistenza totale in almeno due attività o di assistenza lieve in più di due attività. Vengono classificati come non autosufficienti moderati gli anziani che necessitano di assistenza totale in almeno tre attività o di assistenza lieve in un numero maggiore di attività. Il non autosufficiente grave, infine, è invece una persona che ha mediamente un elevato bisogno di assistenza in tutte le attività considerate. Per le modalità di stima e di classificazione dei livelli di gravità si veda ARS Toscana, "Il profilo di salute degli anziani in Toscana", 2012.

Firenze (8.930 persone); il valore più contenuto si registra in Alta Val di Cecina (poco più di 500 anziani).

Oltre al valore assoluto, anche l'incidenza percentuale aiuta a comprendere il "peso" della popolazione non autosufficiente nelle singole zone e la loro pressione in termini di domanda potenziale sul sistema dei servizi. La media regionale di presenza di anziani non autosufficienti sul totale della popolazione anziana nel 2014 è pari al 8,2%, mentre le persone anziane in situazione di gravità sono pari al 3,5% della popolazione anziana complessiva. Le percentuali sono in linea con quanto rilevato nel 2013.

Il dettaglio delle singole zone permette di focalizzare l'attenzione sulle situazioni più critiche. L'Amiata Grossetana e l'Amiata Valdorcia occupano le prime posizioni della graduatoria, con una percentuale di non autosufficienti sul totale degli anziani che si attesta rispettivamente al 9,4% e al 9,3%, oltre un punto in più rispetto alla media regionale. La percentuale di anziani non autosufficienti supera il 9% anche a Firenze (9,2%) e a Siena (9,1%). I valori più contenuti si osservano, per contro, in Val di Cornia e nella Fiorentina Nord-Ovest (7,6%) e all'Isola d'Elba (7,3%). Spostando l'attenzione dall'insieme dei non autosufficienti a quelli in condizione di gravità, i dati riportati nell'ultima colonna della tabella 1.3 confermano il quadro delineato sin qui. La situazione più complessa si registra nell'Amiata Grossetana, nell'Amiata Valdorcia e nel Senese, dove i non autosufficienti gravi rappresentano oltre il 4% della popolazione di 65 anni e più, e nella zona-distretto di Firenze (4%). Dal lato opposto, chiudono la graduatoria la Fiorentina Nord-Ovest, la Val di Cornia e l'Isola d'Elba, dove il peso percentuale dei non autosufficienti gravi sulla popolazione anziana si attesta intorno al 3%.

Tab. 1.3 - Anziani non autosufficienti. Valori assoluti e incidenza sugli over 65enni. Anno 2014.

Zona-distretto	Livelli di non autosufficienza			Totale non autosuff.	% non auto-suff.>65enni	% non autosuff. gravi>65enni
	Lieve	Medio	Grave			
Bassa Val Cecina	539	432	723	1.694	8,0	3,4
Isola d'Elba	182	143	244	569	7,3	3,1
Livornese	1.138	916	1.537	3.591	8,0	3,4
Val di Cornia	413	330	543	1.286	7,6	3,2
Piana di Lucca	1.007	817	1.379	3.203	8,1	3,5
Valle del Serchio	408	337	567	1.312	8,4	3,6
Versilia	1.005	810	1.350	3.165	7,7	3,3
Apuane	888	718	1.203	2.809	8,1	3,5
Lunigiana	422	354	611	1.387	8,5	3,8
Alta Val di Cecina	159	132	218	509	8,2	3,5
Pisana	1.223	984	1.648	3.855	7,8	3,3
Valdera	664	532	887	2.083	8,0	3,4
Valdarno Inferiore	359	286	479	1.124	7,7	3,3
Pistoiese	1.093	886	1.494	3.473	8,2	3,5

Zona-distretto	Livelli di non autosufficienza			Totale non autosuff.	% non auto-suff.>65enni	% non autosuff. gravi>65enni
	Lieve	Medio	Grave			
Valdinievole	713	575	970	2.258	8,1	3,5
Empolese	1.043	852	1.415	3.310	8,2	3,5
Firenze	2.734	2.284	3.918	8.936	9,2	4,0
Fiorentina Nord-Ovest	1.294	1.024	1.702	4.020	7,6	3,2
Fiorentina Sud-Est	1.092	880	1.468	3.440	8,1	3,4
Mugello	390	318	534	1.242	8,4	3,6
Pratese	1.358	1.089	1.809	4.256	7,9	3,3
Aretina	789	637	1.064	2.490	8,0	3,4
Casentino	249	207	350	806	8,9	3,8
Valdichiana Aretina	317	259	430	1.006	8,2	3,5
Valdarno	568	457	761	1.786	8,0	3,4
Valtiberina	221	183	309	713	8,6	3,7
Alta Val d'Elsa	384	313	525	1.222	8,3	3,6
Amiata Valdorcia	174	147	253	574	9,3	4,1
Senese	854	710	1.217	2.781	9,1	4,0
Valdichiana Senese	457	378	632	1.467	8,6	3,7
Amiata Grossetana	165	141	238	544	9,4	4,1
Colline Albegna	348	282	466	1.096	7,9	3,3
Colline Metallifere	315	255	425	995	8,1	3,4
Grossetana	668	540	895	2.103	7,9	3,4
Totale	23.633	19.208	32.264	75.105	8,2	3,5

Fonte: stime ARS Toscana 2014; dati Istat 2014.

Capitolo 2

I PUNTI INSIEME IN TOSCANA

Il punto insieme rappresenta la porta di accesso al sistema dei servizi per le persone anziane non autosufficienti. La legge regionale n. 66 del 2008, infatti, ha previsto che il punto insieme sia il riferimento principale per la persona che richiede la valutazione di non autosufficienza e che spetti al punto insieme assicurare che entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza l'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivida con l'interessato e i suoi familiari.

Per questo motivo, sin dalla prima edizione del monitoraggio, la rilevazione ha indagato la presenza e il funzionamento dei punti insieme, la distribuzione e le caratteristiche dei presidi in termini di localizzazione e diffusione sul territorio regionale, copertura oraria, attenzione alla persona e tutela della privacy, presenza e disponibilità di materiale informativo sulle modalità di accesso e sugli interventi disponibili e, infine, risorse umane dedicate (numero di operatori, profili professionali e formazione specifica realizzata).

La natura della rilevazione del 2015, per le sue caratteristiche di monitoraggio "intermedio", consente di aggiornare alcuni degli aspetti relativi ai punti insieme ed evidenziare le variazioni avvenute: la diffusione territoriale, la copertura oraria e la eventuale presenza di barriere architettoniche.

Il monitoraggio 2015 offre inoltre per la prima volta una visione completa del panorama regionale, poiché sono stati censiti tutti i punti insieme presenti in Toscana³.

LA DIFFUSIONE TERRITORIALE DEI PUNTI INSIEME

Nel quadro sintetizzato in tabella 2.1, per ognuna delle 34 zone-distretto in cui si articola il territorio regionale è indicato il numero di comuni che compongono la zona, il numero di punti insieme presenti e il rapporto fra punti insieme e popolazione residente di 75 anni e più.

I punti insieme censiti sono 264 per 34 zone-distretto, per una media di un presidio ogni 1.794 abitanti di 75 anni e più.

La situazione regionale si presenta decisamente eterogenea. In 15 zone-distretto il numero di presidi è superiore a quello dei comuni. Tale situazione si rileva nella zona Livornese, nella Piana di Lucca, in Versilia, nelle Apuane, in Alta Val di Cecina, nel Valdarno Inferiore, a Firenze, nel Mugello, nella Pratese, in Casentino, in Valdichiana Aretina, nel Valdarno, in Valtiberina, nelle Colline Metallifere e nella zona Grossetana.

³ Come si ricorderà, infatti, il monitoraggio 2013, data la natura "sperimentale" della rilevazione, si è focalizzato su dieci zone-distretto della Toscana; nel 2014, invece, la zona-distretto Pistoiese non ha partecipato alla rilevazione.

Il numero di comuni coincide con quello dei punti insieme nella zona Pistoiese, nella Fiorentina Nord-Ovest, nella zona Aretina, nella Valdichiana Senese, nella Amiata Grossetana e nelle Colline dell'Albegna.

I punti insieme, infine, sono organizzati a livello sovra comunale e presenti solo in alcuni dei comuni della zona in Bassa Val di Cecina, all'Isola d'Elba, in Val di Cornia, nella Valle del Serchio, in Lunigiana, nella zona Pisana, in Valdera, nell'Empolese, nella Fiorentina Sud-Est, in Valdinievole, in Alta Val d'Elsa, nell'Amiata Valdorcica e nella zona Senese.

Considerando il rapporto fra punti insieme e numero di comuni, le zone dove si registra una maggiore 'copertura territoriale' dei presidi sono Firenze, zona monocomunale con 6 punti insieme, le Apuane e il Mugello (in entrambi i casi 2,3 punti insieme per comune). Le zone meno 'coperte', per contro, sono la Bassa Val di Cecina (0,4), la Valdera e la Valdinievole (0,3).

Il quadro regionale si presenta altrettanto eterogeneo spostando l'attenzione dalla distribuzione dei presidi sul territorio al rapporto fra anziani over 75enni e punti insieme. Tale rapporto, peraltro, costituisce un buon indice di approssimazione per quantificare la domanda potenziale di accesso al sistema dei servizi. I valori più contenuti dell'indicatore si confermano, come nel monitoraggio 2014, nell'Amiata Grossetana (424 anziani per Punto insieme), nel Mugello (426) e, soprattutto, nel Casentino (378). A differenza della graduatoria dello scorso anno, il rapporto fra over 75enni e punti insieme assume un valore contenuto anche in Alta Val di Cecina, dove nel 2015 si contano 482 anziani per presidio rispetto agli oltre 800 della precedente rilevazione. Il fenomeno è riconducibile all'apertura di tre nuovi punti insieme all'interno della zona-distretto: a Castelnuovo V.C., a Montecatini V.C. e a Saline di Volterra. Anche quest'anno, i valori più elevati nella domanda di accesso potenziale ai servizi si confermano per la zona di Firenze (8.835 over 75enni per punto insieme), nella zona Pisana (quasi 5 mila over 75enni per presidio), in Valdinievole (4.788) e nella zona Livornese (4.455).

Rispetto alla precedente rilevazione, la situazione è rimasta pressoché invariata, con l'unica eccezione riscontrata in Alta Val di Cecina.

Tab. 2.1 - Diffusione e grado di copertura dei punti insieme per zona-distretto, 2015.

Zona-distretto	Numero di comuni ⁴	Numero di punti insieme	Over 75enni residenti per punto insieme
AREA VASTA NORD OVEST			
Bassa Val di Cecina	10	4	2.708
Isola d'Elba	8	6	625
Livornese	3	5	4.455
Val di Cornia	6	3	2.855

⁴ Nel corso del 2014 alcuni comuni toscani si sono accorpati. Ciò ha determinato una diminuzione del numero complessivo di comuni all'interno della regione. In provincia di Pisa, Casciana Terme si è unito a Lari e Crespina a Lorenzana; in provincia di Lucca si sono uniti Fabbriche e Vergemoli; in provincia di Firenze si sono uniti Figline con Incisa e Scarperia con San Piero; in provincia di Arezzo, infine, Pratovecchio con Stia e Castelnuovo con Pian di Scò.

Zona-distretto	Numero di	Numero di	Over 75enni residenti
Piana di Lucca	7	11	1.824
Valle del Serchio	20	10	827
Versilia	7	8	2.557
Apuane	3	7	2.498
Lunigiana	14	8	1.121
Alta Val di Cecina	4	7	482
Pisana	9	5	4.988
Valdera	13	4	3.261
Valdarno Inferiore	4	5	1.494
AREA VASTA CENTRO			
Pistoiese	11	11	1.988
Valdinievole	11	3	4.788
Empolese	11	10	2.116
Firenze	1	6	8.835
Fiorentina Nord-Ovest	8	8	3.281
Fiorentina Sud-Est	14	13	1.667
Mugello	8	18	426
Pratese	7	9	3.005
AREA VASTA SUD EST			
Aretina	6	6	2.652
Casentino	10	13	378
Valdichiana Aretina	5	6	1.083
Valdarno	9	10	1.145
Valtiberina	7	8	574
Alta Val d'Elsa	5	4	1.955
Amiata Valdorcia	6	5	720
Senese	15	10	1.664
Valdichiana Senese	10	10	930
Amiata Grossetana	8	8	424
Colline Albegna	8	8	894
Colline Metallifere	6	8	791
Grossetana	6	7	1.920
<i>Totale</i>	<i>281</i>	<i>264</i>	<i>1.794</i>

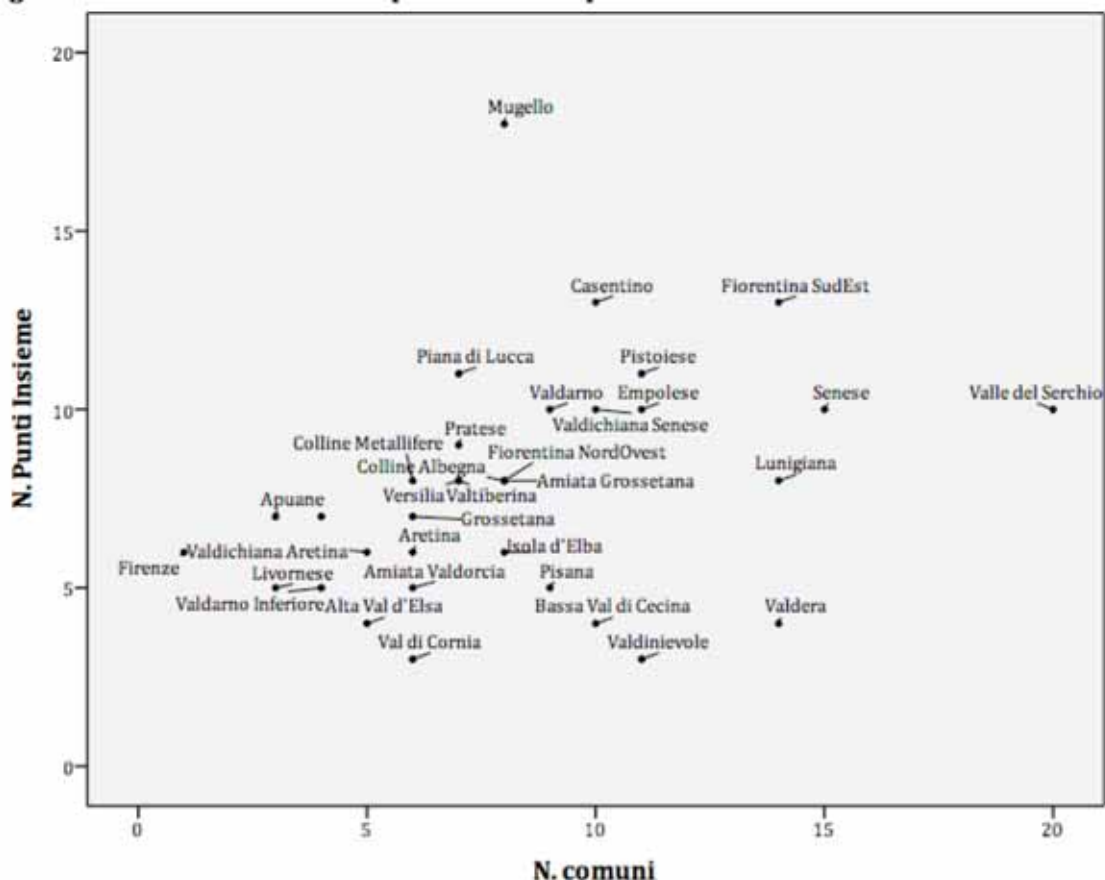
Fonte: elaborazioni su dati Istat e indagini Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

I grafici che seguono offrono una rappresentazione di come si distribuiscono le zone in base al rapporto tra numero di comuni e numero di punti insieme (fig. 2.1) e in base al rapporto tra numero di presidi e bacino di utenza (fig. 2.2).

Per quanto riguarda il primo aspetto, come si vede in figura 2.1, esiste una correlazione positiva tra il numero di punti insieme e il numero di comuni presenti nella zona-distretto: nelle zone con un maggior numero di comuni - come, ad esempio, la Valle del Serchio, la Fiorentina Sud-Est e la Senese - vi è tendenzialmente un maggior numero di punti insieme, anche se non mancano situazioni in cui si riscontra il contrario, come ad esempio la Valdera e la Valdinievole. La Valdera, ad esempio, ha

13 comuni e soltanto 4 presidi territoriali; analogamente, la Valdinievole conta 11 comuni e soltanto 3 punti insieme dedicati all'accesso al sistema dei servizi.

Fig. 2.1 - Numero di comuni e punti insieme per zona-distretto, 2015.



Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

Il numero di punti insieme presente all'interno di ogni zona-distretto non risulta invece associato alla popolazione over75 che vi risiede, ma varia da una zona all'altra indipendentemente dal numero di potenziali beneficiari presenti.

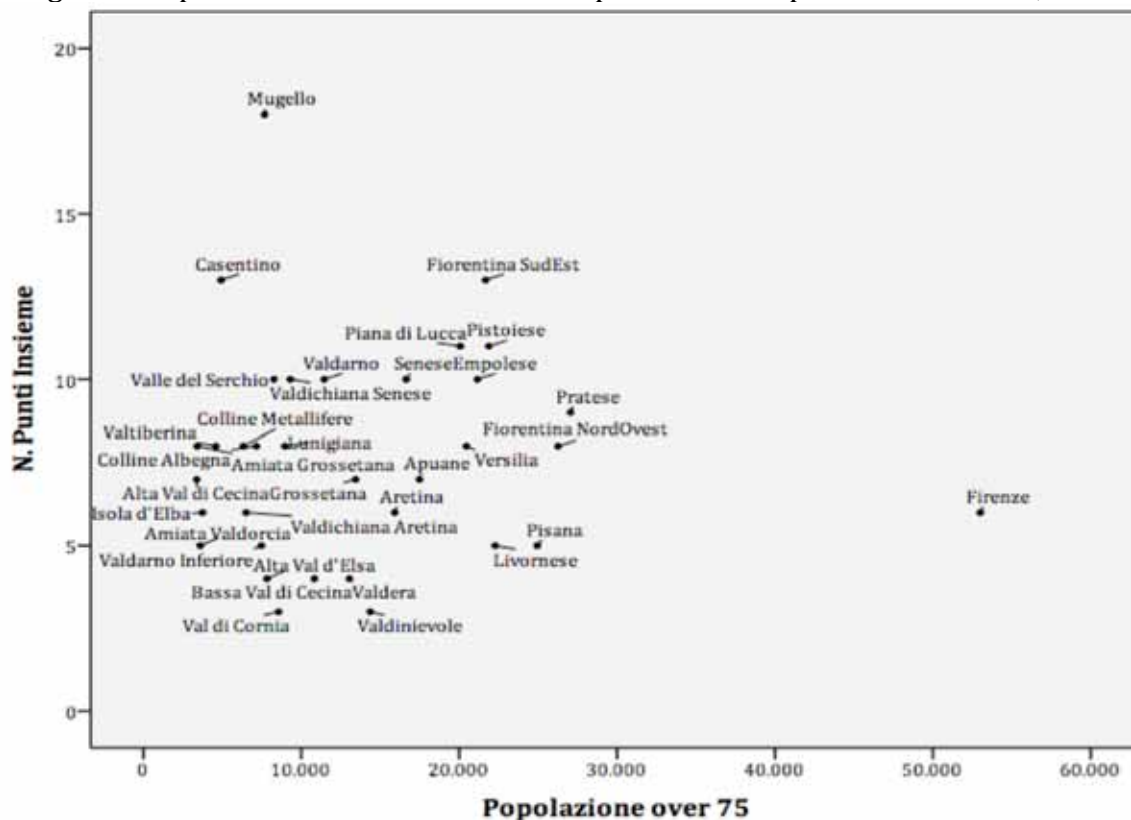
Nella zona-distretto della Val di Cornia e nella Valle del Serchio, ad esempio, la domanda potenziale di accesso ai servizi per la non autosufficienza si attesta su valori simili: la popolazione over 75enne risulta rispettivamente di 8.500 e di 8.300 abitanti. La zona-distretto della Val di Cornia si articola in 6 comuni e sono presenti 3 punti insieme, con un bacino potenziale di 2.800 persone; la Valle del Serchio, per contro, è frammentata in 20 comuni, con 10 punti insieme e un bacino potenziale di accesso di 827 persone, pari a circa un terzo di quello della Val di Cornia.

Un fattore da tenere presente nell'interpretare questi dati riguarda l'estensione territoriale delle zone e la conseguente distribuzione della popolazione.

Ad esempio, la zona Livornese e la zona Fiorentina Sud-Est hanno una popolazione anziana ultrasettantacinquenne simile (intorno alle 21mila persone), ma una numerosità di comuni e punti insieme nettamente diversa: la Livornese è una zona con tre comuni, di cui uno insulare, con una popolazione concentrata in un conte-

sto prevalentemente urbano; la zona Fiorentina Sud-Est presenta un numero elevato di comuni, di varie dimensioni demografiche e collocati su un territorio abbastanza ampio. La prima zona ha 5 punti insieme per 3 comuni, concentrati prevalentemente nell'area urbana; la seconda ha 13 presidi territoriali per 14 comuni.

Fig. 2.2 - Popolazione over75 e numero di punti insieme per zona-distretto, 2015.



Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

LA COPERTURA ORARIA

In 259 punti insieme dei 264 censiti in tutta la Toscana, il *numero di ore settimanali* in cui viene erogato il servizio è compreso fra 1 e 55, per una media di 7 ore settimanali. Cinque presidi, invece, funzionano soltanto su appuntamento.

La distribuzione per *classi orarie* evidenzia che oltre il 59% dei punti insieme in Toscana è aperto fino a 4 ore settimanali; il 17,8% da 5 a 8 ore settimanali; l'11,2% da 9 a 15 ore; il 12%, infine, oltre 15 ore settimanali.

Tab. 2.2 - Punti insieme per numero di ore di apertura settimanali(*). Valori assoluti e composizione percentuale, 2015.

Fasce orarie di apertura	Punti insieme	Valore %
Fino a 4 ore settimanali	153	59,1
5-8 ore settimanali	46	17,8
9-15 ore settimanali	29	11,2
Oltre 15 ore settimanali	31	12,0
<i>Totale</i>	<i>259</i>	<i>100,0</i>
<i>PI su appuntamento</i>	<i>5</i>	
Dato medio	7 ore	

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

(*) Cinque punti insieme sono aperti solo su appuntamento.

Nel confronto 2014-2015, abbiamo escluso dal dato del 2015 i valori relativi alla zona Pistoiese, che nel 2014 non aveva partecipato all'indagine.

Il confronto temporale relativo alla copertura oraria evidenzia una situazione di sostanziale stabilità fra il 2014 e il 2015 in termini di numero medio di ore di apertura (6,3 in entrambi i casi, dato Pistoiese escluso).

Nel dettaglio delle fasce orarie di apertura, nel 2015 aumenta lievemente il peso percentuale dei punti insieme aperti fino a 4 ore settimanali (dal 57,8% del totale al 61,7% del totale) e di quelli aperti oltre 15 ore (dall'8,6% al 9,3%). Si contrae invece il peso dei presidi aperti da 5 a 8 ore settimanali - dal 22,1% al 18,5% - e quello dei punti insieme aperti da 9 a 15 ore alla settimana - dall'11,5% al 10,5%.

Tab. 2.3 - Punti insieme per numero di ore di apertura settimanali(*). Composizione percentuale. Anni 2014 e 2015.

Fasce orarie di apertura	2014	2015(*)
Fino a 4 ore settimanali	57,8	61,7
5-8 ore settimanali	22,1	18,5
9-15 ore settimanali	11,5	10,5
Oltre 15 ore settimanali	8,6	9,3
Totale	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2014 e 2015.

(*) Per il confronto intertemporale, abbiamo escluso dal conteggio la zona Pistoiese che non ha partecipato al monitoraggio 2014.

Relativamente al numero di giorni di apertura, il 51,7% dei punti insieme risulta aperto un solo giorno alla settimana, il 22,8% due giorni, il 4,6% tre giorni, il 2,3% 4 giorni, il 10,4% 5 giorni. L'8,1% dei punti insieme, infine, garantisce una copertura di sei giorni alla settimana.

In media, i punti insieme presenti sul territorio regionale sono aperti poco più di due giorni alla settimana (2,2).

Tab. 2.4 - punti insieme per numero di giorni di apertura settimanali(*). Valori assoluti e composizione percentuale, 2015.

Giorni di apertura	punti insieme	Valore %
1 giorno alla settimana	134	51,7
2 giorni alla settimana	59	22,8
3 giorni alla settimana	12	4,6
4 giorni alla settimana	6	2,3
5 giorni alla settimana	27	10,4
6 giorni alla settimana	21	8,1
<i>Totale</i>	<i>259</i>	<i>100,0</i>
<i>PI su appuntamento</i>	<i>5</i>	
Dato medio	2,2	

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione-E. Zancan, 2015.

(*) Cinque punti insieme sono aperti solo su appuntamento.

Cosa è cambiato rispetto alla precedente rilevazione? Anche in questo caso escludiamo dal confronto la zona-distretto Pistoiese, per la quale non abbiamo informazione relative al 2014 poiché la zona-distretto non ha partecipato alla precedente edizione del monitoraggio.

Il numero medio di giorni di apertura diminuisce lievemente, passando da 2,2 a 2,1. Per quanto riguarda la distribuzione di frequenza per giorni di apertura, nel 2015 aumenta il peso percentuale dei PI aperti un giorno alla settimana (dal 50,4% al 54%) e, seppure in misura più contenuta, quello dei PI aperti 3, 4 e 5 giorni alla settimana. Diminuisce invece il peso percentuale dei presidi territoriali di accesso ai servizi aperti 2 giorni alla settimana e quello dei PI aperti 6 giorni alla settimana.

Tab. 2.5 - punti insieme per numero di giorni di apertura settimanali(*).

Composizione percentuale. Anni 2014 e 2015.

Giorni di apertura	2014	2015(*)
1 giorno alla settimana	50,4	54,0
2 giorni alla settimana	27,5	23,8
3 giorni alla settimana	3,3	4,4
4 giorni alla settimana	1,6	2,0
5 giorni alla settimana	8,6	9,3
6 giorni alla settimana	8,6	6,5
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
Dato medio	2,2	2,1

Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione-E. Zancan, 2014 e 2015.

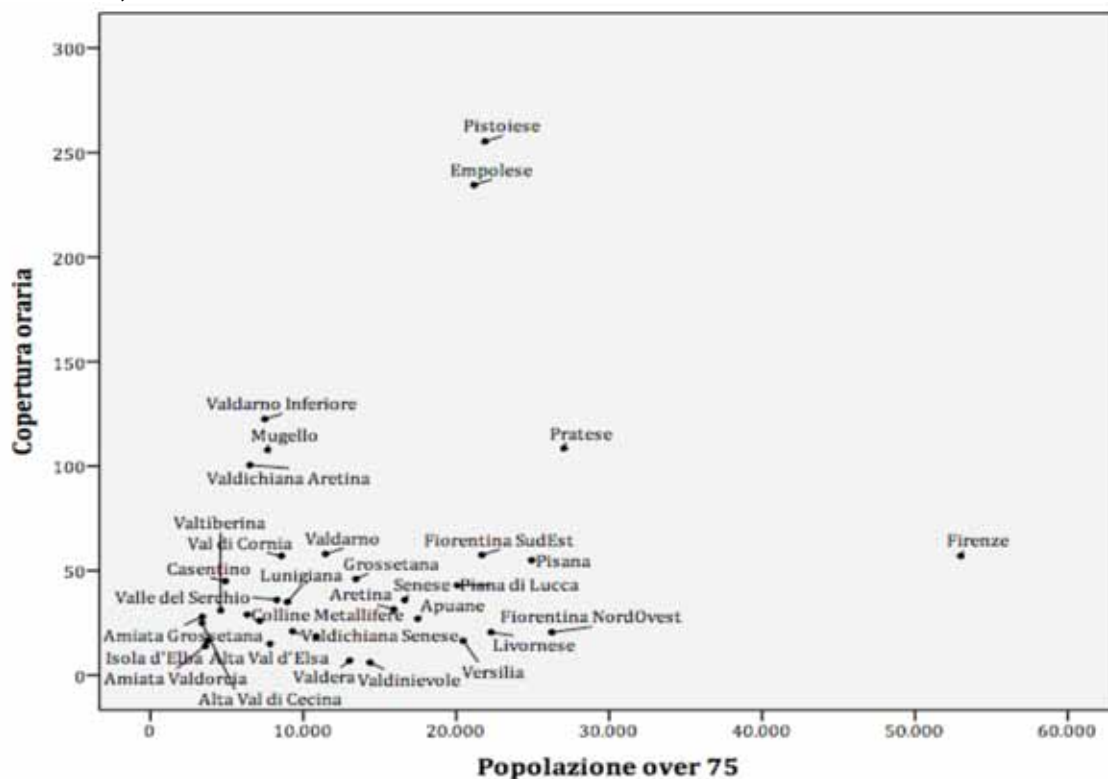
(*) Per il confronto intertemporale, abbiamo escluso dal conteggio la zona Pistoiese che non ha partecipato al monitoraggio 2014.

La copertura oraria dei punti insieme (calcolata come somma delle ore di apertura in tutti i presidi presenti) varia in maniera consistente da zona a zona ed è com-

presa fra le 6 ore a settimana della Valdera (valore minimo) alle 255 ore della zona Pistoiese (valore massimo).

Come emerge dalla distribuzione riportata nella figura successiva, la copertura oraria non risulta correlata alla domanda potenziale di accesso ai servizi espressa dal territorio. La zona di Firenze e la zona Pisana che, come abbiamo visto in precedenza, hanno la maggiore pressione in termini di domanda potenziale di accesso ai servizi, hanno fatto una scelta simile in termini di copertura oraria, attestandosi sulle 50 ore settimanali. La zona Pistoiese e l'Empolese, che hanno una pressione in termini di domanda potenziale comunque consistente (intorno alle 21 mila persone di 75 anni e più), si caratterizzano per una copertura oraria decisamente elevata, che si colloca intorno alle 250 ore settimanali.

Fig. 2.3 - Popolazione over75 e copertura oraria dei punti insieme per zona-distretto, 2015.



Fonte: elaborazioni su dati indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione-E. Zancan, 2015.

L'ACCESSIBILITÀ

Uno degli aspetti presi in esame dall'indagine riguarda l'accessibilità dei punti insieme in termini di localizzazione sul territorio, presenza di barriere architettoniche e possibilità di raggiungere i presidi con mezzi pubblici e/o con mezzi privati. Come emerso nelle precedenti edizioni del monitoraggio, infatti, questa dimensione risulta fondamentale per garantire l'effettiva funzionalità dei punti insieme.

Le barriere architettoniche risultano ancora presenti in 17 dei 264 presidi presenti sul territorio regionale. In dettaglio, le barriere sono determinate dall'assenza di ascensore o di rampe di accesso.

Per quanto riguarda questo aspetto, la percentuale di presidi territoriali con barriere architettoniche di accesso si è progressivamente ridimensionata nel corso degli anni: il 16,9% nel 2013 (nelle dieci zone censite); il 10,7% nel 2014 (in 33 zone); il 6,4% nel 2015 (totale delle zone censite).

Si rileva inoltre che in alcuni dei presidi sono in programma adeguamenti per la rimozione delle barriere in tempi brevi o trasferimenti degli uffici verso sedi di più recente costruzione e prive di barriere architettoniche.

Tab. 2.6 - Punti insieme per presenza/assenza di barriere architettoniche. Composizione percentuale nel 2013, 2014 e 2015.

	2013(*)	2014	2015
Si	16,9	10,7	6,4
No	83,1	89,3	93,6
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fonte: elaborazioni su indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2014.

(*) Si ricorda che nel 2012 l'indagine ha avuto carattere sperimentale (una zona per ogni provincia) e i punti insieme censiti sono stati 71.

Capitolo 3

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E I PERCORSI DI PRESA IN CARICO

All'interno dell'architettura delineata dalla legge regionale sulla non autosufficienza l'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) svolge un ruolo centrale.

L'unità di valutazione multidisciplinare ha come compiti la *valutazione* del bisogno del richiedente e la verifica dell'esistenza delle condizioni per l'attivazione del fondo; la definizione e la condivisione del *piano di assistenza personalizzato* con l'interessato e i suoi familiari e la verifica degli obiettivi ivi contenuti procedendo, se necessario, alla rivalutazione delle condizioni di bisogno e alla riprogettazione degli interventi⁵.

Nel corso delle precedenti edizioni del monitoraggio, la ricerca si è focalizzata sulle caratteristiche e sulle performance delle unità di valutazione presenti nelle zone-distretto oggetto dell'indagine, attraverso la somministrazione di un questionario ai responsabili.

Nella presente edizione sono stati aggiornati gli elementi necessari a ridefinire il ranking territoriale: il numero di ore settimanali dedicato dai componenti "obbligatori" delle UVM all'attività di valutazione; il ricorso ad altre professionalità (e l'intensità di tale ricorso); il coinvolgimento delle famiglie; il numero di PAP (piani di assistenza personalizzati) realizzati nel corso del 2014.

LA COMPOSIZIONE DELLE UVM

La normativa regionale stabilisce la composizione minima dell'unità di valutazione multidisciplinare, prevedendo la partecipazione alle attività di un *medico di distretto*, di un *assistente sociale* e di un *infermiere professionale* (articolo 11, comma 1). La normativa stabilisce inoltre che "la UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione" e prevede che "in relazione ai casi in esame, è inoltre integrata dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari; la UVM può ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari e riceverne memorie scritte".

Nell'ambito delle possibilità offerte dalle disposizioni regionali - e nel rispetto degli standard minimi di composizione - le scelte operative effettuate nelle zone-distretto si confermano assai diverse fra loro, per qualità e quantità del ricorso alle componenti 'facoltative'. L'eterogeneità emersa nelle prime due edizioni del monitoraggio è confermata anche dalla fotografia scattata nel 2014.

Nella figura 3.1 sono indicati, per ciascuna zona-distretto, *i componenti aggiuntivi* che partecipano alle attività dell'UVM e l'intensità della loro partecipazione. Per

⁵Art. 11 della legge regionale n. 66 del 2008.

semplificare la lettura delle informazioni, sono stati costruiti tre grafici distinti, uno per area vasta.

Il grado di partecipazione dei componenti aggiuntivi alle attività di valutazione dell'UVM è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre.

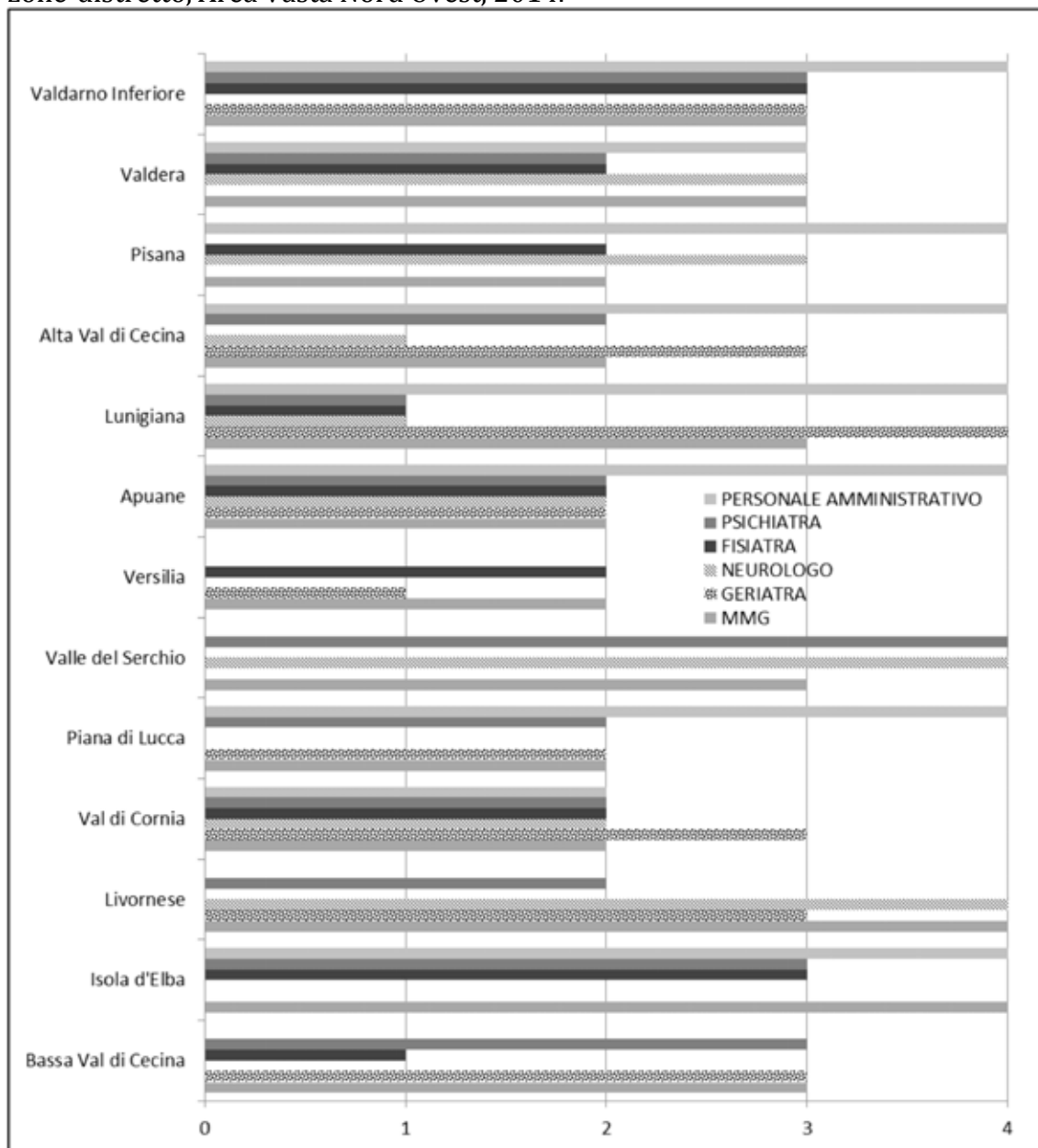
Il quadro che emerge dall'indagine conferma come le zone abbiano fatto scelte e adottato modalità di funzionamento diverse fra loro: alcune UVM hanno strutture leggere; altre ricorrono al contributo di una maggiore varietà di figure professionali.

Il medico di medicina generale è quasi sempre presente, anche se l'intensità della sua partecipazione alle attività varia fra una zona e l'altra: partecipa 'sempre' alle attività di valutazione all'Isola d'Elba, nella Livornese e nel Mugello; 'spesso' in Bassa Val di Cecina, Valle del Serchio, Lunigiana, Valdera, Valdarno Inferiore, Colline dell'Albegna e Grossetana; 'talvolta' nella zona della Piana di Lucca, in Val di Cornia, in Versilia, nelle Apuane, nella zona Pisana, in Alta Val di Cecina, in Valdnievole, nella Pratese, nella zona Aretina, in Casentino, in Valdichiana Aretina, in Alta Val d'Elsa, nell'Amiata Valdorcina, nell'Amiata Grossetana, nelle Colline Metallifere; 'raramente' nella Fiorentina Nord-Ovest, nell'Empolese, a Firenze, nel Valdarno e in Valtiberina; non partecipa 'mai' alle attività di valutazione dell'UVM nella zona-distretto Pistoiese e nella Fiorentina Sud-Est.

Le differenze nella presenza e nell'intensità di partecipazione riguardano anche gli altri professionisti: il geriatra partecipa 'sempre' alle attività dell'UVM in Lunigiana, in Valdinievole, nel Mugello, nella zona Pratese e nella zona-distretto delle Colline dell'Albegna; partecipa 'spesso' in Bassa Val di Cecina, nella zona Livornese, in Val di Cornia, in Alta Val di Cecina, nel Valdarno Inferiore, nella Fiorentina Nord Ovest, nella zona Aretina, in Valtiberina e in Alta Val d'Elsa.

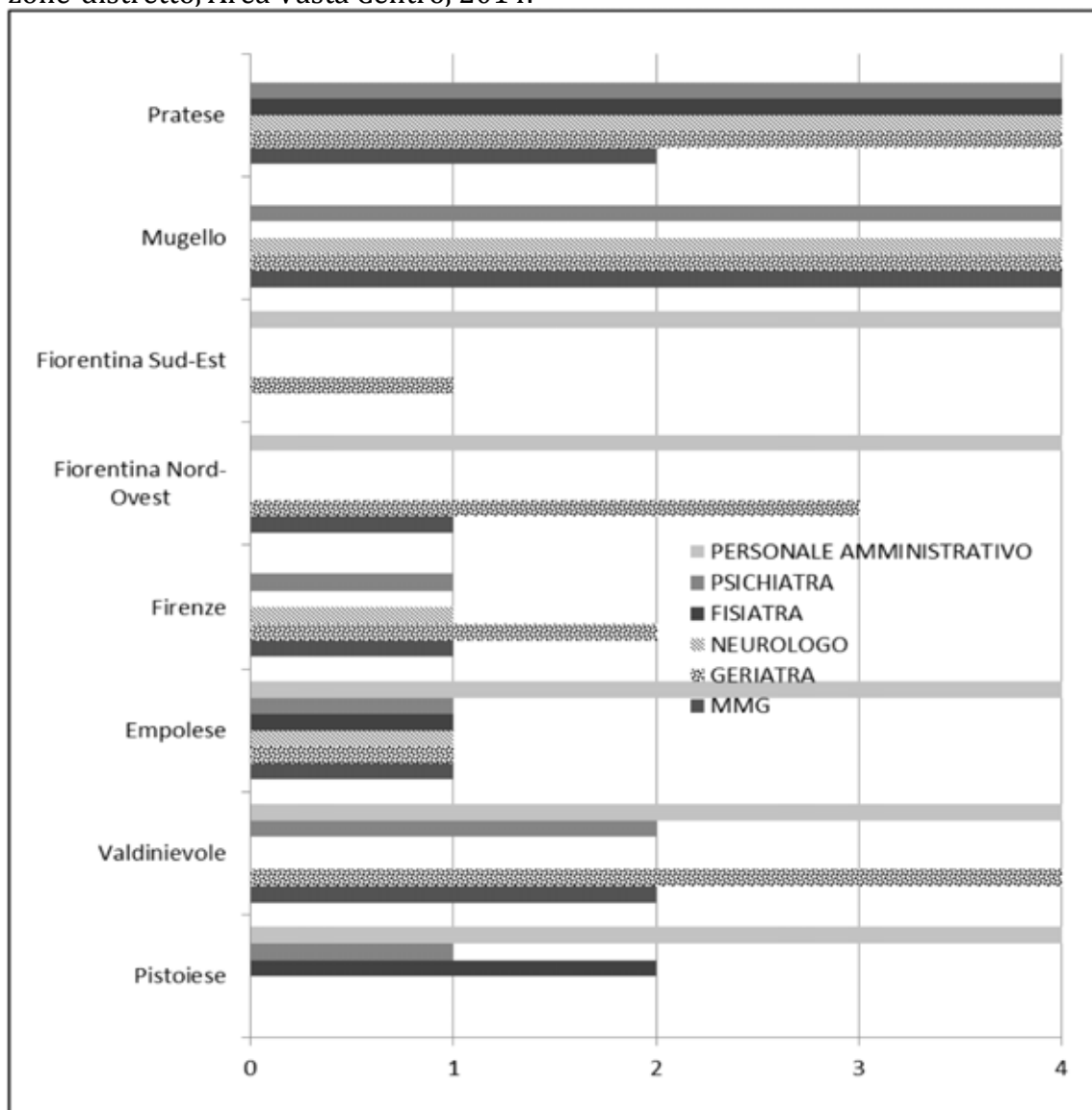
Le altre figure che sono coinvolte nelle attività dell'UVM, seppure con diverso grado di partecipazione a seconda delle zone-distretto, sono lo psichiatra, il neurologo e il fisiatra. Il primo viene coinvolto nelle attività di valutazione dalle UVM di 27 zone-distretto; il neurologo nelle attività di 18 zone, il fisiatra nelle attività di 16 zone. In 18 zone-distretto, infine, l'UVM, per lo svolgimento del proprio lavoro, è integrata da personale amministrativo.

Fig. 3.1a - Presenza e partecipazione dei componenti aggiuntivi delle UVM nelle zone-distretto, Area Vasta Nord Ovest, 2014.



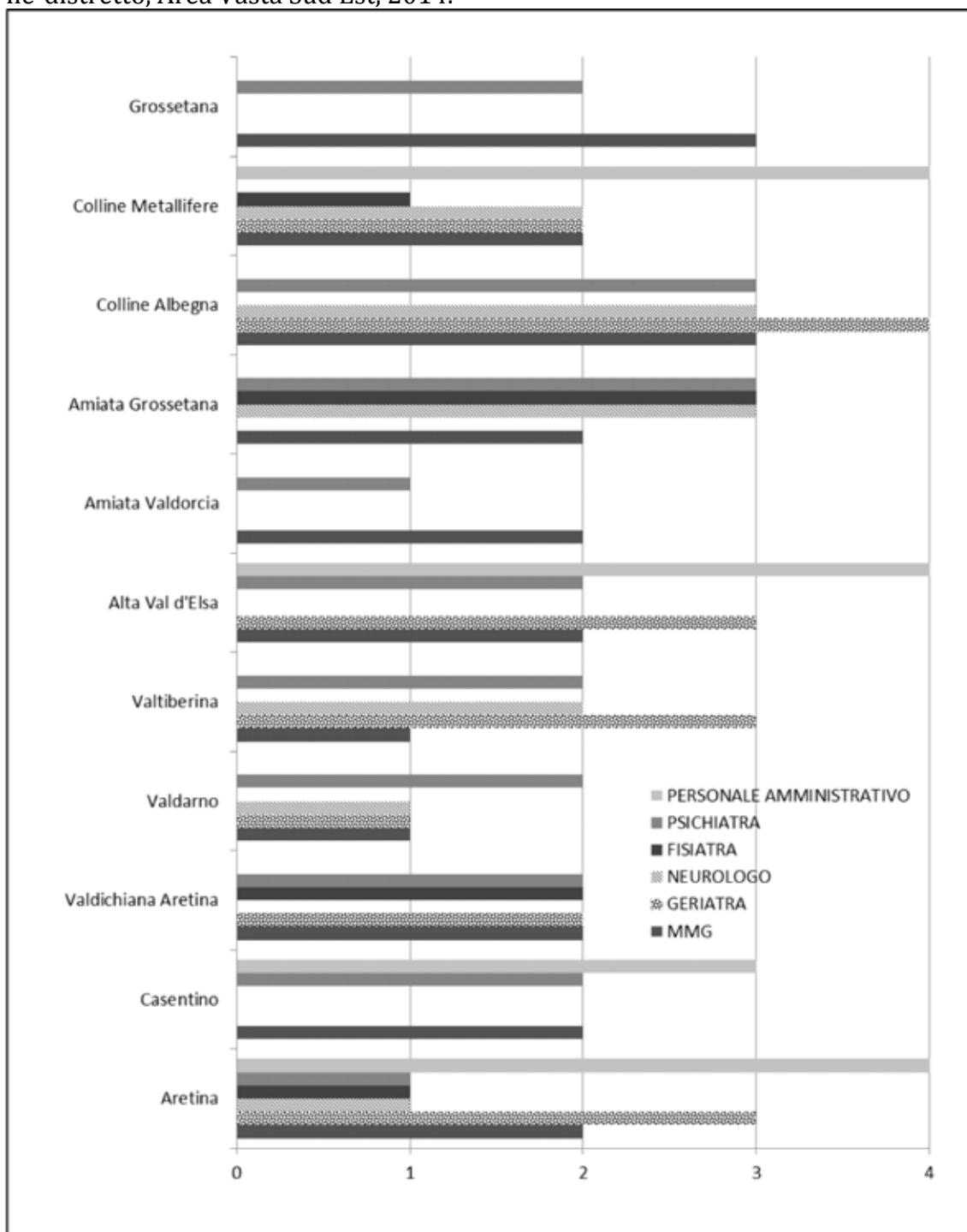
Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

Fig. 3.1b - Presenza e partecipazione dei componenti aggiuntivi delle UVM nelle zone-distretto, Area Vasta Centro, 2014.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

Fig. 3.1c - Presenza e partecipazione dei componenti aggiuntivi delle UVM nelle zone-distretto, Area Vasta Sud Est, 2014.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

Un altro elemento interessante da mettere in evidenza riguarda il diverso grado di *coinvolgimento* e di *partecipazione dei familiari* alle attività di valutazione dell'UVM. Come abbiamo ricordato in precedenza, la legge regionale assume una concezione di partecipazione dei familiari abbastanza circoscritta, poiché prevede che l'UVM possa "ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i lo-

ro familiari e riceverne memorie scritte” (art. 11, comma 2). La singola unità di valutazione, in base alla specificità del singolo caso, è quindi tendenzialmente autonoma nel determinare concretamente il livello di coinvolgimento del paziente e dei familiari.

La partecipazione dei pazienti e dei familiari nei percorsi assistenziali per le persone anziane in condizione di non autosufficienza è un tema fortemente dibattuto tra professionisti e tecnici. Se infatti è fondamentale promuovere il coinvolgimento diretto delle persone e delle famiglie nella definizione e nella attuazione dei percorsi di cura, la pratica effettiva della partecipazione in questo specifico ambito è sicuramente complessa.

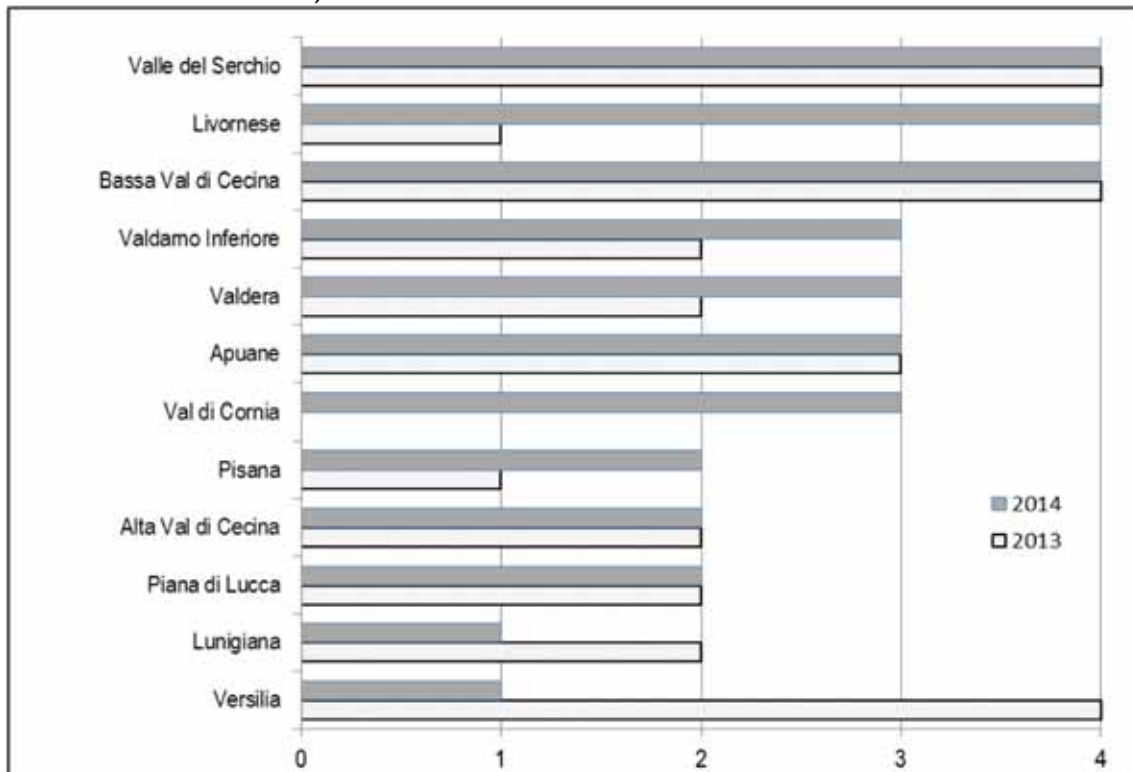
Queste considerazioni non eliminano la rilevanza della questione, soprattutto nell'impostazione di un sistema di monitoraggio che intende mettere a fuoco le molteplici dimensioni della capacità di presa in carico di bisogni sociosanitari che riguardano certamente l'anziano, ma che incidono sensibilmente sulla qualità della vita di intere famiglie.

I risultati relativi al livello di coinvolgimento dei familiari nelle attività delle unità di valutazione sono riportati nella figura 3.2. Anche in questo caso il grado di partecipazione rilevato nelle zone-distretto è parametrato per valori numerici: 0 corrisponde a mai; 1 a raramente; 2 a talvolta; 3 a spesso; 4 a sempre. Al fine di consentire una migliore lettura delle informazioni, sono stati costruiti tre grafici distinti, uno per area vasta.

I familiari sono 'sempre' coinvolti in Mugello, nella Valle del Serchio, in Bassa Val di Cecina, all'Isola d'Elba e nella zona Livornese; partecipano 'spesso' nella zona delle Apuane, in Val di Cornia, in Valdera, nel Valdarno Inferiore, nella zona Pistoiese, in Valdichiana Aretina, in Valtiberina, nell'Amiata Grossetana, nelle Colline Metallifere; 'talvolta' nelle Colline dell'Albegna, nel Valdarno, in Casentino, in Alta Val di Cecina, nella Piana di Lucca, nella Pisana, nella Pratese, in Alta Val d'Elsa e nell'Amiata Valdorcia. I familiari partecipano raramente alle attività dell'Unità di valutazione in Versilia, in Lunigiana, nella Fiorentina Nord-Ovest e nella Fiorentina Sud-Est. Da segnalare, infine, che nelle zone di Firenze, Grossetana, Empolese e Aretina non si rileva coinvolgimento dell'interessato e/o dei familiari da parte dell'UVM.

Per quanto attiene alla partecipazione dei familiari, il confronto fra la fotografia scattata nel 2013 e nel 2014 mette in luce che il coinvolgimento dei familiari è aumentato in 12 zone-distretto; è rimasto stabile in 11, è diminuito in 7.

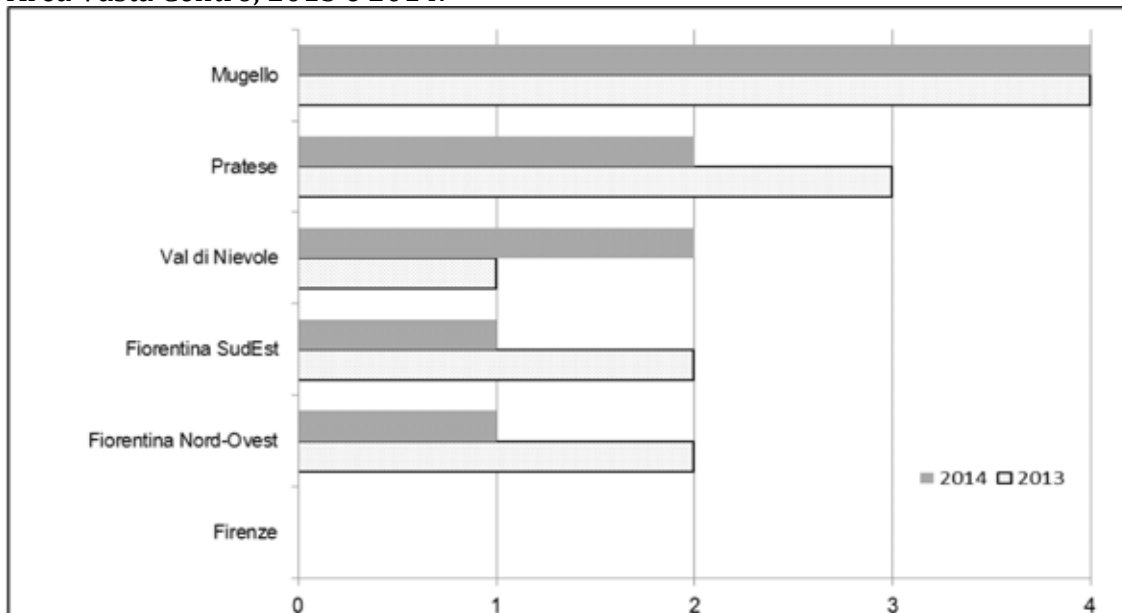
Fig. 3.2a - Partecipazione dei familiari alle attività dell'UVM delle zone-distretto (*), Area Vasta Nord Ovest, 2013 e 2014.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

(*) Per l'Isola d'Elba non sono disponibili i dati relativi al 2013.

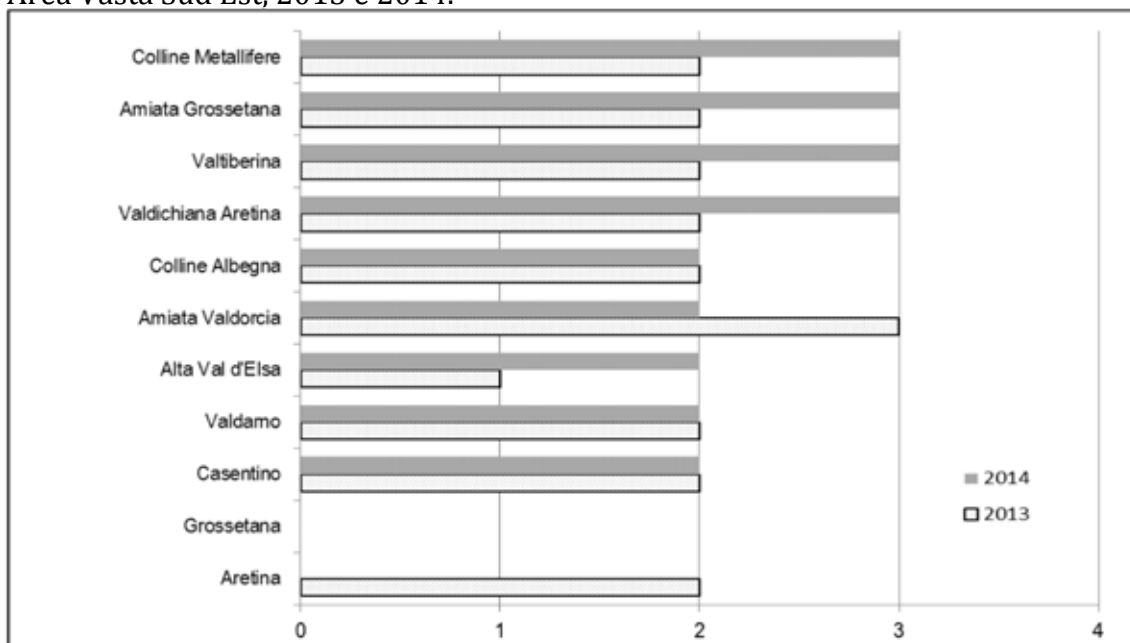
Fig. 3.2b - Partecipazione dei familiari alle attività dell'UVM delle zone-distretto (*), Area Vasta Centro, 2013 e 2014.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

(*) Per la zona-distretto Pistoiese e per l'Empolese non sono disponibili i dati relativi al 2013.

Fig. 3.2c - Partecipazione dei familiari alle attività dell'UVM delle zone-distretto (*), Area Vasta Sud Est, 2013 e 2014.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

(*) Nel 2014, la Valdichiana Senese e la Senese non hanno partecipato alla rilevazione sull'UVM.

L'ATTIVITÀ DELLE UVM

Se la struttura organizzativa e professionale delle UVM è indicata in legge regionale, resta invece all'autonomia dei servizi territoriali la quantificazione delle risorse professionali dedicate al lavoro di valutazione e progettazione. Per valorizzare in modo confrontabile questo parametro quantitativo, l'indagine ha considerato come indicatore significativo della quantità di risorse lavoro potenziali delle UVM il *numero di ore settimanali mediamente dedicate* dai diversi professionisti impegnati nelle attività di valutazione.

In tabella 3.3 è fotografata la situazione nelle 32 zone-distretto che hanno partecipato al monitoraggio 2014-2015. Si ricorda, infatti, che per la zona-distretto Senese e per la Valdichiana Senese non è stato possibile rilevare le informazioni relative alle attività dell'UVM.

In primo luogo, considerando i valori medi relativi alle zone-distretto oggetto di indagine, i professionisti più impegnati all'interno delle UVM sono gli assistenti sociali (31,3 ore settimanali); seguono gli infermieri (19,8 ore settimanali) e, infine, i medici (14,4 ore settimanali). Rispetto alle rilevazioni precedenti, si osserva un incremento nell'impegno orario alle attività delle unità di valutazione da parte degli assistenti sociali. Si mantiene invece su valori analoghi a quelli rilevati nella precedente rilevazione il dato relativo all'impegno orario degli altri professionisti coinvolti, infermieri e medici di famiglia.

Un altro elemento da mettere in evidenza riguarda il fatto che in alcune zone-distretto le ore dei tre professionisti si equivalgono, in altre sono differenti.

Come si rileva dal prospetto, l'equivalenza nell'impegno orario delle tre tipologie professionali impegnate nell'attività di rilevazione si registra in poco più della metà delle zone-distretto (18 su 32) e interessa la Bassa Val di Cecina (18 ore), l'Isola d'Elba (12 ore), la Lunigiana (10 ore), l'Empolese (15 ore), la Valle del Serchio (12 ore), la Versilia (7 ore), l'Alta Val di Cecina (3 ore), la Valdera (6 ore), il Valdarno Inferiore (6 ore), la Valdinievole (36 ore), Firenze (37,5 ore), il Mugello (13 ore), la zona Pratese (15 ore), la Valdichiana Aretina (6 ore), il Valdarno (24 ore), la Valtiberina (12 ore), l'Amiata Grossetana (4 ore), le Colline dell'Albegna (3 ore).

Nelle altre zone il numero di ore dedicate alle attività valutative nelle UVM da parte dei tre professionisti non è omogeneo. In Val di Cornia, nella Piana di Lucca, in Alta Val d'Elsa, nell'Amiata Valdorcia, nella zona Aretina, nella zona Pisana e nella Pistoiese si osserva una polarizzazione dell'impegno orario a carico degli assistenti sociali, che risultano impegnati per una quantità di ore nettamente superiore a quella degli altri professionisti. Nella zona delle Apuane e nella Fiorentina Nord-Ovest, le ore dedicate alle attività valutative si confermano sbilanciate a carico della figura professionale dell'infermiere, così come rilevato nella precedente indagine.

Un ultimo elemento da mettere in evidenza riguarda il numero di ore complessive di lavoro delle UVM, ottenuto sommando i valori dedicati dai singoli professionisti. Se, in media, le ore di lavoro settimanali sono 65, le zone-distretto che si collocano al di sopra della media sono la Pistoiese (464), l'Alta Val d'Elsa (140 ore), Firenze (112,5), la Grossetana (110 ore), la Valdinievole (108), la Fiorentina Sud-Est (104), la Piana di Lucca (96), la Val di Cornia (94), la Pisana (90), la Fiorentina Nord-Ovest e il Valdarno (72 ore).

Tutte le altre si collocano al di sotto del dato medio regionale (65,5 ore). I valori più contenuti si confermano, come nella precedente rilevazione, nell'Amiata Grossetana (12 ore), nella zona-distretto dell'Alta Val di Cecina e delle Colline dell'Albegna (in entrambi i casi, le ore dedicate all'attività valutativa sono 9 per settimana).

Tab. 3.3 - Numero di ore settimanali dedicate dai componenti delle UVM e ore totali, 2014.

Zona-distretto	Assistente sociale	Infermiere	Medico	Totale ore UVM
Bassa Val di Cecina	18	18	18	54
Isola d'Elba	12	12	12	36
Livornese	25	22	10	57
Val di Cornia	60	20	14	94
Piana di Lucca	60	24	12	96
Valle del Serchio	12	12	12	36
Versilia	7	7	7	21
Apuane	16	18	15	49
Lunigiana	10	10	10	30
Alta Val di Cecina	3	3	3	9
Pisana	54	18	18	90

Zona-distretto	Assistente sociale	Infermiere	Medico	Totale ore UVM
Valdera	6	6	6	18
Valdarno Inferiore	6	6	6	18
Pistoiese	338	112	14	464
Valdinievole	36	36	36	108
Empolese	15	15	15	45
Firenze(*)	37,5	37,5	37,5	112,5
Fiorentina Nord-Ovest	18	36	18	72
Fiorentina Sud-Est	36	36	32	104
Mugello	13	13	13	39
Pratese	15	15	15	45
Aretina	10	6	6	22
Casentino	6	4	6	16
Valdarno	24	24	24	72
Valdichiana Aretina	6	6	6	18
Valtiberina	12	12	12	36
Alta Val d'Elsa	75	40	25	140
Amiata Valdorcia	18	12	6	36
Senese	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Valdichiana Senese	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Amiata Grossetana	4	4	4	12
Colline Albegna	3	3	3	9
Colline Metallifere	10	10	7	27
Grossetana	36	36	38	110
<i>Dato medio</i>	<i>31,3</i>	<i>19,8</i>	<i>14,4</i>	<i>65,5</i>

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

(*) Il dato è una media delle ore segnalate nel primo semestre (45) e nel secondo semestre (30).

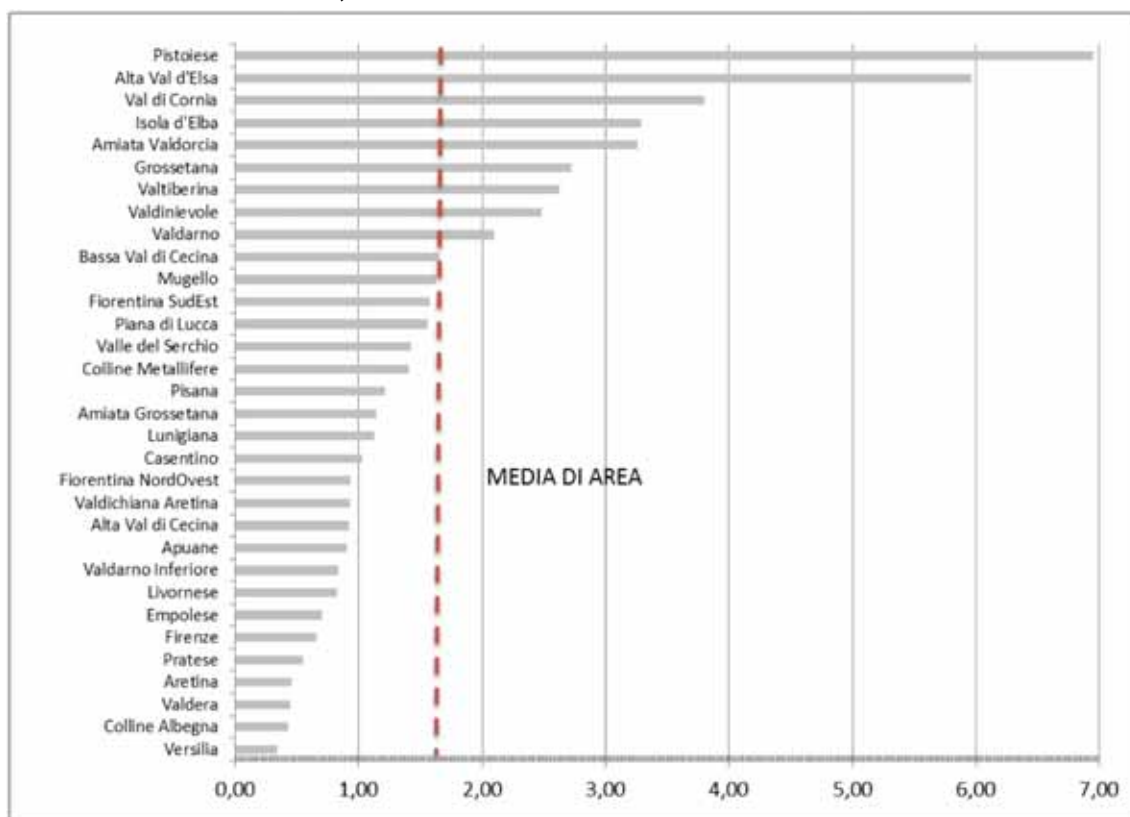
Relativamente alle zone-distretto per cui è possibile effettuare il confronto (poiché sono stati rilevati i dati sia per il 2013 che per il 2014), si osserva un incremento delle ore di lavoro complessive dell'UVM. L'impegno orario medio, infatti, passa da 51 a 54 ore settimanali.

Tornando alla fotografia relativa al 2014, per comprendere a pieno le differenze fra le zone occorre relativizzare il dato che, naturalmente, risente delle dimensioni della domanda di assistenza che si rivolge ai servizi e del numero di casi da trattare.

Al fine di ridurre l'influenza determinata dalla diversa pressione esercitata sui servizi dalla componente socio-demografica, è stato costruito un indicatore che misura, seppure in maniera approssimativa, il carico di lavoro delle UVM, ottenuto rapportando le ore di lavoro alla popolazione anziana non autosufficiente presente nella zona-distretto (e moltiplicando per 100). L'indicatore così costruito consente di approssimare il tempo 'teorico' che l'UVM potrebbe dedicare ad ogni potenziale utente. Il carico di lavoro teorico delle UVM nelle zone-distretto oggetto dell'indagine è sintetizzato nella figura 3.3, che evidenzia come le differenze fra le zone si confer-

mino piuttosto consistenti. A fronte di un dato medio pari a 1,7 i valori più elevati si osservano nella zona-distretto Pistoiese (6,9), in Alta Val d'Elsa (6,0), in Val di Cornia (3,8), nell'Amiata Valdorcia e all'Isola d'Elba (3,3). Chiudono la graduatoria la zona Aretina (0,5), la Valdera e le Colline dell'Albegna (0,4) e la Versilia (0,3).

Fig. 3.3 - Ore lavoro delle UVM nelle zone-distretto per popolazione non autosufficiente anziana residente, 2014.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

LE RISPOSTE AI BISOGNI: I PIANI DI ASSISTENZA REALIZZATI

L'indagine sulle unità di valutazione, infine, si è soffermata ad aggiornare le informazioni sui piani di assistenza personalizzati (PAP) realizzati nel corso del 2014. Anche per questa edizione del monitoraggio, si segnala che non tutte le zone-distretto sono state in grado di fornire il dato.

La tabella 3.4 riporta il numero di piani di assistenza personalizzati elaborati nel corso del 2014 nelle zone-distretto coinvolte in questa edizione del monitoraggio. In media, i piani realizzati sono stati 892, con valori compresi fra i 104 dell'Amiata Grossetana e i 2.942 di Firenze.

Per permettere il confronto tra le zone, il dato è stato parametrato alla popolazione non autosufficiente residente. Tale operazione consente di avere una misura approssimativa del livello di risposta delle zone ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente residente. I valori più elevati si registrano in Valtiberina (82,2),

nella zona Aretina (80,8) e nelle Colline dell'Albegna (76,3). Chiudono la graduatoria l'Amiata Grossetana (19,1) e le Apuane (17,1).

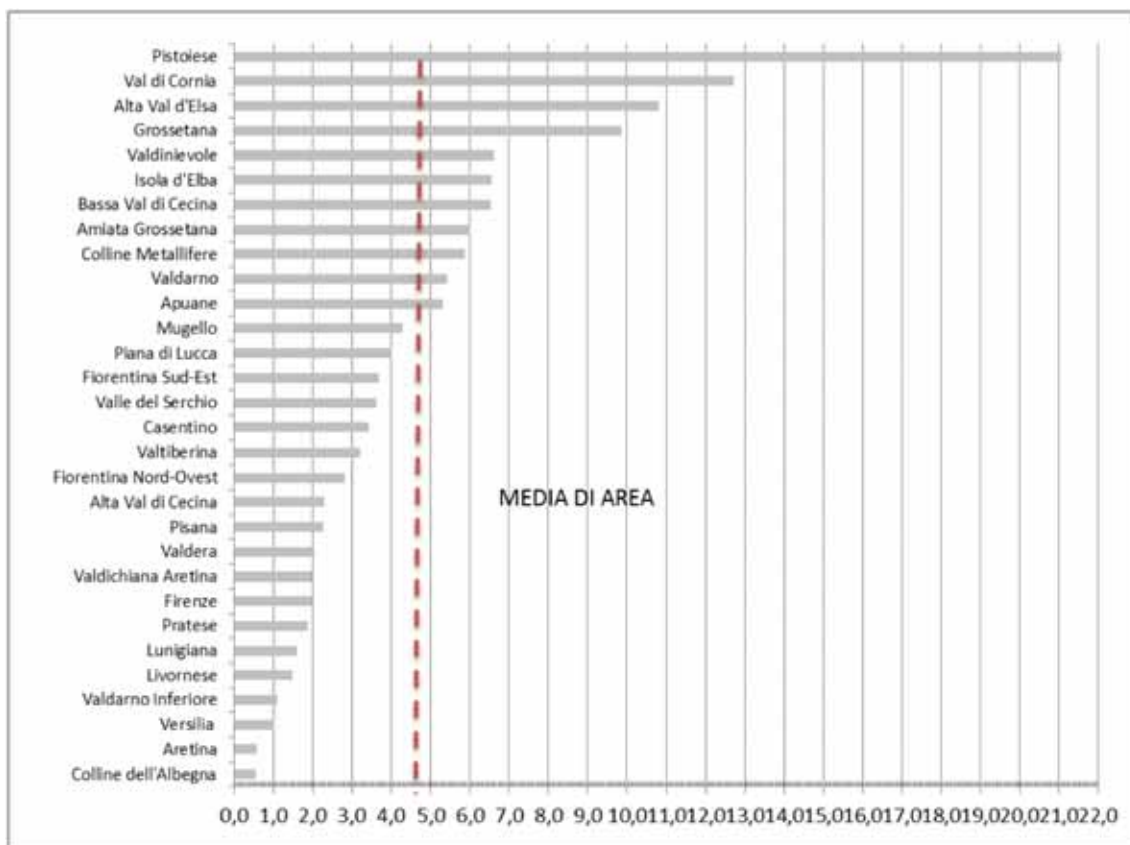
Tab. 3.4 - Numero di piani di assistenza personalizzati (PAP) realizzati, 2014. Valori assoluti e incidenza sulla popolazione anziana non autosufficiente.

Zona-distretto	Numero PAP	Anziani non auto residenti	Valore
Bassa Val di Cecina	430	1.694	25,4
Isola d'Elba	285	569	50,1
Livornese	1.931	3.591	53,8
Val di Cornia	384	1.286	29,9
Piana di Lucca	1.248	3.203	39,0
Valle del Serchio	516	1.312	39,3
Versilia	1.082	3.165	34,2
Apuane	480	2.809	17,1
Lunigiana	970	1.387	69,9
Alta Val di Cecina	204	509	40,1
Pisana	2.057	3.855	53,4
Valdera	456	2.083	21,9
Valdarno Inferiore	849	1.124	75,5
Pistoiese	1.146	3.473	33,0
Valdinievole	848	2.258	37,6
Empolese	n.d.	3.310	n.d.
Firenze	2.942	8.936	32,9
Fiorentina Nord-Ovest	1.322	4.020	32,9
Fiorentina Sud-Est	1.467	3.440	42,6
Mugello	473	1.242	38,1
Pratese	1.246	4.256	29,3
Aretina	2.011	2.490	80,8
Casentino	243	806	30,1
Valdarno	690	1.786	38,6
Valdichiana Aretina	468	1.006	46,5
Valtiberina	586	713	82,2
Alta Val d'Elsa	673	1.222	55,1
Amiata Senese-Val d'Orcia	n.d.	574	n.d.
Senese	n.d.	2.781	n.d.
Val di Chiana Senese	n.d.	1.467	n.d.
Amiata Grossetana	104	544	19,1
Colline dell'Albegna	836	1.096	76,3
Colline Metallifere	239	995	24,0
Grossetana	580	2.103	27,6
Dato medio	892		42,5

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

Per avere un altro indicatore *proxy* del carico di lavoro delle UVM è stato rapportato il numero di ore lavoro annue delle UVM nell'anno al numero di PAP realizzati. Il numero medio di ore lavoro delle UVM per la realizzazione di un piano di assistenza personalizzato risulta pari a 4,7. Come rappresentato in figura 3.4, i valori oscillano fra le 21,7 ore della zona-distretto Pistoiese e le 0,6 delle Colline dell'Albegna e della zona Aretina.

Fig. 3.4 - Ore annue di lavoro (*) delle UVM per numero di PAP realizzati nelle zone-distretto, 2014.



Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

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

LA COPERTURA ORARIA PER LA PRESA IN CARICO IN EMERGENZA-URGENZA

La perdita dell'autosufficienza pone la persona in una condizione di vulnerabilità del tutto peculiare: nel suo manifestarsi, che può essere determinato da un evento improvviso o dal progredire di condizioni di malattia cronicizzanti, e nella sua gestione quotidiana, in cui eventi improvvisi di varia natura possono incidere sulla salute e sul benessere della persona non autosufficiente.

In tali situazioni il sistema dei servizi è chiamato a rispondere tempestivamente, non solo in termini sanitari, dimostrando la capacità di attivare risposte immediate, in sinergia con diversi attori del sistema sociosanitario complessivamente inteso.

Ai fini della ricerca si considerano di emergenza-urgenza quelle situazioni gravi, impreviste e imprevedibili che possono interessare persone anziane non autosufficienti e metterne a repentaglio l'incolumità fisica e psichica (ad esempio, una situazione improvvisa di inagibilità dell'abitazione). Le situazioni di emergenza o di urgenza possono riguardare sia persone già in carico ai servizi, sia persone non ancora in carico.

Nel corso del precedente monitoraggio, in quasi tutte le zone-distretto censite sono stati rilevati casi di emergenza-urgenza. È stato così possibile approfondire le tipologie di situazioni trattate e più frequentemente riscontrate nei servizi territoriali:

- situazioni di anziani soli e impossibilitati a rientrare a domicilio;
- situazioni in cui il disagio sociale si somma a quello sanitario al punto da rendere difficoltosa la gestione a domicilio;
- gravità delle situazioni, per cui è indispensabile agire nell'immediato, quando aspettare è di pregiudizio della persona;
- anziani soli che improvvisamente diventano non autosufficienti sprovvisti di
- rete familiare o casi in cui la stessa è impossibilitata per motivi sanitari o di lontananza;
- la morte o l'improvvisa perdita di autosufficienza del caregiver in una coppia
- di anziani conviventi di cui uno già non autosufficiente;
- l'improvvisa scoperta di condizioni igieniche o ambientali del domicilio della persona non autosufficiente incompatibili con la sua permanenza nell'abitazione;
- l'insorgere di improvvise conflittualità familiari;
- la scoperta di situazioni di disagio abitativo;
- casi di maltrattamento o trascuratezza o abbandono;
- l'improvviso aggravamento clinico di persone anziane sole (segnalato dal MMG) senza parenti con elevata iso-gravità e difficilmente gestibili a domicilio;
- situazioni in cui la rete familiare e parentale è completamente inadeguata;
- compromissione della situazione economica dell'anziano e/o familiare;
- anziani soli in condizioni di fragilità sociale segnalati dai reparti ospedalieri, dal Pronto soccorso o dai servizi territoriali (AS o MMG);
- casi di ricovero non programmato dei caregiver familiari o di morte improvvisa del familiare caregiver;
- allontanamento non concordato degli assistenti familiari;
- dimissioni complesse segnalate in ritardo;
- anziani soli che improvvisamente si destabilizzano.

Alcune zone sono state in grado di rilevare il numero complessivo dei casi di emergenza-urgenza trattati tra il 2012 e il 2013, anche se sono pochi i casi in cui è stato possibile distinguere tra situazioni di emergenza vera e propria e urgenze.

Per quanto riguarda il 2014, il dato della copertura oraria del servizio è stato fornito da 28 delle 34 zone-distretto della Toscana (Tab. 3.5). Se escludiamo la Senese e la Valdichiana Senese, che non hanno partecipato al monitoraggio 2015, le zone-distretto della Val di Cornia, Fiorentina Sud-Est, Alta Val d'Elsa e Amiata Grossetana non sono state in grado di fornire informazioni sulla copertura oraria del servizio, ~~frequentemente~~ perché in queste zone non esiste una standardizzazione delle risposte in caso di emergenza.

La copertura oraria per la presa in carico di situazioni di emergenza-urgenza è molto variabile da zona a zona: a fronte di dato medio di 7,6 ore per 5,7 giorni la settimana, si distingue un gruppo di 14 zone in cui la copertura oraria è compresa tra le 3 e le 6 ore giornaliere, un secondo gruppo di dieci zone in cui la fascia oraria giornaliera varia da 7 a 8 ore e, infine, tre zone con una copertura garantita per l'intera fascia diurna (11-12 ore): Valdera, Isola d'Elba e Bassa Val di Cecina.

In Valdarno Inferiore, dove esiste un servizio dedicato alle emergenze-urgenze, la copertura indicata è massima, 24 ore sui sette giorni settimanali. Altre due zone, Isola d'Elba e Valdera, assicurano una copertura del servizio 7 giorni su 7, mentre nelle altre zone il servizio è attivo 6 giorni su 7 (14 zone) o 5 giorni su 7 (11 zone).

Per quanto riguarda la copertura oraria settimanale, la fotografia scattata nel 2014 conferma il quadro emerso dal precedente monitoraggio: la minore copertura oraria è garantita in Lunigiana (25 ore settimanali); quella maggiore in Valdarno Inferiore (168 ore settimanali). Nella fascia medio alta si confermano la Valdera e la Bassa Val di Cecina, con una copertura di 77 e 72 ore settimanali. Su valori analoghi si colloca anche la zona-distretto dell'Isola d'Elba (78 ore settimanali), che non aveva preso parte alla precedente edizione del monitoraggio.

In quattro zone il servizio è assicurato tra le 40 e le 48 ore settimanali. Quattordici zone hanno una copertura compresa tra le 34 e le 38 ore settimanali, mentre sei zone si collocano nella fascia di copertura oraria più bassa, compresa tra le 15 e le 30 ore settimanali.

In sintesi, su 28 zone-distretto che hanno prodotto le informazioni sulla copertura oraria del servizio di emergenza-urgenza, solo tre garantiscono un servizio attivo su tutta la settimana almeno nelle ore diurne, mentre oltre la metà delle zone gestisce la presa in carico delle emergenze urgenze solo in orario ordinario di servizio, dal lunedì al venerdì o al sabato e prevalentemente nella fascia oraria della mattina.

Tab. 3.5 - Copertura oraria assicurata nelle zone-distretto, 2014.

Zona-distretto	Ore/giorno	Giorni/Settimana	Ore settimanali
Bassa Val di Cecina	12	6	72
Isola d'Elba	11,1*	7	78
Livornese	6	6	36
Val di Cornia	n.d.	n.d.	n.d.
Piana di Lucca	6	5	30
Valle del Serchio	7	5	35
Versilia	8	6	48
Apuane	6	6	36
Lunigiana	3	5	15
Alta Val di Cecina	8	6	48
Pisana	7,2*	5	36
Valdera	11	7	77
Valdarno Inferiore	24	7	168
Pistoiese	6	6	36
Valdinievole	7,2*	5	36
Empolese	7,5	6	45
Firenze	6	5	30
Fiorentina Nord-Ovest	7	5	35
Fiorentina Sud-Est	n.d.	n.d.	n.d.
Mugello	5	6	30
Pratese	6	6	36
Aretina	7,6*	5	42
Casentino	6	6	36
Valdarno	6	5	30
Valdichiana Aretina	6	6	36
Valtiberina	6	6	36
Alta Val d'Elsa	n.d.	n.d.	n.d.
Amiata Valdorcina	6,8*	5	34
Senese	-	-	-
Valdichiana Senese	-	-	-
Amiata Grossetana	n.d.	n.d.	n.d.
Colline dell'Albegna	7,3*	6	44
Colline Metallifere	6	6	36
Grossetana	5	5	25

Fonte: indagine Fnp Cisl Toscana-Fondazione E. Zancan, 2015.

(*) Media oraria giornaliera comprendente anche i rientri pomeridiani.

Capitolo 4

DA UNA VISIONE FRAMMENTATA A UNA VISIONE GLOBALE

QUESTIONI METODOLOGICHE

Il monitoraggio si chiude con un'analisi fondata su una visione complessiva del sistema di accesso e presa in carico dei servizi per le persone non autosufficienti, che considera congiuntamente una pluralità di aspetti con un "punteggio" unitario e permette un confronto tra le zone interessate.

Nella prima edizione del monitoraggio sono state individuate le variabili più significative nel determinare la capacità zonale riguardanti l'accesso (cioè i punti insieme), la presa in carico ordinaria (attraverso l'unità di valutazione multidimensionale) e quella in emergenza-urgenza (Tab. 4.1).

L'analisi si basa su un modello che prevede che ogni variabile sia associabile ad un "beneficio" – valori alti corrispondono a risultati migliori – o ad "costo" – valori alti corrispondono a risultati peggiori. Per le variabili considerate abbiamo assunto che valori più alti corrispondano a condizioni migliori per gli anziani assistiti: ad esempio, una maggiore copertura oraria dei punti insieme, una maggiore presenza del medico di medicina generale in UVM, una maggior numero di piani assistenziali realizzati, sono tutte condizioni migliori. L'aumento del valore come indice negativo per gli assistiti riguarda la variabile "Bacino di utenza potenziale per punto insieme", per la quale si presume che valori più alti corrispondano a situazioni di maggiore disagio per gli utenti effettivi o potenziali.

Tab. 4.1 - Variabili selezionate per la valutazione delle zone.

Fase	Servizio	Variabili	Variabile Beneficio o Costo
Accesso	punto insieme	Numero di utenti potenziali	C
		Copertura oraria	B
		Barriere architettoniche per l'accesso	B
Presa in carico ordinaria	Unità di valutazione multidimensionale	Ore settimanali degli operatori	B
		Presenza del medico di medicina generale all'UVM	B
		Presenza del geriatra all'UVM	B
		Presenza dei familiari all'UVM	B
		Ore operatore per anziano non autosufficiente	B
		Numero di piani assistenziali per anziano non autosufficiente	B
Presa in carico in emergenza-urgenza		Copertura oraria	B

Ogni zona rappresenta una soluzione alternativa per l'accesso e la presa in carico. I valori rilevati nelle dieci dimensioni considerate vengono aggregati attraverso la somma pesata per ottenere un punteggio unitario finale. L'alternativa che ottiene il punteggio finale più elevato si qualifica come la migliore del ranking.

Ai fini della presente valutazione sono stati utilizzati i dati del 2014. Le zone distrette per cui non sono disponibili i dati necessari al ranking sono la zona-distretto Senese, la zona Valdichiana Senese - per le quali non è stato possibile reperire alcuna informazione in merito all'organizzazione e al funzionamento dell'Unità di Valutazione e ai percorsi di presa in carico in emergenza-urgenza - e la zona Empolese e l'Amiata Valdorcia, per mancanza del dato sul numero di PAP eseguiti.

Le successive tabelle (4.2-4.4) rappresentano la matrice in base alla quale sono stati valutati i sistemi zionali di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti, suddivisi per area vasta.

Per rendere confrontabili i valori dei diversi indicatori utilizzati - e, quindi, consentirne la lettura unitaria - si è proceduto alla loro standardizzazione, portandoli tutti a una stessa scala, compresa tra 0 e 1.

Dall'applicazione del metodo della somma pesata si ricava una valutazione complessiva delle singole zone, con punteggi compresi tra 0 (il peggior risultato in relazione ai valori considerati, *worst*) e 1 (il miglior risultato, *best*). Il punteggio finale è dato dall'apporto di ogni variabile selezionata.

Nella fig. 4.1, i punteggi vengono rappresentati da grafici a barre. La colonna più elevata per ogni variabile indica un punteggio migliore, indipendentemente se la variabile è beneficio o costo.

In questo modo, dal confronto con le altre ogni zona emerge nei suoi aspetti di forza e di debolezza.

Tab. 4.2 - Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona, Area vasta Nord Ovest, 2014.

Zona- distretto	Punto insieme			UVM						Emerg.- Urgenza
	Bacino utenza po- tenziale	Copert. oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anz. non auto res.	PAP per anziano non auto res.	Copertura oraria
	Anziani >75 anni	Ore settim.	Presenza (1-2)	Ore settimana	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Ore operatore	Numero piani	Ore settimana
Bassa Val di Cecina	2.707,5	4,6	2,0	54,0	3	3	4	1,7	25,4	72,0
Isola d'Elba	624,5	2,8	2,0	36,0	4	0	4	3,3	50,1	78,0
Livornese	4.454,8	4,1	2,0	57,0	4	3	4	0,8	53,8	36,0
Val di Cornia	2.854,7	19,0	2,0	94,0	2	3	3	3,8	29,9	0,0
Piana di Lucca	1.823,9	5,4	1,7	96,0	2	2	2	1,6	39,0	30,0
Valle del Serchio	827,3	3,6	1,9	36,0	3	0	4	1,4	39,3	35,0
Versilia	2.556,6	2,1	2,0	21,0	2	1	1	0,3	34,2	48,0
Apuane	2.497,7	3,9	2,0	49,0	2	2	3	0,9	17,1	36,0
Lunigiana	1.120,6	4,4	2,0	30,0	3	4	1	1,1	69,9	15,0
Alta Val di Cecina	482,0	3,5	2,0	9,0	2	3	2	0,9	40,1	48,0
Pisana	4.988,4	11,0	2,0	90,0	2	0	2	1,2	53,4	36,0
Valdera	3.260,8	1,8	2,0	18,0	3	0	3	0,4	21,9	77,0
Valdarno Inferiore	1.494,2	24,5	1,8	18,0	3	3	3	0,8	75,5	168,0

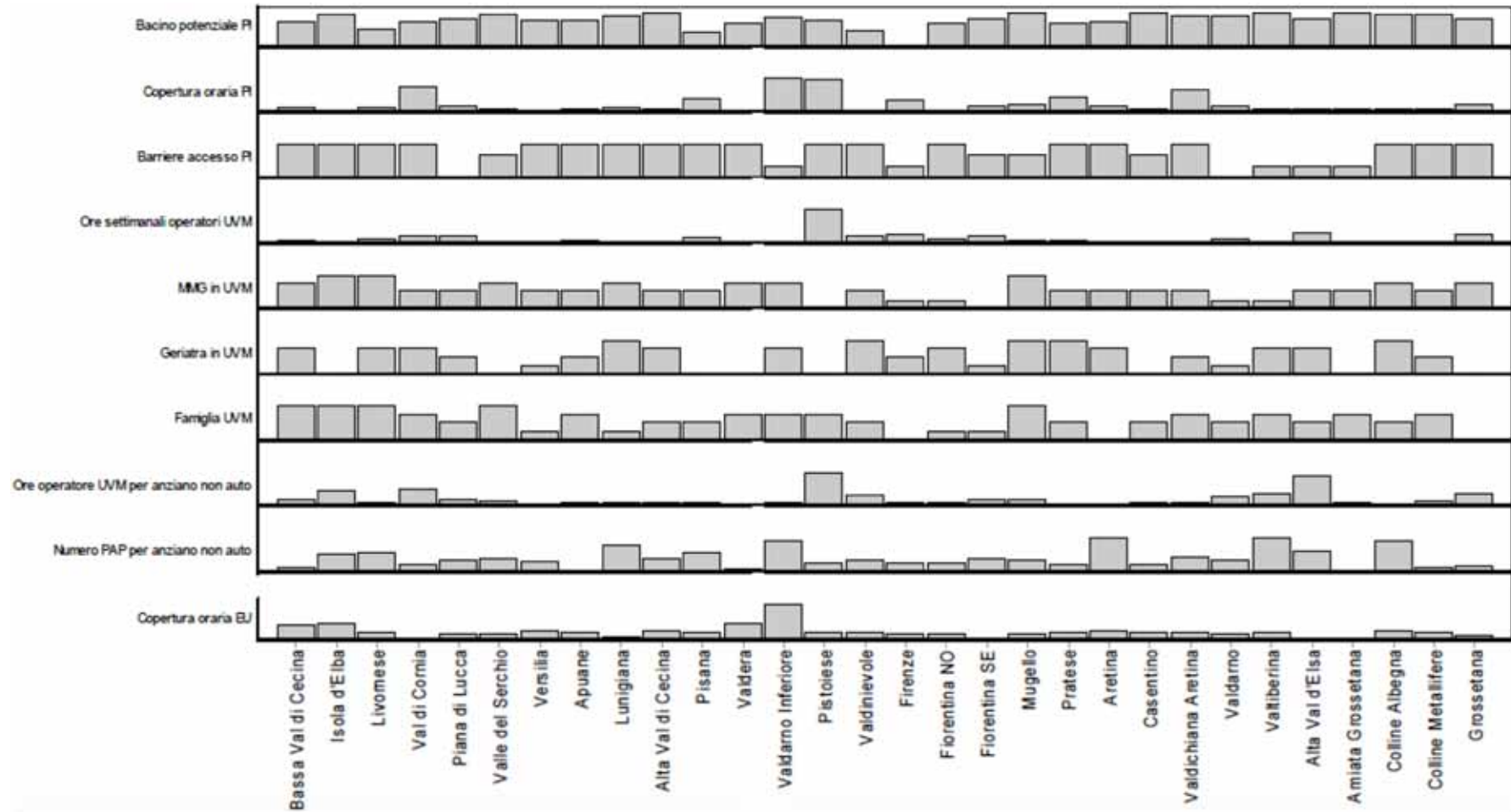
Tab. 4.3 - Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona, Area vasta Centro, 2014.

Zona- distretto	punto insieme			UVM						Emerg.- Urgenza
	Bacino utenza po- tenziale	Copert. oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anz. non auto res.	PAP per anziano non auto res.	Copertura oraria
	Anziani >75 anni	Ore settim.	Presenza (1-2)	Ore settimana	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Ore operatore	Numero piani	Ore settimana
Pistoiese	1.988,2	23,2	2,0	464,0	0	0	3	6,9	33,0	36,0
Valdinievole	4.788,0	2,0	2,0	108,0	2	4	2	2,5	37,6	36,0
Empolese	2.116,0	23,5	2,0	45,0	1	1	0	0,7	n.d.	45,0
Firenze	8.834,8	9,5	1,8	112,5	1	2	0	0,7	32,9	30,0
Fiorentina Nord-Ovest	3.281,3	2,6	2,0	72	1	3	1	0,9	32,9	35,0
Fiorentina Sud-Est	1.667,1	5,2	1,9	104,0	0	1	1	1,6	42,6	0,0
Mugello	426,3	6,0	1,9	39,0	4	4	4	1,6	38,1	30,0
Pratese	3.004,8	12,1	2,0	45,0	2	4	2	0,5	29,3	36,0

Tab.4.4 - Variabili selezionate per la valutazione: denominazione, unità di misura, valori per zona, Area vasta Sud Est, 2014.

Zona- distretto	punto insieme			UVM						Emerg.- Urgenza
	Bacino utenza po- tenziale	Copert. oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anz. non auto res.	PAP per anziano non auto res.	Copertura oraria
	Anziani >75 anni	Ore settim.	Presenza (1-2)	Ore settimana	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Frequenza (0-4)	Ore operatore	Numero piani	Ore settimana
Aretina	2.651,5	5,3	2,0	22,0	2	3	0	0,5	80,8	42,0
Casentino	378,2	3,5	1,9	16,0	2	0	2	1,0	30,1	36,0
Valdichiana Aretina	1.083,2	16,8	2,0	18,0	2	2	3	0,9	46,5	36,0
Valdarno	1.145,2	5,8	1,7	72,0	1	1	2	2,1	38,6	30,0
Valtiberina	573,9	3,9	1,8	36,0	1	3	3	2,6	82,2	36,0
Alta Val d'Elsa	1.955,3	3,8	1,8	140,0	2	3	2	6,0	55,1	0,0
Amiata Valdorcina	720,0	2,8	1,6	36,0	2	0	2	3,3	n.d.	34,0
Senese	1.663,6	3,6	1,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Valdichiana Senese	930,4	2,1	2,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Amiata Grossetana	424,4	3,5	1,8	12,0	2	0	3	1,1	19,1	0,0
Colline Albegna	894,1	3,3	2,0	9,0	3	4	2	0,4	76,3	44,0
Colline Metallifere	791,4	3,6	2,0	27,0	2	2	3	1,4	24,0	36,0
Grossetana	1.919,9	6,6	2,0	110,0	3	0	0	2,7	27,6	25,0

Fig. 4.1 - Zone per ciascuna variabile, valori standardizzati (0-1), 2014.



LE VARIAZIONI TEMPORALI DEGLI INDICATORI

Come abbiamo ricordato nelle pagine precedenti, uno degli aspetti più interessanti del monitoraggio realizzato nel 2015 è rappresentato dalla possibilità di osservare le variazioni temporali avvenute nella maggior parte delle zone-distretto. In particolare, dedicheremo questo paragrafo ad analizzare cosa è accaduto fra il 2013 e il 2014 ai singoli indicatori su cui si fonda il ranking.

La situazione è fotografata nella tabella 4.5 dove, per ognuna delle zone-distretto per le quali si dispone dei dati sul biennio, si evidenziano le performance dei dieci indicatori in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento.

Per quanto riguarda il *bacino potenziale di utenza*, la dinamica è stata quasi ovunque peggiorativa, considerando da un lato l'incremento progressivo della popolazione anziana residente e dall'altro la situazione di sostanziale stabilità del numero di punti insieme presenti all'interno delle zone. Fanno eccezione, infatti, proprio quelle zone-distretto dove è stato incrementato il numero di presidi sul territorio: la Bassa Val di Cecina, la Lunigiana, l'Alta Val di Cecina e le Colline Metallifere.

Diversa risulta la dinamica osservata per la *copertura oraria settimanale* del servizio di presa in carico offerto dai punti insieme. Come sintetizzato nella tabella 4.5, la copertura oraria aumenta in 12 zone-distretto, rimane stabile in 6, si riduce in 12.

Per quanto attiene alle zone in cui si rileva la *presenza di barriere architettoniche* in almeno uno dei presidi (17 su 30), la situazione è migliorata in oltre la metà casi (9 zone su 17).

Passando dagli indicatori relativi all'accesso a quelli che afferiscono alle performance delle unità di valutazione, il confronto 2013-2014 evidenzia per quanto riguarda la *disponibilità degli operatori di base* un miglioramento nella Livornese, nella Piana di Lucca, nelle Apuane, nella Pisana e nella zona Aretina. Si rileva per contro un peggioramento in Valdinievole, nella Fiorentina Nord-Ovest, nella Fiorentina Sud-Est e nella zona Pratese.

Per quanto riguarda la *partecipazione del medico di famiglia* alle attività di valutazione dell'UVM, si registra un aumento del coinvolgimento di tale figura professionale nella zona Livornese, nella Valle del Serchio, nella Pisana, in Valdera, nel Valdarno Inferiore, nel Mugello, in Alta Val d'Elsa e nelle Colline dell'Albegna. Vi sono invece altrettante zone dove si registra una diminuzione nell'intensità di partecipazione: Val di Cornia, Versilia, Apuane, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est, Valdichiana Aretina, Valtiberina, Amiata Grossetana e Colline Metallifere.

L'indice che rileva l'intensità di *partecipazione del geriatra* alle attività di valutazione dell'UVM è migliorato in 8 zone-distretto: nella Piana di Lucca, nelle Apuane, in Alta Val di Cecina, nel Valdarno Inferiore, nella Fiorentina Sud-Est, nella zona Aretina, in Valtiberina e in Alta Val d'Elsa. Si registra per contro un peggioramento in Val di Cornia, in Versilia, nella Fiorentina Nord-Ovest, in Valdichiana Aretina e nella zona-distretto Grossetana.

La *partecipazione e il coinvolgimento dei familiari* delle persone anziane non autosufficienti alle attività di valutazione delle UVM è cresciuta in Bassa Val di Cecina, nella zona Livornese, in Val di Cornia, nella Piana di Lucca, nella zona Pisana, in

Valdera, in Valdarno Inferiore, in Valdinievole, nella Valdichiana Aretina, in Valtiberina, in Alta Val d'Elsa, nell'Amiata Grossetana e nelle Colline Metallifere.

Il coinvolgimento dei familiari, per contro, si è ridotto in Versilia, in Lunigiana, nella Fiorentina Nord-Ovest, nella Fiorentina Sud-Est, nella Pratese, nella Aretina e in Amiata Valdorcia.

Il rapporto fra operatori e anziani non autosufficienti presenti nella zona è migliorato nella Livornese, nella Piana di Lucca, nelle Apuane, nella Pisana, nella Aretina e nell'Alta Val d'Elsa.

Quanto al numero di piani di assistenza personalizzati in rapporto al numero di anziani non autosufficienti residenti, il valore dell'indicatore migliora in Bassa Val di Cecina, Livornese, Piana di Lucca, Versilia, Apuane, Lunigiana, Pisana, Valdarno Inferiore, Valdinievole, Firenze, Fiorentina Nord-Ovest, Fiorentina Sud-Est, Pratese, Aretina, Valdichiana Aretina, Valtiberina, Alta Val d'Elsa e Amiata Grossetana.

La situazione di maggiore stabilità, infine, si rileva per quanto riguarda la copertura oraria del servizio di presa in carico in emergenza-urgenza, che aumenta nella zona-distretto della Fiorentina Nord-Ovest e della Aretina, peggiora in Lunigiana, nella Fiorentina Sud-Est e nella Pratese e rimane stabile in tutte le altre zone-distretto.

Tab. 4.5 - Variazione dei valori delle variabili, 2013-2014.

Zone-distretto	Punto insieme			UVM						E.U.
	Bacino utenza potenziale	Copertura oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anziano non auto res.	PAP per anziano non auto res.	
Bassa Val di Cecina	↗	↘	↗	→	→	→	↗	→	↗	→
Isola d'Elba										
Livornese	↘	→	↗	↗	↗	→	↗	↗	↗	→
Val di Cornia	↘	→	→	→	↘	↘	↗	↘	↘	→
Piana di Lucca	↘	↗	→	↗	→	↗	↗	↗	↗	→
Valle del Serchio	↘	↘	↗	→	↗	→	→	↘	↘	→
Versilia	↘	↘	→	→	↘	↘	↘	↘	↗	→
Apuane	↘	↗	↗	↗	↘	↗	→	↗	↗	→
Lunigiana	↗	↘	↗	→	→	→	↘	→	↗	↘
Alta Val di Cecina	↗	↘	→	→	→	↗	→	↘	↘	→
Pisana	↘	↗	→	↗	↗	→	↗	↗	↗	→
Valdera	↘	↗	→	→	↗	→	↗	↘	↘	→
Valdarno Inferiore	↘	↗	→	→	↗	↗	↗	↘	↗	→
Pistoiese										
Valdinievole	↘	↘	→	↘	→	→	↗	↘	↗	→
Empolese										
Firenze	↘	↗	→	→	→	→	→	→	↗	→
Fiorentina Nord-Ovest	↘	↘	→	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Fiorentina Sud-Est	↘	↗	→	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘

Zone-distretto	Punto insieme			UVM						E.U.
	Bacino utenza potenziale	Copertura oraria	Barriere architett. accesso	Dispon. operatori base	Presenza medico medicina generale	Presenza geriatra	Presenza famiglia	Operat. per anziano non auto res.	PAP per anziano non auto res.	
Mugello	↘	↗	→	→	↗	→	→	↘	↘	→
Pratese	↘	↘	↗	↘	→	→	↘	↘	↗	↘
Aretina	↘	↗	→	↗	→	↗	↘	↗	↗	↗
Casentino	↘	→	↗	→	→	→	→	↘	↘	→
Valdichiana Aretina	↘	↗	↗	→	↘	↘	↗	↘	↗	→
Valdarno	↘	↘	→	→	→	→	→	↘	↘	→
Valtiberina	↘	→	→	→	↘	↗	↗	↘	↗	→
Alta Val d'Elsa	↘	↗	→	→	↗	↗	↗	↗	↗	→
Amiata Valdorcia	↘	↘	→	→	→	→	↘	→	n.d.	→
Senese										
Valdichiana Senese	↘	→	→	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Amiata Grossetana	↘	↗	→	→	↘	→	↗	↘	↗	→
Colline Albegna	↘	→	→	→	↗	→	→	↘	↘	→
Colline Metallifere	↗	↘	→	→	↘	→	↗	→	↘	→
Grossetana	↘	↘	↗	→	→	↘	→	↘	↘	→

Legenda: ↘ = valore diminuito; → = valore costante; ↗ = valore aumentato.

Le zone-distretto in grigio sono escluse dal confronto per mancata partecipazione all'edizione precedente del monitoraggio.

Per concludere, delle dinamiche di variazione degli indicatori possiamo dare una duplice lettura, la prima di tipo territoriale, la seconda di natura 'strutturale' e organizzativa.

Per quanto riguarda il primo aspetto, ci sono 6 zone-distretto che fra il 2013 e il 2014 sono migliorate in oltre la metà degli indicatori utilizzati per il ranking (6 su 10): si tratta della Livornese, della Piana di Lucca, delle Apuane, della Pisana, dell'Aretina e dell'Alta Val d'Elsa. Dall'altro lato, ve ne sono due (Valdarno e Amiata Valdorcia), che non sono migliorate in nessuno degli aspetti considerati. Tutte le altre si collocano fra i due estremi, in prevalenza avendo migliorato 2 o 3 indicatori.

Le dinamiche di variazione possono essere valutate anche in relazione agli aspetti di natura strutturale e organizzativa presi in considerazione per il ranking e per il confronto interzonale. Da questo punto di vista, i miglioramenti più diffusi riguardano il numero di PAP per anziani residenti (aumentato in 18 zone su 30), il coinvolgimento dei familiari nelle attività di valutazione dell'UVM (aumentato in 13 zone su 30), la copertura oraria dei punti insieme (migliorata in 12 zone su 30). Per contro, gli indicatori rispetto ai quali si osservano i miglioramenti più circoscritti sono rappresentati dal bacino potenziale di utenza (ridotto in 4 su 30) e, soprattutto, dalla copertura oraria del servizio di emergenza-urgenza (aumentato soltanto in 2 zone su 30).

GLI SCENARI VALUTATIVI

La valutazione della capacità di ogni zona di prendersi carico delle persone anziane non autosufficienti dipende dal peso attribuito a ciascuna variabile.

Nella definizione del metodo di analisi utilizzato si è tentato di rispondere a domande come: ci sono variabili che più di altre determinano la capacità della zona? È più importante la presenza della famiglia nell'Unità di Valutazione Multidimensionale o quella del medico di medicina generale? È più importante la copertura oraria del punto insieme o la presenza di barriere architettoniche per accedervi?

In linea con il precedente rapporto, sono stati ipotizzati due diversi scenari valutativi: nel primo alle dieci variabili considerate è stata attribuita la stessa importanza nel determinare la capacità della zona di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti⁶.

Al fine di migliorare la capacità rappresentativa degli indici, è stato introdotto un secondo scenario valutativo, in cui è stata attribuita un'importanza diversa agli indicatori, sulla base dei giudizi espressi dai rappresentanti del sindacato impegnati nell'indagine. In questo modo, la valutazione delle variabili utilizzate è coerente con le istanze rappresentate dal sindacato.

Per arrivare a definire il peso dei diversi indicatori è stato chiesto ai referenti territoriali della FNP Toscana di attribuire delle priorità agli indicatori, attraverso un questionario individuale e un successivo approfondimento in gruppo.

L'indicatore considerato prioritario dalla maggioranza dei referenti coinvolti è la presenza del medico di medicina generale durante la valutazione del caso in UVM, seguito dalla presenza del familiare nell'unità di valutazione (Tab. 4.6). Minore importanza è stata assegnata, per contro, al bacino potenziale di utenza del punto insieme e alla presenza di barriere architettoniche. La sperimentazione di scenari alternativi e l'individuazione di pesi diversi per gli indicatori ritenuti più significativi dai referenti territoriali coinvolti mostra la versatilità di un metodo che permette di valorizzare la partecipazione dei portatori di interesse al processo di costruzione del sistema valutativo, adattandolo a priorità e contesti precisi.

Tab. 4.6 - Pesi attribuiti alle variabili.

Variabili	Peso
Bacino utenza potenziale	0,079986
Copertura oraria	0,108358
Barriere architettoniche per l'accesso	0,081695
Ore settimanali degli operatori	0,107845
Presenza del medico di medicina generale all'UVM	0,137412
Presenza del geriatra all'UVM	0,095881
Presenza dei familiari all'UVM	0,109896
Ore operatore per anziano non autosufficiente	0,087848
Numero di piani assistenziali per anziano non autosufficiente	0,108358
Copertura oraria presa in carico emergenza-urgenza	0,082721

⁶ Per l'attribuzione dei pesi è stato adottato il metodo diretto in base al quale la somma dei pesi attribuiti alle variabili è pari a 1.

I RISULTATI

a. Primo scenario

Attribuendo alle variabili uguale peso, in un primo scenario valutativo (fig. 4.2) risulta che le zone migliori sono il Valdarno Inferiore (0,71), il Mugello (0,61), la Pistoiese (0,61), l'Isola d'Elba (0,57), le Colline dell'Albegna e la Val di Cornia (entrambe con 0,56).

Il risultato della zona del Valdarno Inferiore si spiega per valori elevati rispetto alla copertura oraria del punto insieme, alla copertura oraria della presa in carico in emergenza-urgenza, al numero di PAP per anziano non auto e all'assenza di barriere che impediscono l'accesso al punto insieme. Incidono invece in modo negativo le ore settimanali degli operatori in UVM (tra le più basse tra quelle osservate) e le ore operatore UVM per anziano non autosufficiente.

Il ranking cambia anche perché, tra un anno e l'altro, sono aumentati o diminuiti, a volte in maniera significativa, alcuni valori (tab. 4.5). Per tale motivo, le zone da un anno all'altro possono cambiare posizione.

b. Secondo scenario

Nel secondo scenario vengono identificate le zone con valori più alti nelle variabili presenza del MMG e dei familiari in UVM, mentre vengono penalizzate le zone che hanno per gli indicatori più importanti i valori più bassi (fig. 4.3).

Ai primi tre posti restano le stesse zone (Valdarno Inferiore, Mugello, Pistoiese).

La zona Livornese passa dall'ottavo al quarto posto. La coda del ranking non subisce variazioni di posizione malgrado alcune modifiche del punteggio finale.

Nella fascia centrale del ranking si rilevano alcune variazioni di posizione.

Fig. 4.2 - Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, primo scenario: pesi uguali per variabile considerata, 2014.

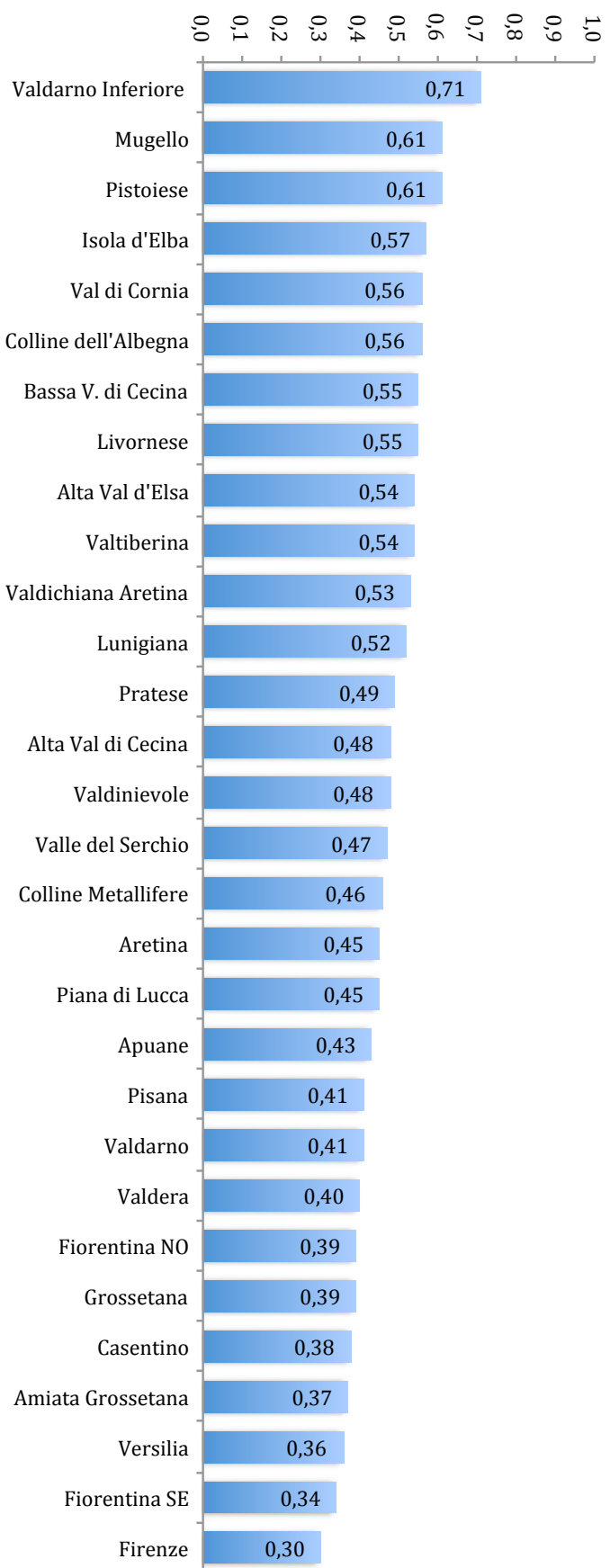


Fig. 4.3 - Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, secondo scenario: pesi differenziati per variabile considerata, 2014.

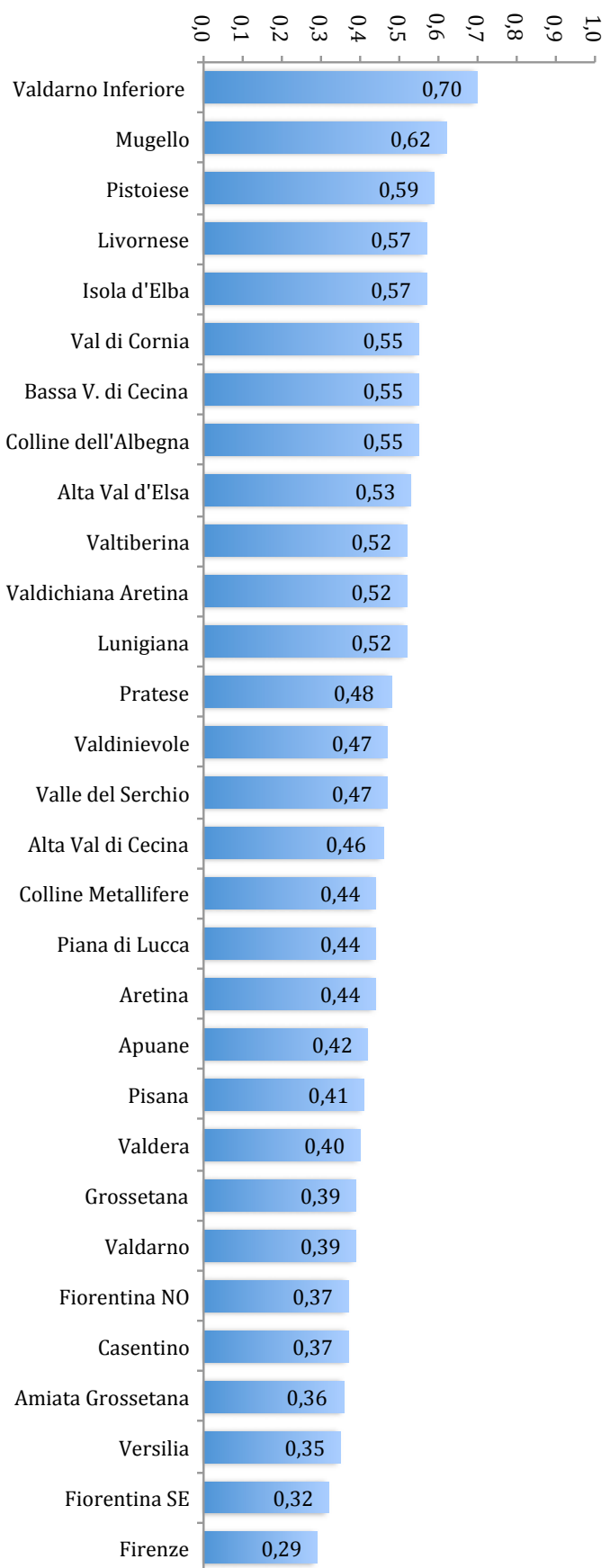
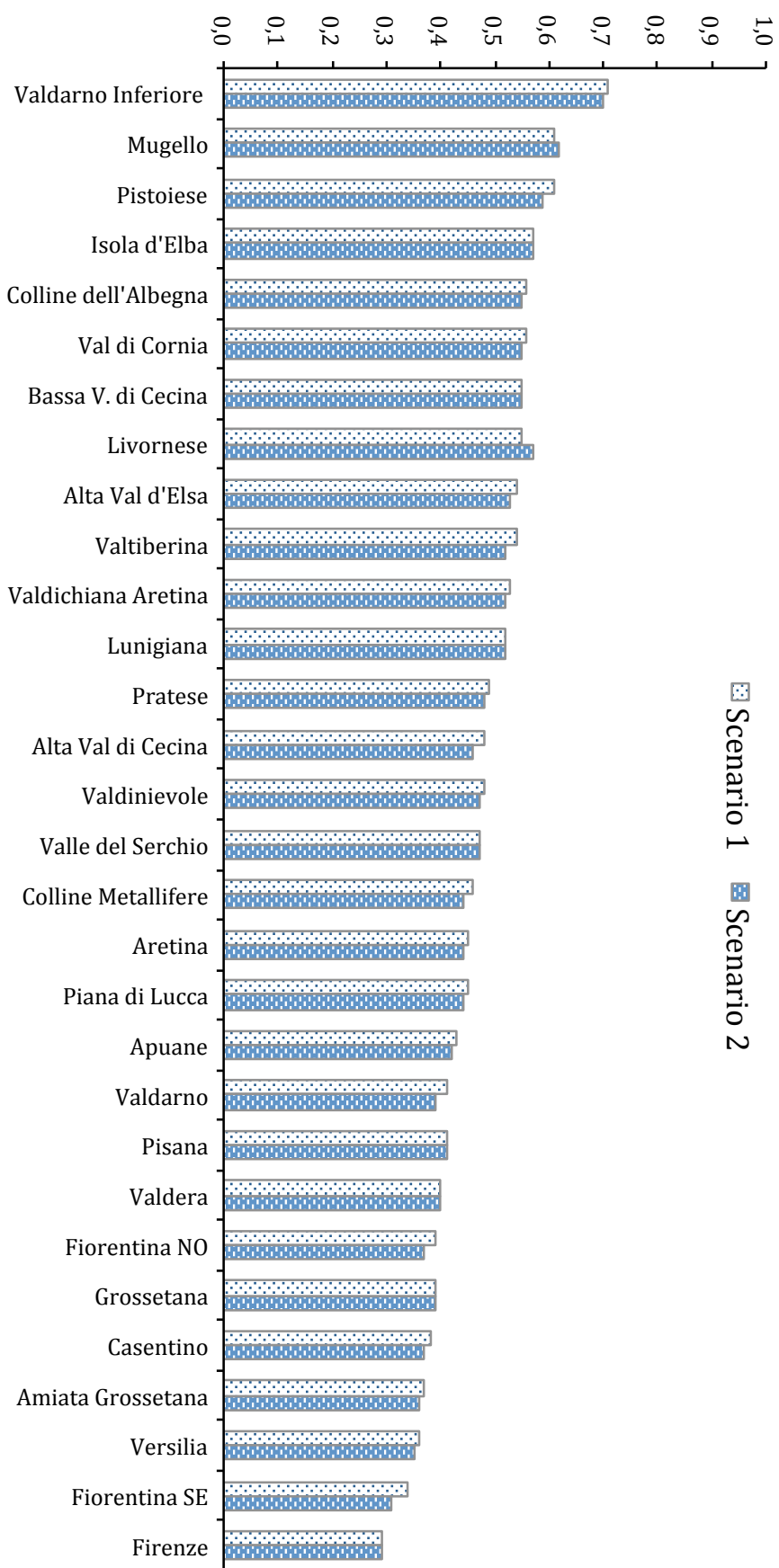


Fig. 4.4 - Ranking delle zone rispetto alla capacità complessiva di presa in carico, confronto tra primo e secondo scenario, 2014.



CONCLUSIONI

La rilevazione sulle caratteristiche e sul funzionamento dei punti insieme, delle unità di valutazione e dei percorsi di presa in carico attivati a favore dei cittadini anziani non autosufficienti consente di ampliare la conoscenza dei sistemi locali dei servizi. La messa a disposizione dei risultati vuole favorire processi condivisi di qualificazione della capacità di risposta esistente e rafforzare il ruolo e le competenze dei quadri e dei dirigenti Fnp che operano sul territorio.

L'edizione 2015 conferma come la metodologia utilizzata, applicata a livello regionale, sia in grado di promuovere il dibattito e il confronto tra portatori di interesse così da cercare soluzioni migliorative.

L'attività di monitoraggio realizzata permette di conoscere e confrontare le infrastrutture organizzative esistenti e i processi di presa in carico praticati, con riferimento agli elementi di maggiore impatto sulla concreta fruizione dei servizi da parte della popolazione anziana. Gli elementi considerati sono la localizzazione, l'accessibilità e il funzionamento dei punti insieme, le risorse professionali e organizzative delle UVM e la loro capacità di risposta, le caratteristiche principali dei percorsi di accesso al sistema, soprattutto nei casi di maggiore fragilità e complessità assistenziale.

L'indagine mette a disposizione una fotografia ricca e composita della realtà regionale, con un valore aggiunto: mettere a confronto la capacità di risposta delle diverse zone distretto della regione ed evidenziarne le dinamiche evolutive nel tempo.

Allo stato attuale, il sistema dei servizi territoriali della Toscana mantiene un ruolo fondamentale nel garantire la tutela e l'assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie. Tuttavia, all'interno di uno scenario che si evolve rapidamente, occorre investire su soluzioni innovative, che permettano al sistema dei servizi di continuare a svolgere la propria azione, a tutela delle fasce più fragili della popolazione.

Per individuare soluzioni ed affrontare nuove sfide, è necessario fare sintesi delle esperienze e, contestualmente, elaborare strategie per potenziare il rendimento delle risorse a disposizione e la loro efficacia.

Nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato nel novembre 2014, con riferimento al sistema di risposte per la non autosufficienza si legge: «Il mantenimento del progetto di assistenza della persona anziana non autosufficiente rappresenta una scelta programmatica regionale, ma l'obiettivo dovrà essere anche il miglioramento di alcuni aspetti strutturali ed organizzativi per consentire una gestione più efficiente ed efficace dei servizi, in una logica di sostenibilità di sistema⁷».

⁷ Regione Toscana, Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, Deliberazione CRT 5 novembre 2014 n. 91, pg. 167.

Tra gli elementi chiave individuati per perseguire tale obiettivo è previsto « il monitoraggio, raccolta e sistematizzazione dei dati al fine di avviare un'attività strutturata di monitoraggio e valutazione⁸»: l'esperienza di monitoraggio realizzata da Fnp Cisl Toscana e dalla Fondazione Zancan dimostra come sia possibile e necessario investire nella cultura della valutazione e, più in generale, nell'importanza della documentazione e della rendicontazione delle azioni e dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza.

La scommessa della Fnp Cisl Toscana è quella di continuare a sollecitare i territori a misurare la propria capacità di risposta e di accoglienza della domanda sociale, valorizzando l'accessibilità e la presa in carico, quali componenti fondamentali per qualificare l'azione di cura e renderla più rispondente alle esigenze della popolazione interessata. Questo rapporto, unitamente a quelli che lo hanno preceduto, va in tale direzione.

⁸ Regione Toscana, Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, Deliberazione CRT 5 novembre 2014 n. 91, pag. 167.